

Gênero, trabalho e saúde: faces da desigualdade

Gender, work and health: faces of Inequality



Aparecida Mari Iguti

Inês Monteiro

(Organizadoras)

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-68467-14-5



9 788568 467145



Aparecida Mari Iguti

Inês Monteiro

(Organizadoras)

Gênero, trabalho e saúde: faces da desigualdade /
Gender, work and health: faces of inequality

1a edição

BFCM - Unicamp

Campinas, 2019

UNICAMP
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
BIBLIOTECA

Ficha catalográfica elaborada por

Maristella Soares dos Santos

CRB8/8402

G286	Gênero, trabalho e saúde : faces da desigualdade = Gender, work and health : faces of inequality [recurso eletrônico] / organizadoras: Aparecida Mari Iguti, Inês Monteiro. - Campinas, SP : UnicampBFCM, 2019. 214 p. ; PDF Modo de acesso: World Wide Web: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=108639&opt=1> ISBN 978-85-68467-14-5
------	---

Capa:

Elaboração de Iguti e Monteiro a partir da obra “Amendoeira em flor” [Almond blossom]
1890, de Vincent Van Gogh.

Summary **Sumário**

Resumo	7
Abstract	8

About the authors Sobre os autores	9
---	---

Introduction - Introdução

Gender inequalities - Desigualdades de gênero	12
Aparecida Mari Iguti	
Inês Monteiro	

Work-life balance: a theoretical thinking	43
Inês Monteiro	
Heleno Rodrigues Corrêa Filho	
Aparecida Mari Iguti	

Early entrance to the labour market and chronic self-reported diseases in adulthood: health inequalities among working women, PNAD / 2008, Brazil.

Ingresso precoce no mercado de trabalho e doenças crônicas autorreferidas na idade adulta: desigualdades em saúde entre mulheres trabalhadoras, PNAD/2008, Brasil	55
--	----

Isabella de Oliveira Campos Miquilin
Aparecida Mari Iguti
Heleno Rodrigues Corrêa Filho

Health and occupational/social security situation of elderly women: epidemiological study in Campinas City

Saúde e situação ocupacional/previdenciária de mulheres idosas: estudo epidemiológico no município de Campinas	68
---	----

Margareth Guimarães Lima
Neuciani Ferreira da Silva Sousa
Marilisa Berti de Azevedo Barros

Women's work in a pig farm: another kind of maternity and nursery

Trabalho feminino em uma granja de suínos: maternidade e creche diferentes 84

Neidimila Aparecida Silveira

Aparecida Mari Iguti

Moral harassment against sick women workers

Assédio Moral contra trabalhadoras adoecidas 102

José Otávio de Almeida Barros Junior

Maria Dionísia do Amaral Dias

Transgender woman and work: experiences of discrimination and resistances

Mulheres transexuais e trabalho: vivências de discriminações e resistências 127

Heloisa Aparecida de Souza

Carlos Henrique Ferreira da Silva

Rômulo Lopes da Silva

Work, precarization and gender: challenges and possibilities in a cooperative of recyclable materials collectors

Trabalho, precarização e gênero: desafios e possibilidades em uma cooperativa de catadores de materiais recicláveis 148

Heloisa Aparecida de Souza

Joyce Cristina Rodrigues

Mariana de Oliveira Villas Boas

Ana Carolina Lemos Pereira

Manicures and the search of a profession

Manicures e a busca de uma profissão165

Juliana Andrade Oliveira

Return to work among breast cancer survival: factors involved

**Retorno ao trabalho de sobreviventes de câncer de mama: fatores
intervenientes175**

Laís Bonagurio Peressim

Inês Monteiro

**Trends and challenges for health care provision on 2020's: towards an
expanded role for nurses194**

Inês Monteiro

Prevalence and factors associated with STI / AIDS in the prison population of
the female Penitentiary of Campinas

**Prevalências e fatores associados à IST/AIDS na população carcerária da
Penitenciária feminina de Campinas 205**

Vanessa Cristina Fanger

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

Celene Aparecida Ferrari Audi

Resumo

Este livro dá continuidade à discussão iniciada com “Saúde e trabalho de mulheres: gênero como determinante de desigualdades sociais” (Iguti AM & Monteiro I, 2017), que busca compartilhar conhecimento para além dos rígidos limites impostos pelos sistemas de avaliação institucional nacional.

A multiplicidade de olhares está presente no texto, com profissionais de 11 diferentes *backgrounds*, incorporando não somente a área de saúde, como também a de humanas e ciências sociais, além de exatas: médica, enfermeira, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, educadora física, filósofo, socióloga, advogado, engenheira de materiais e bacharel em estatística, com formação no Brasil e no exterior (França, Estados Unidos, Canadá e Finlândia).

Houve predominância do sexo feminino entre as(os) 21 autoras(es), como já era esperado, pela temática abordada – 17 mulheres e quatro homens. As(os) autoras(es) atuam em instituições públicas (federal e estadual) e privadas – Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Universidade Estadual Paulista - Unesp, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, Fundacentro – SP, Universidade Federal do Mato Grosso – MT, Universidade Federal de Alfenas – MG, PUC – Campinas e Ministério da Saúde; englobando as regiões Sudeste (Estado de São Paulo e Minas Gerais), Centro-oeste (Mato Grosso) e Distrito Federal.

Em períodos de crise a mulher que se encontra em situação de vulnerabilidade sofre maior impacto, no mercado de trabalho, e também na vida social, ampliando suas dificuldades de sobrevivência.

Ao discutir as faces da desigualdade articuladas à perspectiva de gênero nos capítulos deste livro ressaltamos a importância dessa discussão para a sociedade, na formulação de políticas públicas, visando a redução das desigualdades.

Abstract

This book continues the discussion started with “Women's Health and Work: Gender as a Determinant of Social Inequalities” (Iguti AM & Monteiro I, 2017), which seeks to share knowledge beyond the rigid limits imposed by national institutional assessment systems.

The multiplicity of looks is present in the text, with professionals from 11 different backgrounds, incorporating not only the health area, but also the human and social sciences, as well as exact: doctor, nurse, psychologist, physiotherapist, nutritionist, physical educator, philosopher, sociologist, lawyer, materials engineer and bachelor of statistics, with a background in Brazil and abroad (France, United States, Canada and Finland).

There was a predominance of females among the 21 authors, as expected, by the theme addressed - 17 women and four men. The authors work in public (federal and state) and private institutions - Campinas State University - Unicamp, Paulista State University - Unesp, Federal University of São Carlos - UFSCar, Fundacentro - SP, Federal University of Mato Grosso - MT, Federal University of Alfenas - MG, PUC - Campinas and Ministry of Health; encompassing the Southeast (State of São Paulo and Minas Gerais), Midwest (Mato Grosso) and Federal District.

In times of crisis, women in vulnerable situations suffer a greater impact on the labor market and also on social life, increasing their survival difficulties. In discussing the faces of inequality articulated with the gender perspective in the chapters of this book, we emphasize the importance of this discussion for society in formulating public policies aimed at reducing inequalities.

Sobre as autoras e autores

Ana Carolina Lemos Pereira

Psicóloga, Mestre em Psicologia (UNESP) Doutoranda em Saúde Coletiva Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. Docente e Supervisora de Estágio nas disciplinas de Psicologia no Trabalho e Organizações na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC - Campinas).

Aparecida Mari Iguti

Médica, Mestre e Doutora pela Université René Descartes, Paris V, França. Livre Docente pela Universidade Estadual de Campinas, Professora colaboradora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp. <https://orcid.org/0000-0002-1309-7433>

Carlos Henrique Ferreira da Silva

Graduado em Filosofia (PUC - Campinas). Graduando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), modalidade bacharelado.

Celene Aparecida Ferrari Audi

Enfermeira (PUC- Campinas), Mestre e Doutora em Saúde Coletiva (Unicamp), Pós-doutorado pelo Departamento de Saúde Coletiva – Unicamp.

Heloisa Aparecida de Souza

Psicóloga (PUC- Campinas), Mestre e Doutora em Psicologia, Docente e supervisora de estágios (PUC Campinas). Participa do Grupo de Trabalho Saúde Mental e Direitos Humanos do Instituto Sedes Sapientiae e do Núcleo Campinas da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO).

Heleno Rodrigues Correa Filho

Médico (UNB), doutor em Saúde Pública (USP). PHD-Fellow (John's Hopkins-JHBSPPH - USA) e Livre Docente em Epidemiologia pela Unicamp. Pesquisador colaborador Departamento de Saúde Coletiva – Universidade de Brasília - UnB. <https://orcid.org/0000-0001-8056-8824>

Inês Monteiro

Post-doctorate. Finnish Institute of Occupational Health – Finland. PhD - USP. Professora Associada. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho. Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6004-8378>

Isabella de Oliveira Campos Miquilin

Enfermeira (UFF). Mestre e Doutora em Saúde Coletiva (Unicamp). Consultora técnica OPAS/OMS - Ministério da Saúde.

José Otávio de Almeida Barros Junior

Advogado, Mestre em Saúde Coletiva (UNESP), doutorando (Unesp). Coordenador do Núcleo de Prática Jurídica e Professor de Direito do Trabalho e Prática Jurídica Trabalhista da Instituição Toledo de Ensino.

Joyce Cristina Rodrigues

Graduanda em Psicologia (PUC – Campinas).

Juliana Andrade Oliveira

Socióloga (Unicamp). Mestre e Doutora em Sociologia (USP), com estágio na École de Sciences et Gestion da UQAM - Universidade de Quebec, em Montréal - Canadá. Tecnologista Sênior da Fundacentro, CTN, São Paulo.

Laís Bonagurio Peressim

Fisioterapeuta (Faculdade de Americana). Mestre em Ciências da Saúde (FCM/Unicamp).

Margareth Guimarães Lima

Educadora Física, Mestre e doutora em Saúde Coletiva (Unicamp). Pesquisadora - Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS), Departamento de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Maria Dionísia do Amaral Dias

Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Social (PUC - SP). Docente do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual Paulista - Unesp. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (GEPESAT). <https://orcid.org/0000-0002-0081-6769>

Mariana de Oliveira Villas Boas

Engenheira de Materiais, Mestre e Doutora pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. Docente da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

Marilisa Berti de Azevedo Barros

Médica (FMRP-USP), Mestre e Doutora em Medicina Preventiva (FMRP-USP), com especialização em Saúde Pública (FSP-USP) e Pos-Doc (London School

of Hygiene and Tropical Medicine). Professora titular da área de Epidemiologia do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/Unicamp. OrcID: <http://orcid.org/0000-0003-3974-195X>

Neidimila Aparecida Silveira

Fisioterapeuta (UNIFENAS). Mestre em Engenharia Agrícola (Ergonomia) UNICAMP. Doutora em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social (FCM / UNICAMP). Professora Adjunta do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG).

Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Nutricionista (UFMT), Doutoranda em Saúde Coletiva FCM/Unicamp, Mestre em Saúde Coletiva (ISC/(UFMT). Docente da Área de Epidemiologia do Departamento de Saúde Coletiva/ISC/UFMT.

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

Bacharel em Estatística pelo Instituto de Matemática, Estatística e Computação Científica (IMECC) da Unicamp. Mestre, Doutora e Pós-Doutora (FAPESP) em Saúde Coletiva, na área de Epidemiologia. Professora Doutora – FCM – Unicamp.

Rômulo Lopes da Silva

Graduando em Psicologia (PUC - Campinas), bolsista de Iniciação Científica (PIBIC-CNPq), vinculado ao grupo Processos de Constituição de Sujeitos em Práticas Educativas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

Vanessa Cristina Fanger

Graduanda em Medicina (PUC – Campinas), Bolsista FAPESP.

Introdução

Desigualdades de gênero

Gender inequalities

Aparecida Mari Iguti

<https://orcid.org/0000-0002-1309-7433>

Inês Monteiro

<https://orcid.org/0000-0002-6004-8378>

A participação ativa das mulheres na sociedade brasileira tem crescido no último século. Elas estão mais ocupadas e recebendo renda, apresentam maior escolaridade, tem tido representação na política e vem progressivamente ocupando cargos gerenciais nas empresas e instituições públicas. Estas são as boas notícias.

As notícias ruins são que apesar da maior participação no mercado de trabalho e da maior escolarização, elas estão distribuídas em ocupações menos qualificadas, com menor média salarial e recebem menor remuneração ocupando cargos semelhantes aos dos homens. Nas flutuações econômicas, quando a atividade se reduz, ficam mais desempregadas e, na recuperação, demoram mais a se reempregar. Além disso, o trabalho em tempo parcial (não desejado) é o dobro quando comparado aos homens, apresentam maiores taxas de informalidade e são maioria a trabalhar sem pagamento. A pobreza também atinge mais as mulheres, em particular, as chefes de família (Galeazzi, 2001). Nesta linha tem-se estudado a questão da feminilização da pobreza. No mundo, as mulheres estão entre os grupos de maior pobreza, em particular na área rural (OMS, 2011); também continuam sendo vítimas de agressão cometidas homens, parcela significativa das quais, por seus parceiros afetivos.

Além disso, passam mais tempo realizando tarefas domésticas, em dupla jornada de trabalho e quatro em cada dez moradias são as responsáveis pelo sustento. As estatísticas indicam uma tendência crescente das mulheres serem cabeça de família, mesmo em arranjos familiares tradicionais, e considerando todas as combinações familiares as mulheres são as pessoas de

referências em 40% dos lares (IBGE, 2018). No divórcio, ficam mais sobrecarregadas que os homens, já que as tarefas com a casa e crianças costumam ficar a seu encargo (Mello e Marques, 2018).

As desigualdades das mulheres nas áreas econômicas, sociais e políticas persistem em todo mundo; um dos indicadores mais aceitos do bem estar socioeconômico é o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH do PNUD, Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, que considera a expectativa de vida ao nascer, o desempenho educacional e o GDP real ajustado per capita, considerando a posição das mulheres em relação aos homens. O relatório de 1993 mostrou que o IDH das mulheres era de 60% das dos homens, com desvantagens em relação ao emprego, educação superior, direitos legais, patrimônio financeiro e representação política (Stromquist, 1996).

Na vida pública do país, apesar da existência de cota mínima (30%) de candidaturas de cada sexo em eleições proporcionais (Lei 12.034 de 2017), o número de mulheres que compõem a Câmara dos Deputados em 2019 é de 77 deputadas. No Senado foram eleitas sete, que somadas à bancada atual passam a 12 de um total de 81 cadeiras (15%). Assim, em 2019, as mulheres representam 15% das duas Casas Legislativas (cinco pontos percentuais a mais do que na legislação passada). É a mais baixa representação feminina da América do Sul. A média mundial de deputadas é 23,6%. O baixo percentual mantém o Brasil entre os com menor representação feminina e o país ocupa a 156ª posição na lista de 190 países segundo o Inter-Parliamentary Union (Estatísticas de Gênero, IBGE, 2018). Um estudo da 52ª legislatura indicou a sub-representação feminina em cargos executivos e legislativos, mostrado também nos partidos políticos (Mello, 2007).

Em 2016, 60,9% dos cargos gerenciais, tanto no poder público quanto na iniciativa privada, eram ocupados por homens e 39,1% por mulheres. A participação das mulheres em cargos gerenciais era mais alta entre as gerações mais jovens, variando de 43,1% entre as mulheres com 16 a 29 anos, até 31,8% entre as mulheres com 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2017)

A participação das mulheres em sindicatos é restrita numérica e setorialmente, embora tenha crescido nos últimos anos; em 1995, eram 1/3 dos associados de sindicatos profissionais, em 1998, 35,7%, em 2002, 37,4% e, em

2007, 39,9%. A maior concentração foi no setor social (29%), (estabelecimentos de ensino e da área da saúde e o setor agrícola). Esta baixa representação das mulheres dificulta a batalha por direitos e reivindicações especificamente femininos, incorporadas de forma marginal na consciência e nas práticas sindicais (Leone e Teixeira, 2008).

A proporção de trabalhadoras em ocupações por tempo parcial (até 30 horas semanais) é maior entre as mulheres (28,2%) do que entre os homens (14,1%), e pode estar relacionada à predominância feminina nos cuidados de pessoas e afazeres domésticos aceitando ocupações com carga horária reduzida. Essa proporção é maior nas regiões Norte e Nordeste (36%).

Acompanhando a tendência mundial, as mulheres jovens entre 15 e 29 também estão em desvantagem em relação aos homens da mesma idade. No Brasil, boa parte delas interrompe os estudos e para de trabalhar para cuidar da casa. Entre o total de mulheres, 21,1% não trabalha nem estuda, contra 7,8% dos homens.

A vantagem educacional das mulheres é clara na análise de indicadores sobre o atraso escolar e o nível educacional dos adultos. Em 2016, segundo a PNAD Contínua, a taxa de frequência escolar líquida ajustada no ensino médio dos homens de 15 a 17 anos de idade era de 63,2%, 10,3 pontos percentuais abaixo da taxa feminina (73,5%). A maior diferença percentual por sexo encontra-se no nível “Superior completo”, especialmente entre as pessoas da faixa etária mais jovem de 25 a 44 anos de idade completaram a graduação, homens (15,6%), e mulheres (21,5%). Novamente, constata-se desigualdade entre mulheres por cor ou raça. O percentual de mulheres brancas com ensino superior completo (23,5%) é 2,3 vezes maior do que o de mulheres pretas ou pardas (10,4%) e é mais do que o triplo daquele encontrado para os homens pretos ou pardos (7,0%). Ainda é preciso considerar as diferenças regionais. Entretanto nos rendimentos médios do trabalho, as mulheres continuam recebendo, em média, cerca de $\frac{3}{4}$ do que os homens recebem. Mesmo no rendimento médio por hora trabalhada, as mulheres recebem 86,7% do que dos homens, o que pode estar relacionado com à segregação ocupacional das mulheres no mercado de trabalho. O diferencial de rendimentos é maior na categoria ensino superior completo ou mais (63,4% do que dos homens, em 2016).

As mulheres pretas ou pardas estão entre as com maior porcentagem de ocupação em tempo parcial (31,3%) as mulheres brancas (25,0%); entre os homens brancos (11,9%) e os pretos ou pardos (16,0%) no ano de 2016 (IBGE, 2017). Além disso, as mulheres pretas ou pardas são as mais afetadas, em relação aos cuidados de pessoas e afazeres domésticos, com 18,6 horas semanais contra 18,1 horas da média geral (entre os homens, o indicador varia pouco segundo cor ou raça ou região), à escolaridade (brancas com ensino superior completo é 2,3 vezes maior), trabalham mais em período parcial, e recebem os piores salários médios, considerando o conjunto do PEA.

As mulheres no campo são pouco consideradas nas políticas públicas e tem acesso limitado a bens e serviços. Segundo dados, 34% das mulheres com mais de 16 anos sem rendimento estavam no meio rural; quando tinham renda, recebiam 72,7% do rendimento médio dos homens no meio rural. Em 2014, eram 3,9 milhões de mulheres com mais de 16 anos ocupadas em atividades agrícolas (9,8% do total de ocupadas) e 72,6% delas envolvidas em atividades de autoconsumo ou não remuneradas. Possuíam vínculo formal de emprego (6%), ocupavam postos informais de trabalho (6%), e trabalhavam 'por conta própria' (15%) e somente 7% eram beneficiárias da aposentadoria rural por tempo de contribuição (Mello & Marques, 2018).

As taxas de desemprego entre as mulheres nas regiões metropolitanas segundo dados do DIEESE aumentaram entre 2012 e 2017 e se mantém (tradicionalmente) mais altas do que entre os homens. Há variações por setor de atividade, mas em São Paulo, houve redução em todos os setores de atividade. Também houve redução de empregos com carteira assinada para todas regiões pesquisadas, exceto para o Distrito Federal, onde se manteve estável. O emprego doméstico continua uma importante ocupação feminina, sendo de 13,1% (DF), 12,9% (Porto alegre), 16,2% (Salvador) e 13,3% (São Paulo). A razão de rendimento mulheres/homens foi de 73,7% (2012), 73,5%(2013), 74,6%(2014), 75,6% (2015) e 76,5% (2016) (DIEESE, 2018).

Uma indicação da fragilidade do trabalho feminino (comparado ao masculino) pode ser o local do trabalho. Em 2007, cerca de 60% dos ocupados de ambos os sexos trabalhavam em lojas, escritórios e oficinas; 9,6% das mulheres trabalhavam no próprio domicílio (78% por conta própria) e 20% no

domicílio do empregador (93% como domésticas), porcentagens muito mais elevadas do que dos homens (Alves, 2015).

Representando cerca de 15% do total das mulheres ocupadas estão as domésticas, estimando-se seis milhões de trabalhadoras, que apesar da legislação de 2015, continuam em sua maioria, na informalidade (IBGE, 2017). Uma característica essencialmente feminina já que em nossa sociedade as atividades domésticas são tidas como de responsabilidade da mulher, independente da sua situação social, posição na família e se trabalha ou não fora (Bruschini, 2000).

A situação das meninas “nem-nem” (nem estudam, nem trabalham) era de 20,2% e é provável que elas estejam cuidando de filhos ou da casa; 91,6% delas dedicavam 26,3 horas semanais a afazeres domésticos; entre os meninos (5,4%), 26,3% ajudam a cuidar da casa e dedicavam 10,3 horas semanais, no ano de 2016.

A dupla jornada também segue afastando muitas mulheres do mercado de trabalho, apesar de serem as responsáveis pelo sustento de quatro em cada dez casas e as pesquisas mostram uma tendência de aumento do número de mulheres chefes de família. Considerando todos os arranjos familiares, elas são a pessoa de referência de 40% das casas. Entre aqueles arranjos formados por casais com filhos, uma em cada quatro casas é sustentada por mulheres. O percentual de homens morando sozinho com filhos é mínimo.

A qualificação maior da mão de obra ocorre para um grupo de trabalhadores, geralmente homens, situados nas empresas de ponta da cadeia produtiva. Um número crescente de trabalhadores (mulheres em particular) estão inseridos na cadeia produtiva em setores em que o trabalho tem características taylorista/fordistas, com contratos temporários baseados na lógica de redução de custos (Gomes & Carloto, 2012).

Segundo Neves (2000), as modalidades de trabalho parcial, segmentado, com contrato por tempo determinado e trabalhos a domicílio são executados, em maior escala, pela mão de obra feminina, posto que sua qualificação informal, adquirida no trabalho desenvolvido no âmbito doméstico é utilizada, sem valorização desta atividade. Nos avanços tecnológicos o trabalho feminino, mesmo se houve a necessária apropriação do conhecimento nessas inovações, permaneceu à margem do processo produtivo, assumindo

os trabalhos mais precários, com menores salários, por meio de “tarefas simultâneas e flexíveis, com a intensificação do ritmo de trabalho e a perda dos direitos legais (Neves, 2000). Antunes (2000) também lembra que na divisão sexual do trabalho, operada dentro das unidades de produção, as atividades concebidas como de capital intensivo, são ocupadas pelo gênero masculino, enquanto as funções menos qualificadas e fundadas no trabalho intensivo são destinadas às mulheres (Gomes & Carloto, 2012).

Os papéis sociais determinando a vida das mulheres

Na sociedade, as mulheres têm entre seus papéis a reprodução biológica, criação e educação dos filhos e o cuidado, as tarefas domésticas e se responsabilizam também pelo cuidado de outras pessoas da família, como os idosos, os incapacitados e os doentes. O crescimento da participação feminina na sociedade, em particular no mercado de trabalho tem alterado (pouco) estes papéis tradicionais, com sua manutenção e a utilização/apropriação destes papéis em várias atividades ocupacionais. Na reprodução social recriam-se e perpetuam as principais relações de produção na sociedade, incluindo a produção e a manutenção da força de trabalho assalariada e a reprodução do capital (Amancio et al, 2013).

Considerar a divisão entre homens e mulheres como uma divisão ‘natural’ contribui para mascarar a arbitrariedade subjacente aos processos de distinção efetivados nas relações de socialização e de construção de sentido do que é “ser mulher” e “ser homem” e significa presumir a inevitabilidade de determinadas relações. Assim, a divisão sexual das tarefas nada mais seria que o respeito às diferenças físicas e psíquicas estabelecidas no nascimento: mulheres estariam mais aptas a ocupar lugares associados ao âmbito privado, ao ambiente doméstico e ao cuidado, enquanto homens seriam mais habilitados a desempenhar atividades voltadas para a esfera pública e para o provimento pautadas pela lógica da competitividade, e qualquer transgressão dessa “ordem das coisas” surgiria como anomalia ou exceção frente à “lei natural” ou à noção de que “as coisas sempre foram assim” (Mello, 2007).

Em uma discussão sobre a representação política, democracia e gênero, Young (1990) uma cientista política e feminista, observa os impactos das representações sociais de gênero sobre as mulheres. O masculino relaciona-se

ao “ativo”, “racional”, “aquele que provê”, “forte”, “estável”, “aquele que dá segurança”, e o feminino com “aquela que cuida”, “aquela que sente”, “a mais fraca”, “a mais sensível”, “aquela que depende”, “a emocional” e, logo, “a instável” e “pouco confiável”. A negatividade dos elementos femininos demarca lugares e posições a serem assumidos por mulheres e homens em suas relações, com consequências significativas sobre as oportunidades disponíveis para mulheres nas diversas dimensões da vida social (Young, 1990).

A forma de inserção das mulheres no mercado de trabalho é afetada pelas variáveis semelhantes aos dos homens, como o desenvolvimento econômico e social, a expansão das oportunidades escolares e a ampliação da cobertura da previdência, mas também pelo casamento e fecundidade, relacionados mais com o desenvolvimento social. Para alguns autores, a mudança mais expressiva na participação das mulheres no mercado de trabalho nas últimas décadas ocorreu com o aumento das mulheres com marido e não pelas mulheres chefes de domicílio e o nível educacional ‘explicou’ 59% do aumento da participação feminina. Uma mudança observada em relação às mulheres na faixa dos 20 anos foi o aumento da simultaneidade de participação em vários eventos como a escola e trabalho e a conjugação de trabalho com casamento e maternidade, sugerindo o curso de novas formas de transição para a vida adulta estão mais tênues entre as várias fases da vida, que preveem uma sequência de eventos que engloba a saída da escola, a entrada no mercado de trabalho, a saída da casa dos pais, o casamento e o nascimento do primeiro filho, em torno do qual se constitui um novo núcleo familiar (Tafner, 2006).

As diversas formas de adaptação frente às mudanças econômicas, aliadas a outros processos sociais, demográficos e culturais afetaram o funcionamento e a estrutura das famílias, que têm se tornado mais complexas, com as coabitações (em detrimento dos casamentos), as separações e as novas uniões com aumento de papéis como do padrasto, madrasta, meio-irmão. As mulheres retardam o nascimento do primeiro filho e espaçam os nascimentos entre os filhos, reduzindo as taxas de fecundidade. O número de filhos por mulher em idade reprodutiva cai. A composição das configurações familiares se modifica, aumentando os casais sem filhos e as famílias monoparentais, principalmente as chefiadas por mulheres, reduzindo o tipo de

família tradicional constituído pelo casal e filhos. A queda da fecundidade e as mudanças nos arranjos familiares provocaram ainda aumento na proporção de pessoas idosas nas famílias (Leone et al, 2010).

Há uma tendência na situação das mulheres, semelhante à dos homens, com o ingresso escolar mais cedo e a entrada no mercado de trabalho mais tarde, além de se aposentarem mais cedo e a idade da saída da casa, a época do casamento, do primeiro filho e da viuvez mais tardios. Três grandes diferenças têm sido observadas em relação aos homens, entrada maior de mulheres na atividade econômica, maior permanência nessa atividade, a despeito de entrarem mais tarde e o aumento maior na esperança de vida ao nascer. A cobertura previdenciária da atual Constituição também beneficiou as mulheres, em particular as em envelhecimento, (entre 56 a 73 anos) e a aposentadoria não significou necessariamente a saída do mercado de trabalho, pois muitas continuaram trabalhando (Camarano et al., 2004).

Trabalho, gênero e desigualdade: a divisão sexual do trabalho

O trabalho na sociedade capitalista distribui-se de forma desigual e a divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos, expressando as relações de poder entre homens e mulheres (no qual ela se encontra subordinada, e sem visibilidade) e é modulada histórica e socialmente. A organização de tarefas e funções é distribuída entre os sexos, com maior valorização social das práticas sociais dos homens (esfera produtiva) que das mulheres (esfera reprodutiva); os homens se apropriam das funções com maior valor social adicionado (Hirata; Kergoat, 2007).

Kon (2005) considera que a divisão sexual do trabalho tem sua origem na família, desde o período predominantemente rural e a pré-industrial, no qual se nota que as práticas desenvolvidas por homens e mulheres na unidade familiar e também na comunidade eram diferenciados no processo de produção de bens e serviços. O trabalho feminino se definiu nesta divisão por sua função de reprodução da força de trabalho, originando diferentes formas da subordinação feminina, em distintas sociedades. Para a autora, o lugar que a mulher ocupa na divisão sexual do trabalho vincula-se a função biológica

determinada socialmente de criação e procriação dos filhos, não se tratando somente de gerar, mas principalmente do papel de formação e manutenção por meio dos cuidados, educação, transmissão de valores (Kon, 2005). Mesmo com o ingresso das mulheres na esfera da produção, a visão tradicional do “dever” materno-conjugal, continuou a ser considerada função da mulher e reflete o processo de separação dos espaços de pertencimento. Esta relação marcou não só as relações sociais entre os sexos, como também a produção teórica, que dividiu estas relações em espaços, sem pensar na fundamental articulação dos mesmos para a produção da sociedade (Gomes & Carloto, 2012).

A definição do conceito da divisão sexual do trabalho foi fruto do processo histórico dos movimentos feministas – principalmente na França – se fez na necessidade de desvelar a invisibilidade do trabalho da mulher na sociedade, efetuado gratuitamente e ancorado do discurso de função “natural” e amor materno conjugal, alterando a imagem de trabalho como prática masculina, e incluindo a mulher como trabalhadora e a função doméstica, como trabalho (Hirata & Kergoat, 2007).

Os olhares estereotipados sobre o “mundo feminino” induz a um conjunto delimitado de preferências, identidades ou interesses (feminização) impedindo de considerar, na maioria das vezes, a multiplicidade de perspectivas e experiências que marcam as trajetórias femininas enquanto grupo social mais amplo e ainda, as formas com que diferentes instâncias da vida social incorporam e lidam com imagens sobre alegadas especificidades femininas delineiam as possibilidades de acesso a bens materiais e simbólicos por parte das mulheres (Mello e Marques, 2018).

Kon (2011) faz uma análise categorizando as explicações economicistas dadas como fatores na determinação da distribuição do trabalho entre homens e mulheres, tanto da parte da oferta quanto da demanda por trabalho, que acabam por estabelecer a estruturação ocupacional do mercado, como segue:

1. diferenças entre os gêneros com relação aos gostos pelas atividades de trabalho, que são influenciados por valores sociais e, dessa forma, apresentam diferenciações entre as sociedades em um período e em uma mesma sociedade com a evolução do tempo;

2. diferenças entre os gêneros nas capacidades para o trabalho, que conduzem à exploração das vantagens comparativas por meio da divisão de trabalho do mercado. Se na realidade cada gênero tem realmente predisposição para executar melhor algum tipo de tarefa, então a sociedade conseguiria maior eficiência com a segregação (estas capacidades se transformam com a possibilidade de qualificação da mão de obra);
3. separação dos gêneros reduzindo os conflitos no trabalho relacionados a tensões entre os sexos;
4. necessidade de equilibrar o trabalho de mercado com o doméstico e outros afazeres familiares. Em algumas sociedades, algumas atividades antes de mercado são estimuladas a serem desempenhadas no ambiente doméstico, como forma de redução de custos para a sociedade e maior eficiência (como por exemplo, cuidado dos velhos, de grupos de crianças, ou de doentes convalescentes);
5. informação imperfeita dos empregadores das capacidades relativas entre os gêneros;
6. exploração de mulheres por homens ou por outro subsetor da sociedade;
7. compatibilidade entre a atividade e a reprodução e com o cuidado dos filhos;
8. atividades da mulher como uma extensão de seu trabalho doméstico, tarefas consideradas tipicamente femininas;
9. cada gênero apresenta uma combinação e estoques diferenciados de capital humano geral e específico, com diferentes taxas de retorno no mercado de trabalho;
10. empregadores consideram as diferenças no planejamento sobre o tempo de vida útil no trabalho (o treinamento) e a vida útil maior na empresa privilegia o trabalho masculino (Kon, 2011).

Dessa forma, homens e mulheres, empregadores e trabalhadores expressariam diferentes preferências por condições de trabalho, e classificariam as oportunidades de emprego a partir destas condições. Algumas características dos empregos acarretam escolhas diferenciadas entre os gêneros, como: variedade no número de tarefas, autonomia de funções,

clareza sobre o tipo de trabalho, esforço, grau de desafio, relações com companheiros na empresa, grau de controle, tempo de locomoção ao local, liberdade de dispensas, uso das capacidades de trabalho e condições de saúde, entre outras.

As evidências empíricas revelam que a segmentação do trabalho favorece o sexo masculino. Em algumas sociedades, algumas políticas públicas colocadas em prática ocasionaram mudanças consideráveis em outras áreas, mas as diferenças entre gêneros com relação a salários e absorção de trabalho têm sido resistentes à mudança (Kon, 2011)

A flexibilidade no emprego é obtida, frequentemente, por meio do uso de trabalhadores em tempo parcial ou temporário, a que se adapta um grande número de mulheres. A flexibilidade interna, por sua vez, transforma as condições de trabalho nas indústrias em que predomina o trabalho masculino, pela substituição por um emprego semelhante “secundário” (com poucas perspectivas de promoção e condições vagas de definição do posto de trabalho) exercido por mulheres. A feminilização é considerada parte de uma estratégia direta do empregador, para diminuir salários e aumentar o controle sobre os mercados de trabalho internos (Kon, 2011).

Um breve olhar sobre a saúde das mulheres

As mulheres representam 51,6% da população brasileira (IBGE, 2018) e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. As razões do uso dos serviços de saúde incluem as necessidades do próprio cuidado e o acompanhamento de familiares, crianças, idosos, deficientes, vizinhos e amigos. Ela é ainda a principal cuidadora. Os vários aspectos da vida das mulheres e faz com que busquem cuidados mais frequentemente do que os homens (Garcia, 2013).

A esperança de vida das mulheres aos 60 anos era maior (23,1 anos) do que a dos homens (19,6) em 2011 e aumentou em 2016 (23,9 contra 20,3).

As principais causas de óbito entre mulheres são as doenças cardiovasculares, em particular o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral; entre as neoplasias, o câncer de mama (é a neoplasia mais frequente entre as mulheres e representa cerca de 25% de todos os cânceres

femininos), pulmão e colo de útero. Entre outras doenças degenerativas, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e por fim as causas externas. No Pacto pela vida, a saúde da mulher encontra-se elencada, entre as seis prioridades, destacando-se o controle do câncer de colo de útero e de mama e a redução da mortalidade infantil e materna; ambas as prioridades tinham metas específicas, por meio da melhoria de indicadores (Garcia, 2013).

Entre 2010 e 2016, as taxas de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Doenças Cardíacas Isquêmicas, em mulheres, com idades entre 30 a 69 anos, caíram em 11% e 6,2%, respectivamente. No mesmo período, o índice para AVC caiu de 39,5 para 35,2 óbitos por 100 mil mulheres e as Doenças Cardíacas apresentaram queda de 55 para 51,6 óbitos por 100 mil, no estudo 'Saúde Brasil 2018', realizado pelo Ministério da Saúde. A PNS 2013 revela que a proporção de homens obesos (17,5%) era inferior à de mulheres obesas (25,2%) (Brasil, 2014).

A taxa de fecundidade adolescente vem se reduzindo no país: entre 2011 e 2016, a taxa de fecundidade entre as mulheres de 15 a 19 anos de idade caiu de 64,5 para 56,0 nascimentos a cada mil mulheres. A desigualdade regional é grande: no Acre, uma em cada dez mulheres nesse grupo etário teve filho em 2016, enquanto no Distrito Federal era de quatro em cada cem adolescentes. Mais de 1/4 das mulheres de 18 a 49 anos casadas ou em união, sexualmente ativas e que não estavam na menopausa não utilizavam nenhum método para evitar a gravidez, situação pior no Norte (68,4%) e Nordeste (71,5%) os percentuais estavam abaixo da média nacional (Brasil, 2014).

Entre as doenças que atingem 'preferencialmente' as mulheres, encontramos a infecção urinária, que embora seja subestimada, tem alta prevalência e causa desconforto e dificuldades no trabalho e na vida social. As doenças autoimunes do tecido conjuntivo como a Esclerose Múltipla (faixa etária entre os 20 e os 40 anos) afeta de três a quatro vezes mais mulheres do que homens; o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) (entre os 20 e os 45 anos) é de dez a 15 vezes mais frequente em mulheres. A fibromialgia presente em todas as idades, grupos étnicos e culturais é sete vezes mais comum em mulheres e se caracteriza por dor musculoesquelética crônica e difusa, que envolve membros superiores e inferiores e o tronco. A Doença celíaca é uma doença autoimune, apresenta predisposição genética, causada pela

permanente sensibilidade ao glúten, e de cada quatro afetados, três são mulheres (exceto idosos).

Um aspecto que tem chamado atenção dos gestores de instituições públicas é o aumento da prevalência de mulheres com transtornos mentais. Os mais comuns são os transtornos de ansiedade (9,0%) os transtornos somatomorfos (3,0%) e os transtornos depressivos (2,6%). Os quadros ansiosos e depressivos comprometem a pessoa e seu entorno, em particular as crianças (Moore, 2009). A depressão é atualmente a quarta causa de incapacidade no mundo e deverá ser a segunda até 2020, segundo a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS); afeta duas vezes mais mulheres.

A fobia social e ansiedade acometem duas vezes mais as mulheres e estima-se que até 5% da população geral tenha algum transtorno de ansiedade; o transtorno do pânico é de duas a quatro vezes maior em mulheres. O transtorno bipolar é relativamente frequente entre ambos os sexos com uma prevalência de 1,6% para o tipo 1 e de 0,5% para o tipo 2. Para algumas mulheres, o primeiro episódio maníaco pode acontecer no período puerperal; em relação à depressão pós-parto, a incidência é de 10% a 15%, enquanto a disforia (*postpartum blues*) é observada em 50% das puérperas (Moré & Carswell, 2012).

Em relação às doenças do trabalho, observam-se diferenças entre homens e mulheres: enquanto os homens apresentam maior risco de se acidentar (causas traumáticas), as mulheres se afastam do trabalho por doenças decorrentes de más condições ergonômicas e à organização do trabalho.

As Lesões por Esforços Repetitivos (LER) (também se utiliza o termo Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT) designam um conjunto de patologias, síndromes e/ou sintomas musculoesqueléticos que afetam particularmente os membros superiores. Aproximadamente 85% dos portadores são mulheres na faixa etária dos 20 aos 40 anos. O aparecimento de LER está diretamente relacionado com a atividade profissional - e são elas quem mais sofrem com este tipo de lesões musculoesqueléticas, em função da divisão sexual do trabalho.

As formas da organização do trabalho com ritmos acelerados e metas a cumprir, individual e coletivamente levam ao sofrimento mental agravados pelo assédio sexual e moral e os impactos se manifestam com aparecimento do estresse, fadiga física e mental, *burnout*, e os transtornos mentais.

A equidade entre sexos não existirá enquanto houver a violência contra a mulher

A violência contra a mulher é um fenômeno global, relacionado às concepções de gênero e à distribuição do poder nos grupos sociais e A violência afeta mulheres de todas as classes sociais, etnias e regiões, não poupando mulheres de nenhum grupo social. Entre 70% a 80% a violência é perpetrada por parceiro com quem a mulher mantém relação afetiva. Estima-se que 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica; entre elas, 40% apresentam lesões corporais graves (Oliveira & Fonceca, 2007).

Em 2016, 4.645 mulheres foram assassinadas no país, o que representa uma taxa de 4,5 homicídios para cada 100 mil brasileiras. Chama a atenção que em 2016 o estado de Roraima apresentou uma taxa de 10 homicídios por 100 mil mulheres, com uma distância razoável dos estados com taxas mais próximas, Pará (7,2) e Goiás (7,1). As taxas de Roraima flutuam bastante ao longo da série histórica, mas chegaram a picos de 14,8 em 2013, 11,4 em 2015 e, com exceção de 2011, nos demais anos a taxa de homicídios de mulheres em Roraima foi superior à taxa brasileira (Cerqueira, 2018).

A ordem social estabelecida no gênero, elaborada a partir das diferenças biológicas entre homens e mulheres que pauta a vida de cada indivíduo do nascimento à morte, expressa a assimetria de poderes que subsiste entre sexos, e entre indivíduos do mesmo sexo, estando a hegemonia centrada nos homens.

É neste contexto que tem lugar a maior parte das situações de violência interpessoal, nomeadamente nas relações familiares e nas relações de proximidade e de intimidade em particular. Não é possível atribuir a traços de personalidade individual a gênese da violência sem entender o contexto em que eles se expressam.

Atualmente a violência contra as mulheres é entendida não como um problema de ordem privada ou individual, mas como um fenômeno estrutural, de responsabilidade da sociedade como um todo.

Os números relacionados à violência contra as mulheres no Brasil são alarmantes, apesar de avanços da legislação, sendo a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) considerada pela ONU uma das três leis mais avançadas de enfrentamento à violência contra as mulheres do mundo.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, define violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Convenção Interamericana ..., Capítulo I, Artigo 1º).

A Lei Maria da Penha apresenta mais duas formas de violência - moral e patrimonial - que, somadas às violências física, sexual e psicológica, totalizam as cinco formas de violência doméstica e familiar, conforme definidas em seu Artigo 7º.

Em 2012, o Supremo Tribunal Federal decidiu que qualquer pessoa, não apenas a vítima de violência, pode registrar ocorrência contra o agressor. Denúncias podem ser feitas nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) ou por meio do Disque 180.

Em 2015, a Lei 13.104/2015 alterou o Código Penal para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o incluiu no rol dos crimes hediondos. O feminicídio, então, passa a ser entendido como homicídio qualificado contra as mulheres “por razões da condição de sexo feminino”.

Desde 2005, o DataSenado aplica a cada dois anos uma pesquisa telefônica sobre a violência doméstica contra a mulher. Na última pesquisa realizada em parceria com o Observatório da Mulher contra a Violência, observou-se o aumento do percentual de mulheres que declararam ter sido vítimas de violência provocada por um homem, que passou de 18% (2015), para 29% (2017) (Observatório da Mulher contra a violência, 2018).

Em 2016, foram registrados nas polícias brasileiras 49.497 casos de estupro (11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública). No mesmo período, no

Sistema Único de Saúde foram registrados 22.918 eventos dessa natureza, a metade dos casos notificados à polícia. Estas bases de informações possuem uma grande subnotificação e não dão conta da dimensão do problema, já que a maioria das vítimas não reporta o crime sofrido. Um estudo latino-americano, por exemplo, estimou que apenas cerca de 5% das vítimas adultas de violência sexual denunciaram o crime à polícia. Nos Estados Unidos, 15% do total dos estupros são reportados à polícia. Caso a nossa taxa de subnotificação fosse igual à americana, ou, mais crível, girasse em torno de 90%, se teria uma estimativa entre 300 mil a 500 mil estupros a cada ano (IPEA, 2018)

Uma pesquisa nacional de vitimização de ofensas sexuais (sem precisar o tipo) produzida pelo Ministério da Justiça em 2013 (Datafolha/Crisp, 2013), com 78 mil pessoas estimou-se o número de ofensas sexuais sofridas pela população adulta nos doze meses anteriores a pesquisa foi de 0,8% da população, projetando cerca de 1,2 milhão de pessoas vitimadas. Do total registrado, 50% é cometido contra crianças (<13 anos de idade) e a maioria dos casos de estupro contra crianças é cometido por amigos/conhecidos (30,13%), quase 30% são perpetrados por familiares próximos, como pais, irmãos e padrastos. Na fase adolescente (32,50%) e adulta (53,52%), prevalecem casos com autor desconhecido, seguida por amigos (26,09%) e conhecidos (18,82%) (Cerqueira, 2018).

A pesquisa para as questões de violência de gênero conduzida pela Universidade Federal do Ceará (Carvalho & Oliveira, 2016), em todas as capitais nordestinas, com 11.141 mulheres entre 15 e 49 anos, estimou que 2,42% das mulheres foram vítimas de violência sexual nos últimos 12 meses. Supondo-se que a prevalência de violências sexuais no Brasil seja semelhante à das capitais nordestinas, teríamos a cada ano 1,350 milhão de mulheres vítimas de violência sexual no país.

Entre as várias razões do reduzido número de denúncias estão a falta de apoio; vergonha; medo de represálias; sentimento de culpa; receio de que não acreditem nela e temor de ser maltratada ou socialmente marginalizada (OMS, 2011).

Entre as consequências da violência sexual para a saúde das mulheres, a OMS destaca a gravidez indesejada e o aborto inseguro, a disfunção sexual, as infecções sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV, os transtornos

mentais decorrentes como a depressão, o estresse pós-traumático, a ansiedade, pânico, o comportamento suicida, as alterações do sono e os sintomas somáticos.

Segundo o organismo das Nações Unidas, a coerção pode ocorrer de diversas formas e por meio de diferentes graus de força, intimidação psicológica, extorsão e ameaças. A violência sexual também pode acontecer se a pessoa não estiver em condições de dar seu consentimento, em caso de estar sob efeito do álcool e outras drogas, dormindo ou mentalmente incapacitada, entre outros casos.

A violência não se restringe a comportamentos violentos físicos, existindo múltiplas formas de negligência afetiva, de assédio moral e de coação psicológica com repercussões no relacionamento interpessoal e na saúde mental das mulheres.

A violência, nas diferentes formas de que pode revestir-se ao longo do ciclo de vida, tem impacto severo na saúde dos indivíduos e das populações, tanto a que resulta de fenômenos sociais adversos como a que é perpetrada no contexto das relações interpessoais e a que resulta de comportamentos autopunitivos.

Para o enfrentamento da violência contra a mulher, além de dar visibilidade aos crimes, é fundamental a manutenção, a ampliação e o aprimoramento das redes de apoio à mulher, previstos na Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006), que viabilizam o atendimento e as alternativas de vidas para as mulheres. A rede de atendimento deve garantir o acompanhamento às vítimas e empenhar um papel importante na prevenção da violência contra a mulher. Além de ser assistida pelo sistema de justiça criminal, a mulher deve conseguir ter acesso à rede também por meio do sistema de saúde, já que em muitos casos as mulheres passam várias vezes por esse sistema antes de chegarem a uma delegacia ou a um juizado (Cerqueira, 2018)

Alguns dados das políticas públicas relativas às questões de Gênero

Na década de 1970, aparecem as questões da equidade, tema da Conferencia do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976-1985), com objetivo de integrar as mulheres no processo de

desenvolvimento, considerando a autonomia política e econômica, e a redução da desigualdade com os homens.

A Organização das Nações Unidas (ONU) declarou o ano de 1975 como o Ano Internacional da Mulher, considerado de fundamental importância para a atuação mais efetiva e organizada das mulheres na vida pública brasileira e na luta por conquista de direitos. Os eventos promovidos pela ONU no Brasil conferiram visibilidade às questões específicas das mulheres e permitiram a realização de encontros antes vedados, e neste período houve grande visibilidade de movimentos feministas na Europa e nos Estados Unidos, que se tornavam referência para as brasileiras (ONU, 2011) (Amancio et al, 2013).

No Plano Plurianual (PPA) 2004-2007 (MPOG, 2003) já foi proposto de que o recorte transversal de gênero esteja presente na formulação e implementação de políticas públicas no país, por meio da articulação da Secretaria Especial de Políticas para as mulheres – SPM em convênio com a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (Cepal), sob o tema da Transversalização da Perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas e nas Políticas de Superação da Pobreza. No entanto, é necessário que estas medidas não se resumam a recomendações não prioritárias, mas passem a ser elaboradas e implementadas as medidas legais e organizacionais para que esta articulação transversal se efetive em curto prazo. As questões de articulação entre ministérios, Secretarias e outras instituições públicas e privadas, requerem a criação de uma infraestrutura organizacional para a efetividade das medidas de política pública, por meio do monitoramento, avaliação e aprimoramento constantes dos programas de ação. Além disso, a dificuldade de uma linguagem comum que facilite a integração micro, meso e macroeconômica é um dos principais obstáculos encontrados que até mesmo excede a insuficiência da dotação recursos financeiros (Kon, 2011)

Na década de 1980 o movimento de mulheres cresceu e se diversificou, com aumento da participação em partidos políticos, sindicatos e associações comunitárias. Nesta década, surgiram as primeiras políticas públicas específicas para mulheres, especialmente na área de saúde e de combate à violência contra a mulher, surgindo as primeiras delegacias especializadas no atendimento à mulher. Em 1985 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), que levou aos constituintes um documento com reivindicações

femininas, a Carta das Mulheres; a maioria dos itens foi incorporado ao texto da Constituição de 1988. (Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1985) (Amancio et al, 2013).

Os anos de 1990 foram bastante produtivos e um ambiente governamental mais favorável, movimentos já melhor organizados e a ação de organizações não governamentais, especializadas na temática da mulher e houve a realização da Conferência Mundial sobre a Mulher (Organização das Nações Unidas), em Pequim, China, em 1995, com a participação de representantes brasileiras; o documento final da conferência tornou-se uma referência para a luta feminista em todo o mundo. (Amancio et al, 2013). Esta década contou com a adesão do Brasil a acordos internacionais de direitos humanos, alguns dos quais específicos sobre a mulher, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, aprovada em 1994 e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Observatório, 2011).

A produção de legislação referente à mulher entre os anos 2000 a 2010 veio acompanhada de uma nova forma para o tratamento dos temas relativos às mulheres, a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres, em 2003.

Em 2004 o Ministério da Saúde propôs diretrizes para humanização e qualidade do atendimento, levando em consideração os dados epidemiológicos e as pautas de reivindicações de diversos segmentos sociais e apresentou os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral da Mulher.

Em 2004 foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e em 2005, foi lançado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, com o crescimento do número de órgãos estaduais e municipais voltados para as mulheres, como coordenadorias, secretarias, assessorias, superintendências e diretorias. Apesar dos avanços significativos nos últimos 20 anos, permanecem as desigualdades como as diferenças salariais, o acesso a cargos eletivos e as funções de direção em empresas e órgãos públicos e privados, o equilíbrio nas obrigações familiares e a superação da violência doméstica (Amancio et al, 2013).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) recomenda estratégias de transversalização do enfoque de gênero como a implementação de ações específicas dirigidas às mulheres, destacando

a importância de promover a articulação entre as políticas de emprego e as demais áreas de políticas públicas, tais como a educação, formação profissional, cuidado infantil, saúde, proteção social, fomento produtivo etc. Entre algumas medidas relevantes de estratégia ressaltam: (a) acesso feminino às políticas ativas de mercado de trabalho em igualdade de condições com os homens, em proporção equivalente a sua participação na PEA e/ou na taxa de desemprego; (b) revisão dos sistemas tributários para facilitar a incorporação das mulheres no mercado de trabalho, reduzindo os fatores desestimulantes; (c) possibilitar o acesso das mulheres a áreas e postos de trabalho relacionados às tecnologias de informação, por meio da educação e formação profissional; (d) serviços de cuidado infantil e de outras pessoas dependentes (idosos e doentes); (e) não restringir as políticas dirigidas à promoção da igualdade de gênero a programas-piloto de curta duração e alcance limitado, mas sim objetivar um maior alcance a médio e longo prazo (OCDE, 2007).

Cabe ressaltar o papel relevante das Conferências Internacionais e Regionais convocadas pelas Nações Unidas e pela OIT que discutiram a questão do gênero no mercado de trabalho e sua institucionalização, embora os textos constitucionais brasileiros tenham introduzido os princípios de igualdade entre os gêneros, estes não foram acompanhados por instrumentos efetivos de aplicação direta ou de controle da implementação e, portanto, estes textos continuam a ter pouco efeito na realidade. Por outro lado, determinados mecanismos de proteção foram instituídos legalmente (como no caso da proteção à maternidade e ao cuidado dos filhos, por meio do estabelecimento de creches pelas empresas), mas, no entanto, em grande parte dos casos, os impactos foram negativos sobre a absorção de mulheres, tendo em vista a perspectiva de maiores custos aos empregadores (Kon, 2011)

Como salienta a OIT, um elemento decisivo para transversalizar as dimensões de gênero nas políticas de emprego é reconhecer as mulheres como sujeitos fundamentais dessas políticas. No Brasil, ainda predomina grandemente a visão tradicional superada que atribui ao homem o papel de provedor exclusivo da família e à mulher o papel de manutenção e reprodução da força de trabalho ou ainda de força de trabalho secundária (Kon, 2011)

Atualmente, a mulher vem desempenhando múltiplos papéis dentro da sociedade, sentindo-se pressionada, pensando que necessita corresponder a

todas as expectativas internas e externas de si mesmo, como por exemplo, ser boa mãe, boa dona de casa, boa funcionária, manter-se atualizada frente às dificuldades de sua profissão, manter-se esteticamente dentro dos padrões de beleza estabelecida, estar atenta às mudanças políticas, dentre outras atribuições (Moré & Carswell, 2012)

Diferentes instituições formais e informais contribuem para a produção e reprodução de papéis, lugares ou comportamentos entendidos como possíveis ou aceitáveis para mulheres e homens. O Estado, a família, as religiões, os padrões de conjugalidade e maternidade e o mundo do trabalho carregam em si valores e percepções que, mesmo sendo apresentados como “universais”, “naturais” ou “inevitáveis”, são permeados por relações de poder que validam certas possibilidades de ação social ou política em detrimento de outras (Mello e Marques, 2018).

Mello & Marques (2018) observaram que o Estado tem uma atuação que pode contribuir para reforçar ou problematizar visões sobre as mulheres enquanto destinatárias de direitos e deveres, e realizaram análise aprofundada sobre o seu papel, por meio das políticas públicas, e consideraram três categorias: i) predominância de estereótipos sobre demandas, papéis e interesses atribuídos às mulheres; ii) ausência da transversalidade de gênero durante as discussões de desenho das políticas; ou iii) tentativas de abarcar de maneira mais ampla e transversal demandas relacionadas às vivências femininas.

Os autores propõem uma tipologia da atuação estatal baseada em quatro visões em relação às mulheres, dependendo da ótica a partir da qual a presença feminina é entendida na elaboração e implementação de políticas públicas:

- i) visão reprodutiva (mulheres como mães/cuidadoras);
- ii) visão produtiva (mulheres enquanto mão de obra de trabalho remunerado);
- iii) visão reativa (inclusão posterior das mulheres no planejamento da política);
- iv) visão inclusiva (mulheres enquanto público-alvo prioritário).

Quadro 1. Síntese sobre a visão do Estado sobre as Políticas Públicas.

Elementos	Visão Estatal			
	Reprodutiva	Produtiva	Reativa	Inclusiva
Posição atribuída às mulheres	Mães ou responsáveis pelo núcleo familiar e cuidados de dependentes	Mão de obra do trabalho remunerado	Público beneficiário identificado após início da execução da política	Público beneficiário para o qual a política é direcionada
Políticas selecionadas	Serviço de Proteção e Atenção Integral à Família (PAIF)	Programa de Fomento às Atividades Rurais	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico (PRONATEC)	Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural (PNDTR)

Fonte: Mello & Marques (2018)

As ações de saúde da mulher foram incorporadas nas primeiras décadas do século 20, limitado à gestação e parto. Na década de 1950 a maternidade foi destacada como um papel social importante e a criação dos filhos relacionada ao desenvolvimento econômico; o planejamento familiar teve programas internacionais. Os objetivos eram em tornar as mulheres ‘melhores mães’ e nesse período se destacaram as medidas de combate à desnutrição e o planejamento familiar, este com forte ação de organismos internacionais controlistas. A Sociedade Civil de Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM) era vertical, fragmentado e reducionista, desarticulado de outras ações e propostas mais amplas, e assim, com baixo impacto nos indicadores de saúde das mulheres. Em 1975 foi criado o programa materno-infantil, para proteção materno-infantil, englobando cuidados do período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério, sob forte influência internacional.

Na década de 1980, com grande movimentação feminista no país, os programas da saúde da mulher foram criticados pelo acesso restrito a algumas fases da vida da mulher e várias pautas do movimento foram introduzidas nas políticas públicas (Garcia, 2013).

Em 1984 a o Ministério da Saúde cria o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, PAISM, que incluiu as ações educativas,

preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, no sentido de englobar as necessidades de saúde da mulher; nesse período, vários documentos técnicos foram distribuídos nas Secretarias Estaduais de Saúde.

Na saúde integral, a mulher deve receber cuidados em todas as fases da sua vida, independente da faixa etária ou do grupo populacional ao qual pertence. A porta de entrada para os serviços de saúde é a Unidade Básica de Saúde/Equipe de Saúde da Família mais próxima da residência da mulher, na qual encontrará profissionais aptos a realizarem: consultas de pré-natal, citologias, exame clínico das mamas, exames, quando requisitados pelo profissional de saúde (os exames serão marcados por meio da Central de Regulação-CORA), testes rápidos para detecção de Sífilis, HIV e Hepatite B. Também deve estender-se a todos os diferentes níveis de atenção à saúde (da baixa a alta complexidade) (Garcia, 2013).

Em 2003 identificou-se a necessidade de articulação interinstitucional, para incluir as mulheres de áreas rurais, deficientes, negras, indígenas, presidiárias. Em 28 de maio de 2004, o Ministério da Saúde propôs diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, tomando como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

A Política Nacional de Planejamento Familiar foi criada em 2007. O planejamento familiar é uma questão central na saúde da mulher, e ela deveria ter o direito de escolha para decidir, o número de filhos, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado a sua situação, em conjunto com o parceiro se for o caso. O acesso aos meios anticoncepcionais gera a redução de gravidez indesejada, levando à redução de abortos inseguros e por consequência, a redução da mortalidade e das sequelas desses abortos (Brasil, 2009).

No ano de 2011, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacionais, elaborou o

documento com a segunda reimpressão desta política que apresenta diretrizes e objetivos gerais e específicos (Brasil, 2016).

Entre as propostas de ações e programas verificados em outros países estão políticas públicas voltadas para o mercado de trabalho, destinadas a melhorar as condições de absorção da mulher. Entre os programas de treinamento ou políticas antidiscriminatórias, que influenciaram os padrões de segregação estão resumidos, de acordo com seu objetivo primordial: políticas de estímulo aos salários em setores que tradicionalmente empregam relativamente maior contingente de mulheres, para maior isonomia salarial entre gêneros; as que tentam modificar o comportamento do empregador com relação à contratação e promoção; as voltadas mais para trabalhadores do que para empregadores e que visam o treinamento e outros programas educacionais; programas como subsídios para o cuidado das crianças, que afetam a decisão familiar de entrada da mulher na força de trabalho; e as que visam especificamente a integração entre os gêneros como o resultado desejado. Outras políticas destinadas a influenciar o padrão de contratação e promoção dos empregadores, podem atuar por meio de restrições legais, com uma 'cota' mínima obrigatória de contratação de determinado gênero (geralmente feminino) e que atuam da mesma forma que as metas voltadas para discriminação de raça ou outras minorias. As políticas de treinamento e educacionais visam proporcionar à força de trabalho alvo (em sua maioria, do gênero feminino) em condições de assumir os tipos de colocações oferecidas, o que não significa necessariamente a garantia de obtenção de trabalho, tendo em vista outros requisitos demandados pelos empregadores para contratação e promoção. Um caminho adicional de política seria a concessão de subsídios ou isenções a empregadores que apresentem esforços comprovados para a integração da mulher e equalização de salários (Kon, 2011).

No setor econômico, a visão reprodutiva pode ser vista na licença-maternidade, com o direcionamento às mulheres na tarefa de ocupar-se dos primeiros meses de vida das crianças; os argumentos vão desde a importância da amamentação, até da viabilidade econômica da liberação feminina e impede que os núcleos familiares decidam a melhor forma de organizar os cuidados com as crianças em função de suas especificidades e contribui para que o papel de cuidado com as crianças seja atribuído desde o início às mulheres e

que as próprias mulheres, ao desempenharem diuturnamente, por quatro ou seis meses, atividades relacionadas às demandas infantis, sejam consideradas ou mesmo se considerem, mais apropriadas para lidar com assuntos ligados ao cotidiano das crianças; se fosse licença parental, o homem poderia se afastar do trabalho e se ocupar da criança. Outra questão selecionada é a do papel central das mulheres em relação aos arranjos familiares para as políticas de bem-estar social, de assistência social e transferência de renda, mostrando o papel reprodutivo das mulheres como parte constitutiva das políticas, por meio de um enquadramento que mobiliza estereótipos das mulheres enquanto responsáveis pelo cuidado familiar no desenho geral de operação do serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF).

No Programa de Fomento às Atividades Rurais, de 2011, o programa é direcionado para o público da agricultura familiar inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais em condição de pobreza ou extrema pobreza, para aumentar a produção de alimentos e renda, e contêm em seu escopo esforços para dirimir tratamentos discriminatórios entre homens e mulheres. Nesta visão produtiva sobre as mulheres, o Estado adota uma perspectiva restrita sobre a realidade feminina e desconsidera os efeitos da distribuição desigual das tarefas domésticas e do cuidado sobre as possibilidades laborais das mulheres ou mesmo o impacto exercido por clivagens de raça e classe sobre a autonomia econômica feminina e o objetivo é de ampliar as possibilidades de inserção produtiva e geração de renda das mulheres (Mello & Marques, 2018).

Na visão inclusiva as mulheres são o público prioritário das políticas e são consideradas questões associadas a reivindicações ou condições de vida das mulheres, incorporadas ao escopo da ação, como legítimas e válidas e sobre as quais o Estado deve atuar. Na análise do Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural (PNDTR) houve o esforço de incorporar a demanda das mulheres e as especificidades dos grupos populacionais (mulheres acampadas, assentadas, agricultoras familiares, quilombolas, indígenas, pescadoras artesanais, extrativistas e atingidas por barragens), buscando a igualdade. Entre 2004 a 2014 foram emitidos 1,14 milhão de documentos, para mais de 559 mil mulheres em 3.407 mutirões realizados pelo PNDTR; este acesso é essencial para garantir o alcance dessas mulheres a

políticas de ampliação da cidadania, reconhecimento social e visibilidade (Mello & Marques, 2018).

Na visão reativa, a dimensão de gênero não está explicitada como parte do teor legal ou das orientações de execução durante o processo de formulação, mas na sua implementação as mulheres passam a compor parte significativa do público atendido, e são feitas alterações ou ajustes visando ampliar a efetividade da política ou responder a demandas sociais. A criação de uma linha de crédito específica para atendimento de mulheres no Pronaf, ou medidas que alteraram as formas de concessão da titularidade das terras recebidas pelas ações de reforma agrária são exemplos de situações dessa natureza. Para compreender esse fenômeno, foi analisada a presença feminina na Bolsa-Formação Trabalhador, uma das modalidades do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec). Nesta modalidade foram registradas 2,8 milhões de matrículas (abril de 2015) e 60% correspondiam a matrículas realizadas por mulheres. Dos oito milhões de vagas oferecidas pelo Pronatec, o percentual de mulheres matriculadas atingiu em torno de 60,4% e 54,5% dos concluintes em cursos profissionalizantes do país. A esfera governamental reagiu a essa questão e em 2013 incluiu um dispositivo para a participação de mulheres responsáveis pela unidade familiar beneficiárias de programas federais de transferência de renda, nos cursos da Bolsa-Formação e em 2014 incorporou o Programa Mulheres Mil ao Pronatec. Os resultados divulgados em 2015 mostraram que entre as 2,8 milhões de matrículas na modalidade Bolsa Formação, 80,3% dos inscritos concluíram o curso e 19,7% teriam desistido ou abandonado. A baixa escolaridade e a pouca experiência no mercado de trabalho formal dificultariam a inserção produtiva dessas mulheres, com faixas de renda mais baixas (até R\$ 140 per capita) do Cadastro Único. Os dez cursos profissionalizantes com maior número de matrículas no país mantiveram o padrão de distribuição feminina entre áreas e temas associados às funções provenientes da divisão sexual das tarefas, concentrando-se nas áreas de desenvolvimento social e educacional; ambiente e saúde; turismo, hospitalidade e lazer; produção cultural e design e produção alimentícia; os homens aparecem concentrados em cursos das áreas militares; controle e processos industriais; informação e comunicação; recursos naturais e infraestrutura. Assim, apesar de ser a maioria das concluintes, as mulheres

continuam concentradas em cursos associados a temas entendidos como “femininos” reproduzindo os padrões tradicionais da divisão sexual do trabalho e assim, de menor remuneração (Varella et al., 2015 apud Mello e Marques, 2018).

Entre 2011 e 2013, 38,4 mil mulheres participaram do programa Mulheres Mil. Incorporado no Pronatec, na modalidade Bolsa Formação, foram capacitadas outras 61,8 mil mulheres (2014-2016). Entretanto, as vagas do Mulheres Mil representam 3,5% do total de pessoas matriculadas na modalidade Bolsa Formação do Pronatec, indicando a insuficiência dos dispositivos legais disponíveis que orientam a execução do programa (Mello e Marques, 2018).

Entre as propostas de ações e programas verificados em outros países estão políticas públicas voltadas para o mercado de trabalho, destinadas a melhorar as condições de absorção da mulher. Entre os programas de treinamento ou políticas antidiscriminatórias, que influenciaram os padrões de segregação estão, de acordo com seu objetivo primordial: (1) políticas de estímulo aos salários em setores que tradicionalmente empregam relativamente maior contingente de mulheres, para maior isonomia salarial entre gêneros; (2) as que tentam modificar o comportamento do empregador com relação à contratação e promoção; (3) as voltadas mais para trabalhadores do que para empregadores e que visam o treinamento e outros programas educacionais; (4) programas como subsídios para o cuidado das crianças, que afetam a decisão familiar de entrada da mulher na força de trabalho; e (5) as que visam especificamente a integração entre os gêneros como o resultado desejado. Outras políticas destinadas a influenciar o padrão de contratação e promoção dos empregadores, podem atuar por meio de restrições legais, com uma ‘cota’ mínima obrigatória de contratação de gênero (geralmente feminino), como as metas voltadas para discriminação de raça ou outras minorias. As políticas de treinamento e educacionais visam proporcionar à força de trabalho alvo (em sua maioria, do gênero feminino) em condições de assumir os tipos de colocações oferecidas, o que não significa necessariamente a garantia de obtenção de trabalho, tendo em vista outros requisitos demandados pelos empregadores para contratação e promoção (Kon, 2011).

O desafio primordial é enfrentar o debate sobre como ampliar a permeabilidade de políticas que possuem uma natureza intrinsecamente transversal, como as de desenvolvimento social e superação da pobreza e desigualdades, e incorporar abordagens mais amplas sobre as mulheres enquanto sujeitos sociais. Inclui a garantia de ações capazes de conciliar heterogeneidade e especificidade, assim como a ampliação de recursos financeiros e técnicos envolvidos na sua produção e execução. Inclui ainda a reflexão sobre a frágil sustentabilidade de ações de incorporação da agenda de equidade de gênero no âmbito do arranjo governamental baseada apenas na existência de estruturas institucionais exclusivamente responsáveis por levar essas preocupações para o restante do governo (Mello & Marques, 2018).

Há ainda a urgência da discussão sobre formas de lidar com ações de ampliação da autonomia laboral, considerando as diferenças de classe e raça existentes entre as mulheres. Implica também pensar a responsabilidade do Estado na promoção de políticas públicas do cuidado. Significa lidar com a questão do cuidado infantil a partir de creches públicas, aliando as demandas da agenda de primeira infância à necessidade de liberação das mulheres de baixa renda para o mercado de trabalho. Significa discutir as reais condições de inclusão produtiva das mulheres considerando a desigualdade salarial, a precariedade do vínculo de emprego das mulheres e a prevalência do emprego doméstico como condição de “liberação” das mulheres de classe média/alta das funções domésticas em detrimento de um contingente amplo de mulheres negras e pobres – ou seja, é preciso lidar com todas as limitações impostas pela estrutura patriarcal compreendendo também que o modo de produção capitalista exige condições cada vez mais precárias na exploração da mão de obra feminina, principalmente das mulheres negras (Mello & Marques, 2018).

A desigualdade racial no país constitui-se em um desafio na busca da igualdade de gênero, já que existem situações muito diversas e daí sua complexidade (Garcia, 2013).

Para Godinho (2003) a responsabilidade de modificar as desigualdades sociais decorrentes da assimetria das relações de poder entre os sexos, cabe ao poder público, por meio de políticas que incorporem a perspectiva de gênero na sua agenda política. Considerando-se a heterogeneidade que confere à atuação estatal múltiplas formas e a complexidade constitutiva de um grupo

social abrangente como as mulheres, quais as possibilidades colocadas para que o Estado assuma o protagonismo pela estruturação de políticas de apoio às mulheres nas tarefas de cuidado? Limitar a relação entre Estado e mulheres somente a partir do ângulo em que prevalece o reforço do seu papel reprodutivo implica simplificar e restringir o campo conflitivo em que se dão as disputas que permeiam as deliberações sobre escopo, recursos e metas das políticas públicas. Ignorar o fato de que existem outras formas de mediação em curso significa tanto perder a oportunidade de avançar em agendas de ampliação dos direitos das mulheres, quanto dificultar a explicitação de lacunas e problemas identificados nas estratégias que compõem outras visões possíveis (Gomes & Carloto, 2012).

No atual ambiente social e político em retrocesso, os desafios são ainda maiores nos próximos anos, para garantir a efetividade dos direitos conquistados até promover mudanças culturais na sociedade, visando construir um ambiente de respeito aos direitos humanos como um todo e, em particular, de reconhecimento das necessidades específicas da mulher e de sua capacidade de desempenhar papéis e ocupar espaços.

Datas referentes à Saúde da Mulher

01 a 08 fevereiro - Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência
05 de fevereiro - Dia Nacional da Mamografia.
08 de março - Dia Internacional da Mulher
28 de abril - Dia Nacional em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças do Trabalho.
30 de abril - Dia Nacional da Mulher
28 de maio - Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna / Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher
01 a 07 de agosto - Semana Mundial da Amamentação no Brasil
06 de setembro - Dia Internacional de Ação pela Igualdade da Mulher
23 de setembro - Dia Internacional Contra a Exploração Sexual e o Tráfico de Mulheres e Crianças
26 de setembro - Dia Mundial de Prevenção A Gravidez na Adolescência
01 de outubro - Dia Nacional de Doação do Leite Humano
25 de novembro - Dia Internacional da Não-Violência contra a mulher
27 de novembro - Dia Nacional de Luta contra o Câncer de Mama. Data instituída pela Lei nº 12.116/2.009
06 de dezembro - Dia Nacional de Mobilização dos Homens pelo Fim da Violência Contra as Mulheres

Fonte: elaborado a partir do Calendário da Saúde (Ministério da Saúde)
<http://portalmis.saude.gov.br/calendario-da-saude>

Referências

- Alves JED. O precoce fim do bônus demográfico no Brasil, Ecodebate, RJ, 27/03/2015
- Amâncio VC, Schmidt DB, Cotrim OS. A história da mulher e sua problemática de saúde com ênfase no município de Botucatu. Caderno Saúde e Desenvolvimento| vol.3 n.2 | jul/dez 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes/ MS. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2009. 82 p. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios)
- Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. RJ, 2014.
- Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM, Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM), 2016.
- Bruschini C, Lombardi MR, Mercado C, Bizzochi M. Banco de Dados Sobre o Trabalho das Mulheres <https://www.fcc.org.br/bdmulheres/index.php?area=home>. Acesso em março de 2019.
- Bruschini C, Lombardi MR. A bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. Cadernos de Pesquisa, 110, 67-104, 2000.
- Camarano AA, Leitão e Mello J, Kanso S. Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA Brasil, 2016.
- Camarano AA. Fernandes D. Mudanças nos arranjos familiares e seu impacto nas condições de vida: 1980 a 2010. Camarano AA. (Org.). Novo Regime Demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: IPEA, 2014.
- Cerqueira D. (org.) Atlas da Violência. IPEA/FBSP, Rio de Janeiro, 2018, 82p.
- DIEESE. Boletim Pesquisa de Emprego e Desemprego, março 2018.
- Fontoura, N.; Rezende, MT. Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça – 1995 a 2015, 5p, IPEA. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>. Acesso em 06/03/2017.
- Galeazzi IMS. Mulher e trabalho. Ed FEE, Porto Alegre, 2001.
- Garcia PT. (org). Saúde da Mulher . Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA, São Luís, 2013.
- Gomes AG, Carloto CM. Geração de renda para mulheres e divisão sexual do trabalho: Estratégias para o trabalho Feminino e a conquista da autonomia econômica no contexto da reestruturação produtiva. Publicação: IV Congresso Paranaense de Assistentes Sociais. 1 de agosto de 2012.
- IBGE. População brasileira. Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e Socioeconômica, n. 36. 2016.
- IBGE Estudos e Pesquisas. Estatísticas de gênero. Informação demográfica e socioeconômica n. 38, 2017. (atualizado em 2018).
- Kon A. Considerações teóricas sobre a divisão sexual do trabalho na família: Repercussões sobre o mercado de trabalho. In: Seminário As Famílias e as Políticas Públicas no Brasil. Belo Horizonte – MG: ABEP, Novembro/2005.

Kon A. Assimetrias entre gêneros no mercado de trabalho brasileiro: crise e políticas públicas Revista Ciências do Trabalho Volume 1 – Número1, 2011.

Leone ET, Maia AG, Baltar PE. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. Economia e Sociedade, Campinas, v. 19, n. 1 (38), p. 59-77, abr. 2010.

Leone ET, Teixeira MO. As mulheres no mercado de trabalho e na organização sindical. XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu-MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010.

Mello J. Gênero, representação e instituições. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

Mello J, Marques D. Elementos para uma Tipologia de Gênero da Atuação Estatal: Visões do estado sobre as mulheres e políticas públicas no Brasil. Texto para Discussão IPEA, n 2441.RJ, 2018, 66 p.

Moré AFL, Carswell WA. Mulheres portadoras de transtornos mentais: um estigma social? Perspectiva on-line. Ciências Biológicas da Saúde. Publicado online: 27 de outubro de 2012, 13p.

OMS. Mulheres e Saúde. Evidências de hoje, Agendas de Amanhã. 2011.

Pianta F. A saúde da mulher trabalhadora e o ciclo de trabalho: diferença entre trabalho e emprego. Curso de Formação Sindical em Segurança e Saúde no Trabalho. Centro Internacional de Formação, Turim, Itália, 2006.

Stromquist NP. Políticas públicas de Estado e equidade de gênero Perspectivas comparativas. Revista Brasileira de Educação, Jan/Fev/Mar/Abr 1996. n.1, 27-49.

Young. I. Justice and the Politics of Difference. Princeton University Press, 1990.

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20232-estatisticas-de-genero-responsabilidade-por-afazeres-afeta-insercao-das-mulheres-no-mercado-de-trabalho> Acesso em 12 de março de 2019.

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20232-estatisticas-de-genero-responsabilidade-por-afazeres-afeta-insercao-das-mulheres-no-mercado-de-trabalho> Acesso em 12 de março de 2019.

<http://www.contrafcut.org.br/noticias/a-desigualdade-entre-homens-e-mulheres-no-mercado-de-trabalho-e-na-vida-000b> Acesso em 12 de março de 2019.

<https://www.dieese.org.br/analiseped/2018/2018ApresentacaoMulherSintMet.html> Acesso em 12 de março de 2019.

<http://cnq.org.br/noticias/ibge-mulheres-trabalham-cinco-horas-a-mais-e-ganham-76-do-salario-dos-homens-8558/> Acesso em 12 de março de 2019.

<https://dial.news/ibge-violencia-mulher-desigualdade/>

<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/85640-cnj-publica-dados-sobre-violencia-contr-a-mulher-no-judiciario> Acesso em 12 de março de 2019.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em 12 de março de 2019.

<https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/publicacoesportema?tema=Viol%C3%Aancia> Acesso em 12 de março de 2019.

<http://portalms.saude.gov.br/calendario-da-saude> Acesso em 12 de março de 2019.

Work-life balance: a theoretical thinking*

Work life balance: reflexão teórica

Inês Monteiro

<https://orcid.org/0000-0002-6004-8378>

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

<https://orcid.org/0000-0001-8056-8824>

Aparecida Mari Iguti

orcid.org/0000-0002-1309-7433

Abstract

This study aimed to reflect on the balance between work life and work, in some countries, through literature analysis. The balance between work and life outside of it can also be one of the intervening factors in the choice of whether or not to have children for women, among other factors, nowadays. Companies and institutions also play a key role, as they can propose forms of work organization, simultaneously with the works demands of workers in general, as well as adequate working hours and attention to individual aspects of workers, according to the stage of life where they are, in addition to flexible hours, when necessary. It is considered that similar conditions should be made available by public and private companies, both for women and men; they can share the child's education activities, the care with family members and chore duties, in addition to social activities.

Keywords: gender; work-family conflict; work-life balance; work

Introduction

The balance between work life and time outside work has been the subject of discussion in the last decade in different countries, with an emphasis on the European Union.

In this theme, different aspects can be approached, such as the gender issue in the balance between life at work and outside it. There are different approaches to its meaning and in this reflection some of them will be presented.

Currently, the acceleration of time is present and the introduction of information technologies had caused social impact sometimes, and the information access in real time, as well as the control of data and people has been increasing.

* This study received Grant from the National Council for Scientific and Technological Development (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq) – Project number 402592/2010–7, for Inês Monteiro.

The 24-hour/seven-day-a-week connection allows companies to keep workers available, even in their homes or at leisure, thus diluting the boundaries of public life-work and private life - family, friends, colleagues, etc. At the same time, productive restructuring continues at a rapid pace, reducing jobs and altering work processes and organization, forcing workers to achieve goals and greater commitment in the company, with often unpredictable working hours, increasing instability and insecurity in the workplace.

Moreover, the significant incorporation of women into the labour market occurred without redefining gender relations in relation to the sexual division of labour, considering private life and corporate actions, in many countries and regions. Thus, the responsibility for the work of social reproduction continues to be assumed almost exclusively by women. In addition, those in the labour market express tensions in their dual responsibilities, and the balance between work and other aspects of life is a great challenge.

When discussing the balance between work and personal life, one usually considers the time dispensed for different activities, especially between paid and unpaid time. But, in fact, the balance between work and private life means more than the distribution of time, which provides the indications of the situation, but does not discriminate the determining factors, nor does it consider the meaning of the different activities, paid or unpaid, for each worker.

This study aimed to reflect on work-life balance in Brazil and some countries.

The Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD presents a work-life balance perspective focused on well-being (OECD, 2014):

Finding a suitable balance between work and daily living is a challenge that all workers face. Families are particularly affected. The ability to successfully combine work, family commitments and personal life is important for the well-being of all members in a household. Governments can help to address the issue by encouraging supportive and flexible working practices, making it easier for parents to strike a better balance between work and home life. An important aspect of work-life balance is the amount of time a person spends at work. Evidence suggests that long hours may impair personal health, jeopardise safety and increases stress. At close to 13%, the share of employees working 50 hours or more per week is not very large in the OECD. [...] Overall, more men work very long hours, the percentage of male employees working

very long hours across OECD countries is 17%, compared with 8% for women.

It should be noted here that the OECD is composed by 34 countries (European Parliament, 2014) from different continents, and the data presented is based only on them, and therefore did not represent a world sample.

The OECD ranking comprises three topics: "percentage of employees working very long hours (more than 50 hours a week); the employment rate for women with children; and the time spent on 'leisure and personal care' (including sleeping)" (OECD, 2014).

Another important aspect to be considered is related to working time and time available for leisure and personal care activities, as described by the OECD (2014).

Furthermore, the more people work, the less time they have to spend on other activities, such as personal care or leisure. The amount and quality of leisure time is important for people's overall well-being, and can bring additional physical and mental health benefits. A full-time worker in the OECD devotes 62% of the day on average, or close to 15 hours, to personal care (eating, sleeping, etc.) and leisure (socializing with friends and family, hobbies, games, computer and television use, etc.).

The balance between professional and personal life has an impact, including the permanence of the worker in the working life until the age foreseen for retirement, which is variable in the different countries, generally around the 60 to 67 years of age.

In addition to the above, it can also interfere with individual aspects and act as a trigger for illness processes.

Cleveland (2008: 109), based on studies by Crouter & McHale (2005), proposes the discussion of this subject from two perspectives. The first is (Cleveland, 2008: 109):

Emphasizes individual level employee perceptions of work-family conflicts and links to work attitudes, work performance, turnover intentions, and possibly stress and health. The contribution of the work-focused approach is that employees identify possible sources of conflict and possible areas for intervention to eliminate conflict.

The second perspective is “to examine such issues from a family perspective [...]” [and] “a multi-source perspective of work-family conflict and its outcomes often is used” Cleveland (2008: 109-10).

Kalliath & Brough (2008:323) report in their review that although the term work-life balance is widely used, there is no specific definition for it. They discuss six perspectives: “multiple roles; equity across multiple roles; satisfaction between multiple roles; fulfilment of role salience between multiple roles; a relationship between conflict and facilitation and perceived control between multiple roles” Kalliath & Brough (2008).

Simmons (2012) discussed the balance between work and life outside work among nurses and reported on the importance of balancing physical, emotional and spiritual aspects.

Situation in Brazil

In Brazil, data released by the Brazilian Institute of Geography and Statistics - IBGE (Brazil - IBGE, 2016, 2013, 2012) make it possible to reflect on gender differences, considering the lower salary, higher schooling and more time spent with domestic activities in the home, by women.

Access to education is still a serious problem in the country, with recent data indicating that 38.9% of those aged 18 years or above had not finished elementary school (Brazil - IBGE, 2016: 84). This fact is exacerbated by the statement that it ‘is a right of the citizen and the obligation of the State’, since the Constitution of 1988, for all Brazilians to have access to at least fundamental level of education, currently altered to offer education to all Brazilians up to 17 years of age.

The quality of education, which will not be discussed in this chapter, is another factor with serious implications for citizens' lives and growth and productivity in Brazil.

In 2010, 12.5% of women and 9.9% of men aged 25 years or older had completed higher education in Brazil. In addition, 43.9% of women aged 10 years and over and 63.3% of men were employed (Brazil - IBGE, 2012).

Another aspect to be highlighted is the growing number of female-headed households, which in 2000 Census corresponded to 22.2% and in 2010 to 37.3% (Brazil - IBGE, 2013).

In this type of family this can be a burden, both in relation to economic aspects, and the time available for care of the children, training, continuing education and career.

Recently, it was observed a problem that has been occurring in different countries reaching the young people who do not study or work, called the 'nem-nem' generation in Brazil. Among the young people who did not work or study, in the survey conducted in 2015, 27.4% were between 18 and 24 years of age and 24.1% between 25 and 29 years of age (Brazil - IBGE, 2016: 48), corresponding to the age group called young adults in Brazil.

When analyzing separately the data between young men and women of the 'nem-nem' generation, there is a profound disparity, with the worst result being young women - 29.8%, when compared to men - 15.4% (Brazil - IBGE, 2016: 48).

The deep difference between the number of hours worked in relation to gender persists in the country. The 'busy' men worked, on average, 40.8 hours at work and ten hours with domestic tasks, totalling 50.5 hours a week. The 'employed' women worked, on average, 34.9 hours at work and 20.5 hours with domestic tasks, totalling, on average, 55.1 hours of work in the week, higher than men (Brazil - IBGE, 2016 81).

Women have greater responsibility in reproductive time which translates into the use of totally unequal total time between men and women. In spite of the trend of shorter working hours of economic character, women have a greater total time than men and their domestic tasks are, on average, three times higher than men, a differentiation observed even in the condition of male unemployment. Working hours in domestic tasks do not differ according to the occupation status of women and their entry into the labour market does not reduce the work day in domestic tasks (Dedecca, 2004).

Another perspective to be considered is that the balance between work and life outside work can be achieved through actions to promote health at work, such as providing day care for children. These actions also include, with a general purpose, the maintenance and improvement of mental health aspects of

the workers; periodic health assessments; support for physical activity and promotion of a healthy lifestyle by the company and / or institution, as proposed by the European Agency for Safety and Health at Work in 2010. In addition to these topics, it is also suggested that companies consider actions aimed at encouraging healthy eating, in addition to reducing stress at work (European Agency ..., 2010).

Situation in other countries

Companies and governments have faced, in different ways, the discussion about work-life balance, as well as the proposal of public policies related to it.

A study carried out in France by Fagnani & Letablier (2004) discussed the impact of the new legislation, implemented in the last decade, on the implementation of the 35-hour working day.

The authors studied the perception of parents with children under six years of age on the impact of reducing the working day on the work-life balance. Most respondents (six out of ten) reported a positive impact, and their assessment was dependent on how the work was organized, whether the shift was fixed or whether irregular work was needed. Another factor mentioned is related to the company's philosophy, whether it was family-friendly or not (Fagnani & Letablier, 2004).

A study carried out in the United Kingdom, by Malik et al. (2010), aimed at presenting tools for the management of work life balance policies for small and medium-sized companies. The authors discussed the complex challenges in different phases of life, influenced both by demographic aspects and those related to company culture, as well as "socioeconomic and labour market trends [have an impact] on workers' psychological and physical well-being". The authors report that attention should be given to aspects of paid and unpaid work, caring activities, and changes in family structure, resulting in tension between family and work. They also highlight aspects related to the implications that can have on "the costs of planning, recruiting and retaining the workforce for companies" Malik et al (2010: 287).

A study conducted in Germany by De Ridder (2012) discusses aspects related to the training of physicians, the broad percentage of women working in

the medical field in Germany, and the implications for the work-life balance can lead, with an emphasis on life in women's work. It proposes that Faculties of Medicine, clinics and teaching hospitals use a holistic concept encompassing three dimensions, aiming to guarantee an environment that provides "family friendliness" in the training of physicians (De Ridder, 2012: s.p.):

- Improve employment loyalty and long-term safeguarding of existing human resources in the medical faculties;
- Identify the need for action in relation to the design of the transition phase from university to a scientific career and continuing medical education at this phase has a major impact on future career development;
- Strategic orientation of the faculty and university administration towards gender/family/work-life balance at university and linked to it, the development, implementation and control of adequate measures.

(De Ridder, 2012: s.p.)

De Ridder (2012: s.p.) proposes seven areas to achieve a holistic approach: "organisational structures; study organisation; communication and advice for women/ families; HR development and labour organisation; monitoring of families; optimal infrastructure for families/women; and faculty culture and general conditions".

Another relevant aspect in the discussion about work-life balance is about the duration of the work day. Wirtz & Nachreiner (2010) performed a comparative analysis, using data from four studies - two in Germany and two in the European Union, totalling more than 47,000 workers. The authors concluded that long working hours, such as unplanned work - weekends, night work and shifts - resulted in poor health, such as fatigue, headache, irritability, sleep problems, stomach pain , anxiety and stress; besides interfering in the social well-being of the workers. In this context the results point out (Wirtz & Nachreiner, 2010: 1132-33):

(...) a clear and consistent negative effect of extending working time / week (...). In addition, when work included times that are unfavourable for social interaction, it resulted in significant interference with biological and social rhythms. (...) extending the number of hours/week obviously is not an appropriate means of

increase the efficiency of work due to and increased risk of impairment to health and social well-being.

In a study conducted by Houle et al (2009) in Canada with women who worked and had children, the authors reported that the greater the interference of work in the family, the more the woman felt emotionally exhausted, with less commitment to the company and increased the chances of changing jobs.

In the United States, in 2010, half of the children lived in households where their parents worked, and in about 50 years that figure had doubled. The author considers that this is an important factor, since in the home that receives two payments, when one parent loses his job; this overwhelms the other, who can look for additional work (Simmons, 2012).

The author also discusses the pressures experienced by women in life outside work, which include "economic problems; marital discord; dairy chores; children's activities; ongoing adult education; and elder care "(Simmons, 2012: 26).

In a qualitative study carried out in Denmark, with newly trained doctors working, the authors identified complaints about work-life balance outside of work, such as leaving behind stressful or anxiety-provoking events when caring for critically ill patients and even when they deal adequately with the situation, events accompany them when they are at leisure, or even when they have problems with sleep. Another aspect is the high expectation that family members and themselves have regarding their careers (Lasson et al, 2016), which results in greater pressure for the goals to be achieved.

A study carried out in Spain in 2007, with the aim of unveiling gender inequalities interviewed 11054 workers, and pointed out serious problems that impacted women more than men. The authors report that, through statistical tests comparing the activities of men and women, there were more women without a work contract, who suffered moral harassment, discrimination and who reported musculoskeletal pain. (Campos-Cerna et al, 2012: 343).

More women than men worked without a contract [Odds ratio – OD] (OR=1.83; 95% CI: 1.51-2.21) and under high-effort/low-reward conditions (1.14:1.05-1.25). Women also experienced more sexual harassment (2.85:1.75-4.62), discrimination (1.60:1.26-2.03) and musculoskeletal pain (1.38:1.19-1.59). More men than women carried

out shiftwork (...), with high noise levels (...), and high physical demands (...). Men also suffered more injuries to occupational accidents (...). Women White-collar-workers were more likely than their male counterparts to have a temporary contract (...), be exposed to psychological hazards and discrimination (2.47:1.49-4.09) and have occupational diseases (...).

The OCDE (2014) presents data concerning life satisfaction among workers from many countries, but the gender difference is not taking into account.

Life satisfaction measures how people evaluate their life as a whole rather than their current feelings. When asked to rate their general satisfaction with life on a scale from 0 to 10, people across the OECD gave it a 6.5 grade. Life satisfaction is not evenly shared across the OECD however. Some countries – Hungary, Portugal and Turkey – have a relatively low level of overall life satisfaction, with average scores of 5.5 or less. At the other end of the scale, scores reach 7.6 in Norway and Switzerland. When asked to rate their general satisfaction with life on a scale from 0 to 10, Brazilians gave it a 6.5 grade, in line with the OECD average.

There is almost no difference in life satisfaction levels between men and women across OECD countries. However, when looking at people's education level, there is a clear difference: whereas people who have only completed primary education across OECD countries have a life satisfaction level of 5.7, this score reaches 6.9 for people with tertiary education.

Denmark ranks first in the OECD life satisfaction ranking in 2015, and the following topics are highlighted in the country document. On average, the Danes work 1563 hours a year, 37 hours a week. The average number of hours worked in OECD countries is 1739 hours. "Overtime is usually compensated financially or with time instead off. (...) 78% of Danish mothers are employed after their children begin school, higher than the OECD average of 66%, suggesting that mothers in Denmark have better opportunities to balance career and family life "(Study ..., 2017).

Eikhof, Warhurst, Haunschild (2007) discuss another perspective on the work-life balance and affirm that, currently, men and women need to work and have double income, which makes it possible to reach their consumption aspirations. The woman's greatest dissatisfaction is with the small or absent participation of the male partner in the accomplishment of the domestic activities, than to carry out long hours of paid work.

The authors discussed that "although more women are now entering the labour market and undertaking paid employment, consequential, complementary male propensity towards undertaking unpaid domestic labour has generally not increased, whether these men work full or part-time (Eikhof, Warhurst & Haunschild, 2007, p.331)".

Finally, another aspect to be highlighted is the fertility rate, which is currently decreasing and, among other factors, the work-life balance, can be an important factor in this decision by the woman.

In Japan, long working hours, as well as the long time spent commuting, "(...) may have contributed to the low fertility rate of 1.41 child per couple, a shared problem by the (Republic of) Korea (...) ", which is 1.3 children per couple, according to data from the OECD (World Economic Forum, 2016).

Final comments

The theme about work-life balance is of great importance, in different contexts, in the macro aspect, relative to the countries, proposing public policies with legislation and support systems that make feasible the adopted measures; and in the micro perspective, in which support should be provided in the regions and cities, with crèches, full-time school, investment in the quality of public education, on early childhood education, elementary, secondary and higher education.

The balance between work and life outside of it can also be one of the intervening factors in the choice of whether or not to have children for women, among other factors, nowadays.

Companies and institutions also play a key role, as they can propose forms of work organization, together with the demands of workers in general, as well as adequate working hours and attention to individual aspects of workers, according to their stage of life, in addition to flexible hours, when necessary.

It is considered that similar conditions should be made available by public and private companies, both for women and men, so that they can share the child's education activities, the care with family members and the activities of maintenance of the house, as well as physical and leisure activity.

In addition, at different levels of education, from early childhood education, as well as elementary, middle and higher education, topics on life at work and elsewhere should be discussed in order to stimulate debate and also women can identify other ways of sharing the tasks of everyday life, in ways different from what has occurred in different cultures today.

Conflicts of interest: none

References

- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2016). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2016. [Acesso em 17 fev 2017]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2296&id_pagina=1. [Portuguese]
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2013). Número de famílias sob responsabilidade exclusiva de mulheres aumentou 37,3%. [Acesso em 4 jan 2013]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/10/17/numero-de-familias-sob-responsabilidade-exclusiva-de-mulheres-passou-para-37-3>. [Portuguese]
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2012). [Acesso em 2 dez 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2296&id_pagina=1. [Portuguese]
- Campos-Cerna J, Ronda-Pérez E, Artazcoz L, Benavides FG. Desigualdades de género en salud laboral en España. *Gac Sanitaria*. 2012;26(4):343-51.
- Cleveland JN. Age, work and family: balancing unique challenges for the twenty-first century. In: Marcus-Newhall A, Halpern DF, Tan S. (Eds.). *The changing realities of work and family: a multidisciplinary approach*. 2008. Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9781444305272.ch6>
- De Ridder D. How to add more “family” to the work-life balance? Family friendliness in medical under – and postgraduate studies and workplace. *GMS Z Medizinische*. 2012;29(2). [Accessed 4 Jan 2013]. Available: <http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC3339700/>. [English and German]
- Dedecca CS. Tempo, trabalho e gênero. In: Oliveira AACE, Lima MEB, Soares V. *Reconfiguração das relações de gênero no trabalho*. CUT: SP; 2004, p. 21-52. [Portuguese]
- Eikhof DR, Warhurst C, Haunschild A. Introduction: What work? What life? What balance? Critical reflections on the work-life balance debate. *Employee Relations*. 2007;29(4):325-33.
- European Agency for Safety and Health at Work. Workplace health promotion for employees. Bilbao. (2010). [Accessed 4 Feb 2016]. Available: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/factsheets/94>.

European Parliament. The OECD – Promoting ‘better policies for better lives’. Briefing. October 2014. [Accessed 18 May 2017].

Fagnani J, Letablier M-T. The impact of the 35-hour laws in France. *Work Employment Society*. 2004;18(3):3521-72.

Houle L, Chiochio F, Favreau OE, Villeneuve M. Role conflict and well-being among employed mothers: the mediating effects of self-efficacy. *Gender and Management: an International Journal*. 2009;24(4):270-85.

Kalliath T, Broug P. (2008). Work-life balance: a review of the meaning of the balance construct. *J Manag & Organiz*. 2008;14:323-27.

Lasson L, Just E, Stegeager N, Malling B. Professional identity information in the transition from medical school to working life: a qualitative study of group-coaching courses for junior doctors. *BMC Medic Educ*. 2016;16(165).

Malik F, McKie L, Beattie R, Hogg G. A toolkit to support human resource practice. *Personnel Review*. 2010;39(3):287-307.

Organisation for Economic Cooperation and Development - OECD. Better Life Index. Work-life balance, 2014. [Accessed 15 Feb 2017]. Available: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/work-life-balance/>.

Simmons S. Striving for work-life balance. *Am J Nurs*. 2012;112(1 Suppl):25-6.

Study in Denmark. OECD: Denmark has world's healthiest work-life balance. [Accessed 18 May 2017]. Available:

<http://studyindenmark.dk/news/oecd-report-denmark-has-worlds-healthiest-work-life-balance>

Wirtz A, Nachreiner F. The effects of extended working hours on health and social well-being. A comparative analysis of four independent samples. *Chronobiology International*. 2010;27(5):1124-34.

World Economic Forum. Global Agenda. Employment and Skills. Which countries have the best work-life balance? 2016. [Accessed 18 May 2017]. Available: <https://www.weforum.org/agenda/2016/02/which-countries-have-the-best-work-life-balance/>

Ingresso precoce no mercado de trabalho e doenças crônicas autorreferidas na idade adulta: desigualdades em saúde entre mulheres trabalhadoras, PNAD/2008, Brasil

Early entrance to the labour market and chronic self-reported diseases in adulthood: health inequalities among working women, PNAD / 2008, Brazil

Isabella de Oliveira Campos Miquilin

Aparecida Mari Iguti

orcid.org/0000-0002-1309-7433

Heleno Rodrigues Corrêa Filho

<https://orcid.org/0000-0001-8056-8824>

Abstract

Early entrance to the labour market can lead to impairment of physical and mental health of children and adolescents, but few studies address this factor in adulthood and among working women. The aim of this study was to identify if early entrance to the labour market (before 18 years) would be a factor of vulnerability to chronic diseases among working women in adulthood. This is a quantitative cross-sectional study with analysis of secondary data extracted from the basic research and health supplement of the 2008 National Household Sample Survey (PNAD). Women aged 18-64 years were selected, which were occupied during the 365-day reference period and answered the question about the age at which they began work (n=83,662). After adjusted Poisson regression analysis, the worst self-reported health status (PR = 1.29, CI 95%= 1.20-1.38) chronic disease (PR = 1.10, CI 95%= 1.05-1.16) spine or back disease (PR = 1.19, CI 95%=1.10-1.28), heart disease (PR = 1.39, CI 95% = 1.15-1.67) and depression (PR = 1.41 CI95% = 1.01-1.29) were the variables that remained independently associated with Early entrance to the labour market (p-value <0.005). Social security and preventing situations that favor child labor need to be taken as State policies, preventing more girls from becoming women who perpetuate the cycle of gender inequality related to work in the Country.

Keywords: Child labor, chronic disease, gender and health, working women

Introdução

Relatório sobre estimativas globais do trabalho infantil publicado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 2017 identificou que aproximadamente 218 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos estavam envolvidos em algum tipo de trabalho no mundo, 152 milhões encontravam-se em situação de trabalho infantil e, destas, 64 milhões (42%) eram meninas (OIT, 2017). No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE), identificou que das 1,8 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos ocupadas na semana de referência da pesquisa, 34,7% eram meninas (IBGE, 2017).

Ainda que as estatísticas mundiais apontem para maior proporção de meninos envolvidos no trabalho infantil (OIT, 2017), é reconhecido que grande parte do trabalho realizado pelas meninas é menos visível e de natureza oculta, principalmente quando se envolve o trabalho doméstico, o trabalho na agricultura de pequena escala e o trabalho em pequenas oficinas domésticas, que expõe as meninas a diversos tipos de abusos não relatados e que passam despercebidos gerando preocupação com a sua segurança e bem-estar (OIT, 2009).

Sobre os riscos aos quais crianças e adolescentes estão expostos nos ambientes de trabalho, um relatório das Nações Unidas chamou a atenção para o problema da violência, no qual incluiu abuso verbal e físico. Neste relatório foram identificados vários setores de atividade econômica em que a violência pode ser um problema específico, sendo que, na maioria deles, as meninas estavam em maior número (OIT, 2009).

Segundo a Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL,1990), o trabalho de crianças e adolescentes é permitido no País a partir dos 14 anos apenas na condição de aprendiz, e o trabalho para adolescentes entre 16 e 18 anos não pode ser noturno, em locais perigoso, insalubres ou que prejudique o desenvolvimento físico, psicológico e a frequência escolar.

Os efeitos da entrada precoce no mercado de trabalho à saúde e vida das crianças e adolescentes já é bem estudado e conhecido: por vivenciarem um processo dinâmico de crescimento e desenvolvimento, com aspectos fisiológicos e anatômicos peculiares à fase, necessitam, dentre outros fatores, de diferentes aportes sociais, emocionais e nutricionais (BRASIL,2005). Vale considerar que segundo estatísticas da OIT, 73 milhões de crianças de 5 a 17 anos estavam envolvidas em trabalhos perigosos, e as Américas representam o segundo continente mais prevalente em trabalho infantil (5,3%), abaixo do continente africano (19,6) que está em primeiro lugar (OIT,2017).

Crianças e adolescentes que trabalham podem estar expostos à exaustão corporal, a riscos nos ambientes de trabalho predispondo a doenças e

acidentes, a transtornos musculoesqueléticos e em outros órgãos e sistemas, a problemas psicossociais, a papéis conflitantes na família, no trabalho e na comunidade (uma vez que são sujeitos em desenvolvimento obrigados a agir como adultos), bem como perda da infância e abandono escolar (BRASIL, 2005).

Além das consequências no próprio período da infância e adolescência, estudos nacionais têm associado que a entrada precoce no mercado de trabalho pode influenciar diversos problemas na fase adulta como baixa escolarização, baixos rendimentos (BRASIL, 2005) e pior percepção da própria saúde na idade adulta (KASSOUF, MCKEE, MOSSIALOS, 2001). Entretanto, nenhum estudo estimou especificamente tais efeitos quanto ao gênero, identificando o quanto as mulheres seriam afetadas, principalmente no que se refere às doenças crônicas.

Ante ao exposto, este estudo teve por objetivo identificar se a entrada precoce no mercado de trabalho (anterior a 18 anos), seria fator de vulnerabilidade às doenças crônicas entre mulheres trabalhadoras na idade adulta.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo de caráter transversal com análise de dados secundários extraídos da pesquisa básica e do suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008. A PNAD é um inquérito amostral de base populacional representativo da população brasileira conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) desde 1967.

Para o ano de 2008 o tamanho amostral da PNAD foi de 391.868 pessoas selecionadas aleatoriamente em 150.591 unidades domiciliares. Além da pesquisa básica, que contemplou em seu questionário aspectos demográficos, características de trabalho e rendimentos da população brasileira, houve a aplicação de um questionário de pesquisa suplementar de saúde que, dentre outras questões, abordou o relato de doenças crônicas, saúde autorreferida e tabagismo, sendo esta última questão realizada em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) incluindo pessoas de 15 anos ou mais selecionados na subamostra (1/3 da amostra da PNAD) (IBGE, 2008).

Sujeitos da pesquisa

A partir do banco de dados da PNAD/2008 foram selecionadas mulheres com idades entre 18 a 64 anos moradoras em todas as Unidades da Federação e do Distrito Federal e que na semana de referência da pesquisa (21 a 27 de setembro de 2008) estiveram ocupadas no período de referência de 365 dias, ou seja, tinham trabalho na semana de referência ou no período de captação de 358 dias, conforme descrição da variável v9892 “idade com que começou a trabalhar”, totalizando 83.662 mulheres.

Variável independente principal

A variável independente principal foi a idade com que as mulheres começaram a trabalhar, composta por quatro categorias de análise para cálculos das características demográficas e socioeconômicas (18 anos e mais; de 14 a 17 anos; de 10 a 13 anos e nove anos ou menos) e por duas categorias nas análises de prevalência e razões de prevalência (18 anos e mais; menor do que 18 anos).

Variáveis independentes modificadoras

Macrorregião de residência (Sudeste, Sul, Centro-Oeste, Norte, Nordeste); Situação de domicílio (urbano; rural); Faixa etária (18-14; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64); Cor ou raça autorreferida (branca; preta; amarela; parda; indígena); Escolaridade em anos de estudo (sem instrução a oito anos; oito anos e mais); Renda familiar domiciliar per capita (sem rendimentos a um salário mínimo; de um a três salários mínimos; três salários mínimos e mais).

Variáveis dependentes

Estado de saúde autorreferido (0=muito bom e bom; 1=regular, ruim, muito ruim); Doença crônica autorreferida (0=sim; 1=não); Presença ou ausência de alguma das 12 doenças crônicas investigadas (doença de coluna ou costas; tendinite ou tenossinovite; artrite ou reumatismo; hipertensão; doença do coração; diabetes; bronquite ou asma; tuberculose; insuficiência renal crônica; cirrose; câncer; depressão), sendo 0=sim e 1=não.

O estado de saúde autorreferido foi questionado a partir da seguinte questão: “De um modo geral, considera o seu próprio estado de saúde como: ”;

já a presença ou não das doenças crônicas contemplou a seguinte questão: “Algum médico ou profissional de saúde disse que tem (nome da doença crônica)?”

Análise estatística dos dados

Foram calculadas estatísticas descritivas das variáveis demográficas e socioeconômicas, bem como as prevalências de estado de saúde autorreferido, presença de alguma doença crônica e doenças crônicas relatadas entre as idades distribuídas em quatro categorias de análise com seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

As razões de prevalência ajustadas das variáveis dependentes referentes à situação de saúde autorreferida e doenças crônicas informadas foram calculadas segundo idade de início no mercado de trabalho dividida em duas categorias de análise: menor de 18 anos e 18 anos ou mais como categoria de referência. Para o cálculo das razões de prevalência das variáveis dependentes com desfechos multinomiais, foram utilizadas regressões de Poisson robustas a partir do software estatístico Stata® (Data Analysis and Statistical Software) versão 9, modo svy com ponderações feitas utilizando a variável peso da pessoa (v4729), conforme recomendações para uso em amostras complexas (SILVA, PESSOA, LILA, 2002), e estabelecido o nível de significância de 5%.

Considerando a possível diferença entre as respostas fornecidas pela própria trabalhadora ou por outra pessoa no domicílio, o ajuste considerou o tipo de informante que correspondeu a seguinte variável (0=própria pessoa; 1=outra pessoa moradora ou não moradora do domicílio).

As razões de prevalência foram ajustadas por faixa etária, escolaridade, situação de domicílio, macrorregião de residência, tipo de informante e tabagismo.

Resultados

Considerando a aplicação da variável de ponderação da amostra, as 83.662 mulheres de 18 a 64 anos que responderam a idade de início de

entrada no mercado de trabalho correspondem a um total de 40.591.987 mulheres em todo o País.

A idade mínima de relato de entrada no mercado de trabalho foi de 4 anos, a máxima 64 anos com média de 15,24 anos (desvio padrão=5,07).

Entre as mulheres estudadas, mais de 70% entraram no mercado de trabalho com idade inferior a 18 anos: 23,4% com 18 anos ou mais; 35,9% de 14 a 17; 28,3%% de 10 a 13 anos e 12,9% de 4 a 9 anos (Figura 1). Ressalta-se que aproximadamente 41% delas começaram a trabalhar na faixa etária em que não se permite nem mesmo o trabalho de aprendiz que seria a partir dos 14 anos.

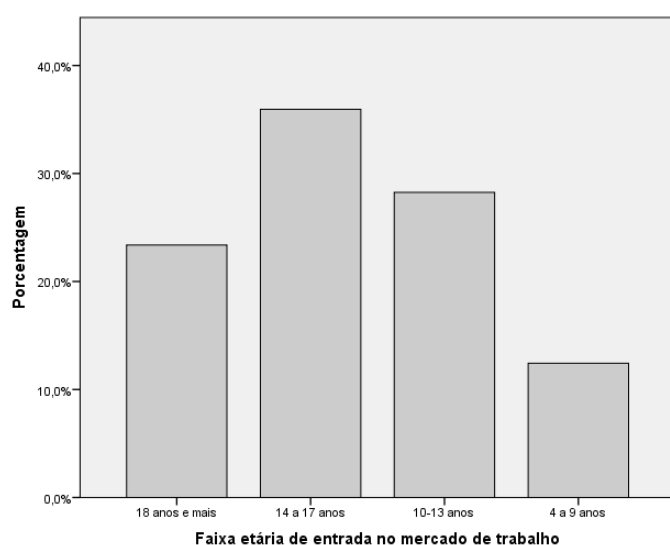


Figura 1 – Gráfico percentual da faixa etária de entrada no mercado de trabalho. Mulheres de 18-54 anos, PNAD-2008, Brasil.

Comparadas à faixa etária de 18 anos ou mais, observa-se que as faixas etárias de início de trabalho precoce, ressaltando-se as idades em que nenhum tipo de trabalho é permitido (13 anos ou menos), foram as que apresentaram maiores proporções de mulheres residindo nas regiões Nordeste, Norte, Sul e Centro-Oeste e em áreas rurais, maiores proporções de mulheres em faixas etárias mais velhas, maiores proporções de pessoas pretas, parda e indígenas, menor escolaridade e de ausência ou baixa renda familiar per capita (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição percentual das variáveis demográficas e socioeconômicas de mulheres de 18 a 64 anos segundo faixa etária de ingresso no mercado de trabalho (n=83.662). PNAD/Brasil. 2008.

Variáveis	Total % (n=8.662)	Faixa etária de ingresso no mercado de trabalho (%)				Valores de p
		18 anos e mais (n=26.248)	14-17 anos (n=28.181)	10 -13 anos (n=20.323)	até 9 anos (n=8.910)	
Macrorregião de residência						
Sudeste		47,08	48,90	37,19	33,19	
Sul		13,52	17,30	16,82	18,30	
Centro-oeste		6,75	7,42	7,88	9,19	
Norte		7,04	6,28	7,19	6,82	
Nordeste		25,61	20,10	30,92	32,50	0,0000
Situação do domicílio						
Urbana		95,06	91,48	73,99	69,83	
Rural		4,94	8,52	26,01	30,17	0,0000
Faixa etária						
18-24 anos		22,59	22,16	12,01	6,75	
25-34 anos		32,56	30,73	25,99	18,36	
35-44 anos		23,11	25,29	28,38	26,93	
45-54 anos		15,48	15,88	22,38	29,03	
55 -64 anos		6,26	5,94	11,24	18,93	0,0000
Cor ou raça autorreferida¹						
Branca		56,41	53,31	43,96	41,80	
Preta		6,55	7,46	8,23	8,73	
Amarela		0,94	0,61	0,40	0,52	
Parda		35,84	38,35	47,05	48,50	
Indígena		0,24	0,27	0,36	0,45	0,0000
Escolaridade (em anos de estudo)						
> 8 anos		78,97	64,13	34,71	24,93	
Sem instrução a 8 anos		21,03	35,87	65,29	75,07	0,0000
Renda familiar per capita² (salário mínimo)						
Sem renda a 1		35,84	44,90	62,88	65,63	
>1 a 3		42,11	42,16	31,65	30,22	
>3		22,05	12,94	5,47	4,15	0,0000

¹Desconsiderados os "sem identificação" (n=3).

²n=80.365.

Quanto aos aspectos relacionados ao estado de saúde e doenças crônicas autorreferidas, comparadas ao grupo de mulheres com ingresso no mercado de trabalho na faixa etária de 18 anos ou mais, as mulheres que relataram início precoce no mercado de trabalho foram as que apresentaram maior prevalência de pior estado de saúde autorreferido, ter uma ou mais doenças crônicas e maior prevalência de doença da coluna ou costas, tendinite ou tenossinovite, artrite ou reumatismo, hipertensão, doença do coração, diabetes, bronquite ou asma, insuficiência renal crônica, câncer e depressão (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de doenças crônicas e estado de saúde autorreferido entre mulheres de 18 a 64 anos, segundo faixa etária de ingresso no mercado de trabalho (n=83.662). PNAD/Brasil. 2008.

Variáveis	Total% (n=83.662)	Faixa etária de ingresso no mercado de trabalho (%)				Valores de p
		18 anos e mais (n=26.248)	14-17 anos (n=28.181)	10 -13 anos (n=20.323)	até 9 anos (n=8.910)	
Estado de saúde autorreferido						
Regular, ruim, muito ruim		16,01	19,83	33,78	43,92	0,0000
Doença crônica autorreferida						
		22,97	24,75	32,57	43,06	0,0000
Doença crônicas						
Doença de coluna ou costas		13,14	14,37	21,80	30,43	0,0000
Tendinite ou tenossinovite		4,99	5,23	5,28	6,63	0,0000
Artrite ou reumatismo		4,27	4,79	8,93	13,49	0,0000
Hipertensão		10,67	12,42	19,57	26,34	0,0000
Doença do coração		2,10	2,65	4,13	6,42	0,0000
Diabetes		1,93	2,30	3,88	5,28	0,0000
Bronquite ou asma		3,98	4,44	4,20	5,62	0,0000
Tuberculose		0,09	0,12	0,12	0,19	0,2501
Insuficiência renal crônica		0,91	1,22	1,96	3,48	0,0000
Cirroze		0,04	0,07	0,10	0,14	0,0495
Câncer		0,46	0,42	0,64	0,87	0,0000
Depressão		4,97	5,53	8,04	12,00	0,0000

Após análise do modelo ajustado por faixa etária, macrorregião de residência, situação de domicílio, escolaridade, informante próximo e tabagismo, **o pior estado de saúde autorreferido, ter doença crônica,**

doença da coluna ou costas, doença do coração e depressão foram as variáveis que permaneceram independentemente associadas ao trabalho precoce.

Tabela 3 – Razões de Prevalência de doenças crônicas e estado de saúde autorreferido entre mulheres de 18 a 64 anos, segundo faixa etária de ingresso no mercado de trabalho (n=83.662). PNAD/Brasil. 2008.

Variáveis	Total % (n=83.662)	Faixa etária de ingresso no mercado de trabalho (%)		Valores de p	Razões de prevalência ajustadas (a/b) ¹ (Intervalos de confiança de 95%)
		18 anos e mais (n=26.248) (b)	< 18 anos (n=57.414) (a)		
Estado de saúde autorreferido					
Regular, ruim, muito ruim		16,00	28,50	0,000	1,29 (1,20-1,38)
Doença crônica autorreferida					
		22,97	30,35	0,000	1,10 (1,05-1,16)
Doença crônicas					
Doença de coluna ou costas		13,11	19,48	0,986	1,19(1,10-1,28)
Tendinite ou tenossinovite		4,99	5,46	0,015	0,99 (0,87-1,14)
Artrite ou reumatismo		4,27	7,60	0,073	1,21 (0,98-1,27)
Hipertensão		10,67	17,10	0,940	1,02 (0,94-1,10)
Doença do coração		2,10	3,76	0,001	1,39 (1,15-1,67)
Diabetes		1,93	3,32	0,161	1,16 (0,94-1,42)
Bronquite ou asma		3,98	4,54	0,113	1,14 (0,96-1,34)
Tuberculose		0,09	0,13	0,672	1,22 (0,47-3,13)
Insuficiência renal crônica		0,91	1,83	0,063	1,34 (0,98-1,83)
Cirroze		0,04	0,09	0,532	1,62 (0,35-7,52)
Câncer		0,46	0,57	0,165	1,36 (0,87-2,13)
Depressão		4,97	7,42	0,033	1,41 (1,01-1,29)

¹ Ajustada por faixa etária; macrorregião de residência; situação de domicílio; escolaridade, informante e tabagismo.

Discussão

O estudo mostrou aspectos das desigualdades sociais e das morbidades associadas à entrada precoce no mercado de trabalho entre mulheres trabalhadoras, evidenciando a perpetuação do ciclo da vulnerabilidade social e de saúde que se inicia na infância e se observa na fase adulta. Ainda que as

mulheres nas faixas etárias mais velhas fossem as mais prevalentes entre aquelas que ingressaram no mercado de trabalho mais cedo, 24 a 38% das mulheres que começaram a trabalhar antes dos 14 anos possuíam menos de 35 anos de idade.

A idade média de entrada no mercado de trabalho identificada no estudo foi um pouco acima da média de idade quando analisados todos os trabalhadores da Pesquisa Nacional por Amostra por Domicílios (PNAD) de 2008, que seria de 14,27 anos considerando homens e mulheres (IBGE, 2008).

Ainda que a macrorregião e a situação de domicílio investigadas na pesquisa indiquem aspectos demográficos recentes das mulheres estudadas, a maior proporção de mulheres nas regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste e de população residente em área rural entre aquelas que entraram precocemente no mercado de trabalho aponta para maior vulnerabilidade dessas macrorregiões ao trabalho infantil.

Quanto aos aspectos demográficos, é importante destacar a maior vulnerabilidade das mulheres moradoras das áreas rurais ao início do trabalho precoce, considerando ter sido **seis vezes** maior a proporção de moradoras das áreas rurais entre aquelas que começaram a trabalhar antes dos 10 anos de idade quando comparadas às que ingressaram a partir dos 18 anos.

Desigualdades quanto a cor/raça autorreferida também foram evidentes no estudo. Mulheres não brancas foram mais prevalentes entre as que entraram precocemente no mercado de trabalho.

Os efeitos negativos do trabalho infantil nos níveis socioeconômicos das mulheres na idade adulta reforçam o padrão de perpetuação de pobreza e vulnerabilidade social ao qual estão expostas.

Quanto ao estado de saúde autorreferido e doenças crônicas relatadas pelas participantes, ainda que não tenha havido significância estatística no cálculo das razões de prevalência de todas as doenças investigadas quando comparadas àquelas que ingressaram no mercado de trabalho com 18 anos ou mais, o pior estado de saúde autorreferido, doenças do aparelho **musculoesquelético, cardíaco e transtorno mental maior** como a **depressão** permaneceram significantes, mesmo com a introdução de fatores de confusão.

Além disso, é bem reconhecida a dupla carga de trabalho, termo empregado para descrever a carga de trabalho daqueles que não apenas estão envolvidos em uma atividade econômica, mas também têm responsabilidade pelo trabalho doméstico não remunerado em sua própria casa.

É importante destacar que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um grande problema e desafio de saúde pública no mundo: foram as principais causas de morte no mundo em 2012, correspondendo a 68% dos óbitos (TAVARES et al., 2015). Os países de baixa e média renda são os mais afetados com as mortes por DCNT, aproximadamente 75% das mortes, sendo que 40% são consideradas mortes prematuras (antes dos 70 anos de idade) (TAVARES et al., 2015). No Brasil, aproximadamente 72% das mortes foram atribuídas à estas condições em 2007 (TAVARES et al., 2015) cerca de dois terços da carga de doenças no País não são transmissíveis ou são provocadas por fatores externos (acidente e violências) (MALTA et al., 2006).

A maior carga de doenças e agravos não transmissíveis foi um fator de mudança no perfil epidemiológico do País. Segundo Malta et al.,(2006), tal mudança foi desencadeada por uma crescente urbanização associada à melhoria no modelo de atenção à saúde, alterações nos estilos de vida e globalização, apresentando fatores possíveis de intervenção de baixo custo, uma vez que são de etiologia multifatorial.

Ao analisar desigualdades sociodemográficas e fatores de risco e de proteção para a saúde, estudo transversal de base populacional realizado em Campinas-SP, com 2.015 adultos de 18 anos ou mais entrevistados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) em 2008, Francisco et al., (2015) observaram que, de um modo geral, os fatores de risco para doenças crônicas foram mais prevalentes entre homens e pessoas menos escolarizadas, enquanto maiores prevalências de fatores de proteção foram verificadas nas mulheres e nos mais escolarizados (FRANCISCO et al., 2015).

Entretanto, analisando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 conduzida pelo IBGE, as mulheres apresentaram maiores prevalências que os homens em todas as DCNT autorreferidas investigadas no estudo (MALTA et al., 2015).

Para além dos principais fatores de risco modificáveis já identificados na literatura, como o tabagismo, ausência de atividade física, consumo de álcool e alimentação inadequada, levando a obesidade, dislipidemias e outras doenças metabólicas (MALTA et al., 2006), as situações de trabalho e o ingresso precoce pode ser um fator associado às doenças crônicas que possui medidas de intervenção possíveis e necessárias, e cabe destacar, conforme analisa Tavares et al., (2012), que os inquéritos de base populacional seriam ferramentas fundamentais para identificação de grupos populacionais e demandas prioritárias para formulação e avaliação de políticas públicas.

Conclusão

A entrada precoce no mercado de trabalho entre mulheres trabalhadoras evidenciou não apenas a vulnerabilidade às doenças crônicas na idade adulta como também a situação de desigualdades demográficas e socioeconômicas provocadas pelo trabalho infantil, com redução da escolaridade e da renda familiar nas mulheres quanto menor for a idade de ingresso no mercado de trabalho, perpetuando o ciclo de vulnerabilidade social.

Ações e políticas públicas voltadas ao fortalecimento e valorização do trabalho, da seguridade social impedindo as situações que favoreçam o trabalho infantil precisam ser tomadas como políticas de Estado, evitando que mais meninas se tornem mulheres que perpetuem o ciclo da desigualdade de gênero relacionado ao trabalho no País.

Referências

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. Brasília-DF.

BRASIL. Ministério da saúde. Série A. normas e Manuais Técnicos. Trabalho Infantil: diretrizes para a atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos. 2005. Brasília-DF.

FRANCISCO, PMSB et al. Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas, São Paulo. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2015, v. 24, p. 7-18.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios, 2008: Microdados. 2008. Rio de Janeiro-RJ.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/Notas Metodológicas. 2008. Rio de Janeiro-RJ.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Trabalho Infantil 2016. Pnad Contínua. 2017. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101388_informativo.pdf. Acessado em: 01/01/2019.

KASSOUF, AL; MCKEE, M; MOSSIALOS E. Early entrance to the job market and its effect on adult health: evidence from Brazil. *Health policy and planning*. 2001, 16(1): 21-28.

MALTA, DC et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MALTA, DC et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015, 18: 3-16.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. Give Girls a Chance: tackling child labour, a key to the future. 2009. Genebra.

OIT. Organização Internacional do Trabalho. Global estimates of child labour: results and trends, 2012-2016. 2017. Genebra.

SILVA, PLN; PESSOA, DGC; LILA, MFS. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002. 7: 659-670.

TAVARES, NUL et al. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015, v. 24, p. 315-323.

Saúde e situação ocupacional/previdenciária de mulheres idosas: estudo epidemiológico no Município de Campinas

Health and occupational/social security situation of elderly women: epidemiological study in Campinas City

Margareth Guimarães Lima

Neuciani Ferreira da Silva Sousa

Marilisa Berti de Azevedo Barros
<http://orcid.org/0000-0003-3974-195X>

Abstract

Objective: to describe the job/paid employment and social security situation of elderly women in Campinas and to evaluate the associations between occupation/social security and health-related quality of life. Method: a quantitative, cross-sectional, population based study, developed with data from the Campinas Health Survey (ISACamp) performed with a probabilistic sample, stratified by clusters in two stages. We evaluated interviews of 599 non-institutionalized elderly women, in the urban area of Campinas. Among them, 16.5% have some occupational activity, 20.2% do not work and do not receive retirement or pension and 63.3% do not work, but are retired or pensioners. Among the women who work, except autonomous women, 49% reported not having a formal contract. Of the women working in the private and public sectors, 67.7% and 63.4%, respectively, reported formality in employment, while in domestic work only 38.3% workers have a formal contract. We found a higher percentage of women with a greater number of diseases and health problems among those who do not work. Women who are still in paid work are in better health-related quality of life situations compared to those who are not working and are not retired or pensioners, in dimensions of physical aspects, general health, vitality, emotional and social aspects, even after adjusting for age and physical health conditions. There is evidence on the importance of work for the health and quality of life of the elderly, but it is important to pay attention to the working conditions, the double burden and the satisfaction with job.

Introdução

Embora o *status* das mulheres na participação econômica tenha melhorado nas últimas décadas, sobretudo por efeito dos investimentos em educação (ALVES; CORRÊA, 2009; BARBOSA, 2014), uma lacuna considerável permanece em relação às oportunidades disponíveis para mulheres e homens (WEF, 2017; WB, 2019). Mundialmente, 49% das mulheres com mais de 15 anos estão empregadas, em comparação com 75% dos homens (WB, 2019), indicando que o mundo do trabalho ainda exclui, subestima e negligencia a participação das mulheres. As desigualdades entre homens e mulheres no mercado de trabalho também se manifestam em outros aspectos, como a diferenciação das jornadas de trabalho, a ocupação de

cargos de chefia ou direção e os rendimentos (IBGE, 2016). Isso reforça que, na ausência de outras mudanças nas normas e nas relações de poder, a educação, por si só, terá um efeito limitado na redução das desigualdades de gênero no mercado de trabalho (SOARES; SABOIA, 2007; ALVES; CORRÊIA, 2009).

A menor participação das mulheres no mercado de trabalho pode ser explicada, em parte, por sua maior dedicação aos cuidados domésticos, pois, enquanto os homens podem optar por um emprego que os mantém afastados a maior parte do dia/semana da rotina familiar, a mulher precisa, em geral, conciliar vida pessoal, cuidados familiares e trabalho, o que pode limitar suas opções de investimento no desenvolvimento pessoal e profissional (ILO, 2009; ILC-BRASIL, 2015; IBGE, 2016). A articulação entre trabalho remunerado e não remunerado pode impactar, de forma distinta, o bem-estar social e a qualidade de vida das mulheres, na medida em que há poucas alternativas privadas ou sociais de redistribuição do cuidado dentro do domicílio, associado ao fato de que as jornadas de trabalho são pouco flexíveis e intensificam as tensões relativas aos ajustes do tempo (CEPAL, 2009). A discrepância entre homens e mulheres quanto à participação em trabalho remunerado também pode ser explicada por fatores como o nível de desenvolvimento dos países (HE et al, 2016), as interrupções da carreira para se dedicar à maternidade ou ao cuidado de parentes dependentes (que podem dificultar a reinserção das mulheres no mercado de trabalho), e a diferença na idade legal para aposentadoria (ILINCA et al, 2016; CAMARANO; PASINATO, 2007). Isto porque, além de as mulheres se aposentarem mais cedo do que os homens, para elas a aposentadoria tende a significar, de fato, uma saída definitiva do mercado de trabalho (CAMARANO et al, 2012).

Além do gênero, a idade também é uma característica importante para se avaliar a dinâmica populacional no mercado de trabalho (IBGE, 2016). Em mercados competitivos, certos grupos são mais vulneráveis do que outros. Os trabalhadores mais velhos são considerados um dos grupos mais vulneráveis no mercado de trabalho, pois, em geral, são considerados mais caros e por vezes menos produtivos do que os trabalhadores mais jovens em razão de incapacidades físicas, qualificações limitadas ou falta de familiaridade com as inovações no local de trabalho (OIT, 2006; GUGEL, 2016). E apesar do apelo

urgente para prolongar a vida economicamente ativa, a fim de aliviar os efeitos econômicos e sociais do envelhecimento populacional em grande escala (ILINCA et al, 2016), relativamente, pouca atenção tem sido dada à importância de proporcionar condições adequadas de trabalho a fim de incentivar os trabalhadores mais velhos a permanecerem no emprego ou retornarem ao mercado de trabalho (OIT, 2004; TIMONEN, 2016).

Tendo em vista a desigualdade no mercado de trabalho segundo gênero e idade, pode-se inferir que o estrato formado por mulheres idosas trabalhadoras, sobretudo as menos escolarizadas, tende a reunir um acúmulo de desvantagens tais como a dupla jornada de trabalho, a precariedade do vínculo e das condições de trabalho, a baixa remuneração, entre outras (ARTAZCOZ et al., 2004a; ARTAZCOZ et al., 2004b; IBGE, 2016). Por outro lado, não se pode ignorar possíveis efeitos positivos da participação no mercado de trabalho que se relacionam à satisfação pessoal, senso de utilidade e valor próprio, independência financeira, valor social e manutenção da conectividade social e da capacidade cognitiva durante o envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2007; MOREIRA, 2012; ALLAN et al., 2015; ILINCA et al, 2016). Porém, entende-se que para a mulher idosa só interessa continuar trabalhando se o trabalho for fonte de bem-estar e de promoção à saúde e não uma contingência forçada por necessidades econômicas e muitas vezes em situação de saúde já precária.

Considerando a complexidade dessa problemática, este estudo teve como objetivos descrever a situação de trabalho/ocupação remunerada e previdenciária de mulheres idosas de Campinas em relação a fatores demográficos e socioeconômicos e avaliar as associações entre ocupação/previdência e qualidade de vida relacionada à saúde.

Métodos

Este estudo é de natureza quantitativa, de corte transversal e base populacional, desenvolvido com dados do Inquérito de Saúde do Município de Campinas (ISACamp) conduzido nos anos de 2014 e 2015. Embora o inquérito tenha coletado informações de amostra probabilística de 3.021 indivíduos com 10 anos ou mais, neste estudo foram avaliadas entrevistas de 599 pessoas que representam a população de mulheres idosas (com 60 anos ou mais) não

institucionalizadas, residentes na área urbana de Campinas. A amostragem foi probabilística, estratificada, por conglomerados e realizada em 2 estágios. Maiores detalhes do processo amostral podem ser encontrados no site do Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS)¹.

O questionário do ISACamp 2014/15 abordou várias dimensões da saúde, incluindo morbidades, estado de saúde e qualidade de vida, acidentes e violência, comportamentos de saúde, uso de serviços de saúde, uso de medicamentos, além das condições demográficas e socioeconômicas dos indivíduos selecionados. Foi aplicado por meio de entrevistas face-a-face, com uso de tablets, por entrevistadores treinados.

A situação de trabalho das mulheres idosas foi avaliada considerando as questões: “Atualmente a sra. exerce alguma atividade de trabalho remunerada ou ajuda algum familiar na atividade remunerada dele?” Se a pessoa respondeu não, foi perguntado se ela é aposentada ou pensionista, dona de casa ou desempregada. A variável “Situação de trabalho/previdenciária” foi então categorizada em: (0) não trabalha e não é aposentada ou pensionista, (1) não trabalha e é aposentada ou pensionista, (2) trabalha e não é aposentada ou pensionista e (3) trabalha e é aposentada ou pensionista. Para algumas análises as duas últimas categorias foram agrupadas. Em relação às mulheres que trabalham foi avaliado o tipo de inserção no processo produtivo/vínculo de trabalho: (0) trabalhadoras do setor público, (1) trabalhadoras do setor privado, (2) autônomas sem estabelecimento, (3) autônomas com estabelecimento e (4) trabalho doméstico. A formalidade do trabalho foi avaliada por meio da informação se a trabalhadora possuía ou não carteira assinada.

A situação de trabalho foi analisada segundo faixas de idade (60 a 69 anos, 70 a 79 e 80 anos e mais), situação conjugal (casada ou vive junto; solteira, desquitada, divorciada, separada; viúva); cor da pele autorreferida (branca; preta e parda); escolaridade em anos de estudo (0 a 3; 4 a 8 anos e 9 ou mais); renda mensal familiar per capita (menos do que 1 salário mínimo; 1 a 2 salários mínimos; mais do que 2); número de moradores no domicílio (1, 2 a 3, 4 a 5, 6 ou mais), número de equipamentos no domicílio (0 a 5, 6 e 7, 8 e mais), posse de computador, de internet e ter ou não plano de saúde privado.

¹ <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/ccas-centro-colaborador-em-analise-de-situacao-de-saude>

As variáveis de doenças crônicas diagnosticadas e problemas crônicos de saúde, com respostas de “não” ou “sim”, também foram analisadas: hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, câncer, artrite/reumatismo/artrose, osteoporose, doenças pulmonares, doenças musculoesqueléticas, doenças circulatórias, colesterol elevado, enxaqueca ou dor de cabeça, alergia, problema emocional, tontura ou vertigem, insônia, problemas urinários. Para a análise de associação, cada resposta afirmativa foi somada e a variável foi categorizada em: (0) nenhuma, uma ou duas doenças/problemas, (1) três ou mais. Adicionalmente, foi construído um indicador de saúde física com base nas respostas dos idosos quanto às limitações nas atividades diárias causadas por essas doenças ou problemas de saúde. A limitação funcional foi investigada com a pergunta: “A doença ou o problema de saúde (sinal ou sintoma) limita ou não limita as suas atividades do dia a dia?”. Foi atribuída pontuação zero aos indivíduos que não apresentaram nenhuma doença e nenhum problema crônico de saúde; pontuação um para cada doença ou problema relatado sem limitação e pontuação dois para cada doença e problema relatado com limitação.

A associação entre situação de trabalho/previdenciária e as variáveis sociais, demográficas, de doenças e problemas de saúde, e de saúde física foi verificada com uso do teste de Qui-quadrado de Rao-Scott e foram consideradas estatisticamente significantes as que apresentaram p -valor $<0,05$. Foram estimadas razões de prevalência ajustadas por idade para verificar associação entre ocupação e saúde.

Também foram avaliadas, segundo a situação de trabalho/previdenciária, 8 dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, saúde geral, vitalidade, aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental. Essas dimensões compõem o instrumento de avaliação do estado de saúde e da qualidade de vida relacionada à saúde, *The Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey* (SF-36), versão 2, validado no Brasil (LAGUARDIA, 2011). A escala de capacidade funcional avalia desde a dificuldade para execução de esportes árduos até de tarefas diárias mais simples como tomar banho ou vestir-se. A escala de aspectos físicos mensura limitações no trabalho diário devido a doença ou problemas físicos. A dimensão de dor mede a presença e a

intensidade da dor e o quanto ela limita as atividades do cotidiano. A escala de vitalidade contém quatro itens que avaliam tanto o nível de energia, como o de fadiga, utilizando as expressões: “cheio de vontade”, “com muita energia”, “esgotado” e “cansado”. A escala de aspectos emocionais é constituída por três itens que incluem a avaliação de limitações no trabalho devido à saúde emocional. Os aspectos sociais avaliam se os problemas de saúde estão afetando as atividades sociais normais e com que intensidade. A oitava escala, de saúde mental, avalia sentimentos (negativos e positivos), utilizando as expressões: “nervoso”, “tranquilo”, “deprimido”, “abatido” e “feliz”. As respostas das questões de cada um destes domínios geram escores que variam de 0 (zero) a 100 (cem), em que zero corresponde à pior situação de saúde e 100 à melhor (WARE, 2007). Foram estimadas as médias dos escores das escalas segundo situação de trabalho/previdenciária e calculados beta coeficientes ajustados por idade e saúde física, para verificar a associação entre as variáveis. As análises foram conduzidas utilizando o software STATA 15.0 e considerando as ponderações derivadas da amostragem complexa.

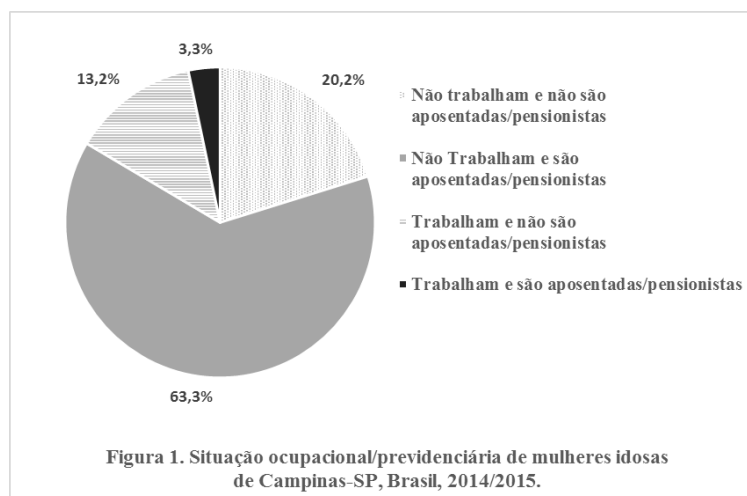
O ISACAMP foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas sob parecer nº 409.714 de 30 de setembro de 2013.

Resultados e discussão

Entre as mulheres com 60 anos ou mais residentes em Campinas, 16,5% exerciam alguma atividade ocupacional, 20,2% não trabalhavam e não recebiam aposentadoria ou pensão e 63,3% não trabalhavam, mas eram aposentadas ou pensionistas. Entre as mulheres que trabalhavam, 20,2% delas já eram aposentadas ou pensionistas, o que corresponde, em termos populacionais, a 3,3% das mulheres idosas do município (Figura 1).

A prevalência de participação das mulheres idosas de Campinas no mercado de trabalho (16,5%) é similar à verificada para o Brasil em 2010 (IBGE, 2014a). Esse indicador vem apresentando expressivo aumento no Brasil em relação às décadas passadas (1977 a 2002), em que se verificou um comportamento estável da participação das mulheres idosas no mercado de trabalho (em torno de 10%) (WAJNMAN, 2004). Apesar disso, a prevalência de mulheres idosas ocupadas no trabalho remunerado pode ser considerada baixa

quando comparada aos homens idosos, pois em Campinas quase o dobro deles (29,6%) referiu participar do mercado de trabalho (SOUSA et al, 2018).



No Brasil, a participação dos homens é mais que o dobro das mulheres (38,7%) nessa faixa etária, assinalando o desafio posto quanto à desigualdade de gênero na inserção no mercado de trabalho. Outro dado que chama a atenção é a proporção de mulheres aposentadas/pensionistas entre as que referiram exercer alguma atividade ocupacional (20,2%). Isso sinaliza melhores oportunidades de reintegração de mulheres idosas no mercado de trabalho de Campinas do que no Brasil, visto que nacionalmente essa proporção é de apenas 9,5% (IBGE, 2014b).

Uma parcela considerável das mulheres idosas (63,3%) não trabalhava, mas já era aposentada ou pensionista, indicando que o recebimento de benefícios previdenciários pode inibir o retorno das mulheres ao mercado de trabalho ou estar associado a determinadas características, tais como a idade avançada, que dificultam esse retorno. A Tabela 1 reforça esse último argumento, pois revela que este segmento é, de fato, constituído por mulheres mais idosas (quase 25% com 80 anos ou mais). Também chama a atenção que parte expressiva deste grupo era constituído por mulheres viúvas (54,0%), com melhor renda (39,9%) e maior percentual com posse de plano de saúde (55,2%), quando comparado aos demais segmentos (Tabela 1). Esses achados evidenciam a importância da renda adequada, principalmente em idades avançadas e em condição de viuvez, pois possibilitam maior independência econômica (GUGEL, 2016).

Os achados deste estudo também revelaram que cerca de um quinto das mulheres de Campinas dependiam exclusivamente da renda de terceiros (20,2%), pois não trabalhavam e não eram aposentadas ou pensionistas.

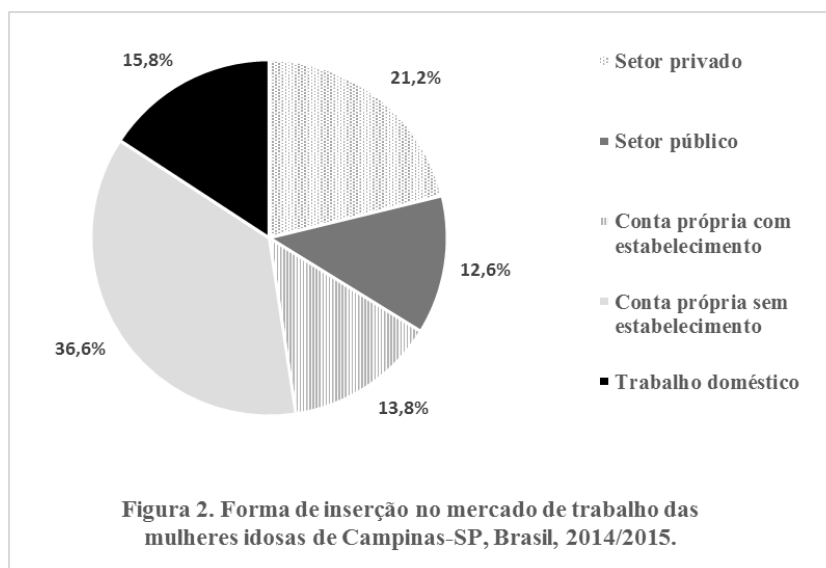
Tabela 1. Associação de fatores demográficos e socioeconômicos com situação ocupacional em mulheres idosas de Campinas, SP, Brasil.

Fatores demográficos e socioeconômicos	n	Não trabalham		Trabalham n=95	Valor de p
		Não são aposentadas ou pensionistas n=117	São aposentadas ou pensionistas n=384		
		%			
Faixa etária					<0,001
60 a 69	291	71,1	42,2	78,9	
70 a 79	186	22,1	33,2	14,0	
80 e mais	119	6,8	24,7	7,1	
Situação conjugal					<0,001
Casada ou vive junto	227	80,9	28,3	37,9	
Nunca se casou/ desquitada/divorciada/ separada	106	7,5	17,7	34,3	
Viúva	263	11,6	54,0	27,8	
Cor da pele					0,0046
Branca	430	82,3	74,9	61,3	
Preta ou parda	146	17,7	25,1	38,7	
Número de moradores no domicílio					0,0093
1	109	5,1	20,9	17,5	
2 a 3	329	68,3	54,0	52,7	
4 a 5	108	19,8	16,8	17,7	
6 ou mais	50	6,8	8,3	12,1	
Número de bens no domicílio					0,5917
1 a 5	156	28,7	25,1	19,7	
6 a 7	165	27,6	26,2	26,3	
8 ou mais	275	43,7	48,7	54,0	
Computador no domicílio	239	43,2	41,2	47,6	0,4797
Acesso à internet	297	47,5	51,7	57,5	0,2857
Escolaridade em anos de estudo					0,0242
0 a 3	232	39,4	36,9	30,0	
4 a 8	318	59,0	51,8	59,4	
9 ou mais	46	1,6	11,3	10,6	
Renda mensal familiar per capita em salários mínimos					0,0204
<1	182	39,2	26,2	32,0	
>=1 e <=2	212	38,6	34,4	32,2	
>=2	202	22,2	39,4	35,9	
Posse de plano de saúde					0,0074
Não	302	53,3	44,8	64,0	
Sim	294	46,7	55,2	36,0	

Isso demarca o modelo tradicional de sustento familiar, em que os homens são os provedores do lar, enquanto as mulheres se responsabilizam pelos cuidados familiares não remunerados, à custa de sua completa dependência econômica e menor investimento pessoal (GIULLARI; LEWIS, 2005). Isso é o que pode ser inferido a partir dos dados da Tabela 1, que

mostra que essa parcela das mulheres idosas é constituída principalmente por mulheres casadas (80,9%), com menor escolaridade (apenas 1,6% tem 9 anos ou mais de escolaridade) e menor renda que os outros dois segmentos. Além disso, a Tabela 1 revela que este subgrupo contrasta com o formado pelas mulheres idosas que trabalham em aspectos como situação conjugal, raça/cor e escolaridade, pois as últimas apresentam maior percentual de solteiras ou separadas (34,3%), de negras (38,7%) e de melhor nível de escolaridade (10,6%). Tais dados reforçam que tanto a necessidade quanto a melhor capacitação podem impulsionar o ingresso das mulheres idosas no mercado de trabalho.

Em relação à forma de inserção no mercado de trabalho, constatou-se que o trabalho autônomo sem estabelecimento é o que predomina entre as mulheres idosas de Campinas (36,6%), seguido do trabalho em setor privado (21,2%) e do trabalho doméstico (15,8%). O trabalho autônomo (com ou sem estabelecimento) correspondeu a 50,4% da forma de inserção no mercado de trabalho (Figura 2).



No Brasil, o trabalho por conta própria vem se expandindo em substituição ao contrato estável (HOLZMANN, 2013), e tem sido o mais prevalente entre os idosos (WAJNMAN, 2004). O trabalho por conta própria abriga um conjunto heterogêneo de pessoas com diferentes condições de inserção no mercado de trabalho e pode ser motivado por diversos fatores, tais como crise econômica, falta de oportunidade em modalidades que garantem contrato estável ou por opção própria. Inclui tanto atividades executadas de

modo intermitente, de pouca qualificação, baixa remuneração, sem perspectiva de promoção e mobilidade profissional, quanto atividades relacionadas com os setores mais modernos da economia, que requerem alta qualificação, são bem remuneradas e com perspectivas positivas de promoção na carreira. Entretanto, no caso brasileiro, dificilmente os trabalhadores autônomos podem ser considerados empreendedores na perspectiva liberal. Ao contrário, são, em sua maioria, trabalhadores com baixos rendimentos e sem proteções trabalhistas, pois mais de 80% deles não contribuem para a previdência social, resultando em ausência de garantias futuras, como acesso à aposentadoria, e vulnerabilidade a eventos que os impeçam, permanente ou temporariamente, de continuar trabalhando (HOLZMANN, 2013). É provável que esta seja, sobretudo, a situação das mulheres idosas em questão, visto que é comum a obtenção de rendimentos por meio da costura, artesanato, produtos alimentícios, vendas ambulantes, entre outras formas. Isso pode conferir ao trabalho certa precariedade, relativa não só a ausência de benefícios assegurados pela legislação trabalhista, mas também pela qualidade no exercício da atividade e incertezas quanto à estabilidade dos rendimentos e às perspectivas de melhorias de vida (HOLZMANN, 2013).

O trabalho doméstico, por sua vez, refere-se àquele executado em casa de família ou em outro estabelecimento e se constituiu, neste estudo, a forma de inserção no mercado de trabalho de 15,8% das idosas. Esse tipo de trabalho atrai muito mais mulheres do que homens, não só por ser, muitas vezes, considerado “coisa de mulher”, mas também porque, em geral, há menos alternativas de geração de renda para as mulheres (TAMANINI, 2000; WIEGO, 2011).

Entre as mulheres que trabalhavam, com exceção das autônomas, 49% relataram não ter carteira assinada. Das mulheres que trabalham nos setores privado e público, 67,7% e 63,4% respectivamente, relataram formalidade no emprego, enquanto que, no trabalho doméstico, apenas 38,3% trabalham com carteira assinada. Esses dados revelam mais um indício da precariedade do trabalho dessas mulheres (ausência ou redução de direitos e garantias do trabalho) oriunda da informalidade no exercício ocupacional.

Tabela 2. Associação da situação ocupacional com número de doenças e problemas de saúde em mulheres idosas de Campinas, SP, Brasil.

Indicadores	Prevalência (%)		
	Não trabalham		Trabalham (3)
	Não aposentadas ou pensionistas (1)	Aposentadas ou pensionistas (2)	
Número de doenças crônicas ou problemas de saúde			
0 a 2	17,5	22,2	32,6
Três ou mais	82,5	77,8	67,4
Indicador de saúde física*			
0 a 4	34,8	35,9	51,4
5 ou mais	65,2	64,1	48,6
RP** (IC 95%)			
	2/1	3/1	3/2
Número de doenças crônicas ou problemas de saúde			
0 a 2	1	1	1
Três ou mais	0,98 (0,88-1,08)	0,82 (0,68-0,98)	0,83 (0,71-0,98)
Indicador de saúde física*			
0 a 4	1	1	1
5 ou mais	1.03 (0.85-1.25)	0.74 (0.60-0.92)	0.72 (0.58-0.88)

* Razão de prevalência ajustada por idade.

Foram observadas diferenças entre a situação ocupacional/previdenciária e a presença de doenças crônicas e problemas de saúde e em relação ao escore de limitações causadas pelas doenças verificando maior percentual de mulheres com maior número de doenças e problemas de saúde entre as que não trabalham. A associação é ainda maior com a maior carga de limitações, neste grupo. (Tabela 2). Estes resultados representam a menor possibilidade de participação no trabalho remunerado por consequência dos problemas de saúde e das doenças crônicas.

É possível observar, na Tabela 3, as médias dos escores das oito dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde considerando as três situações ocupacionais/previdenciárias das mulheres idosas de Campinas. Os betacoeficientes ajustados são apresentados nas 3 últimas colunas e representam o quanto as médias dos escores diferem segundo as categorias de situação ocupacional/previdenciária, nas análises ajustadas. Estes ajustes são importantes para eliminar confundimentos presentes nas associações.

Tabela 3. Médias dos escores das dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde e respectivos beta coeficientes segundo situação de ocupação de mulheres idosas de Campinas, SP, Brasil.

Dimensões	Média dos escores		(n=95) (3)	Diferenças (beta coeficientes) ajustadas ^a (valores de p)		
	Não trabalham	Trabalham				
	Não são aposentadas ou pensionistas (n=117) (1)	São aposentadas ou pensionistas (n=384) (2)		(2-1)	(3-1)	(3-2)
Capacidade funcional	69,6	60,8	78,8	-1,00 (0,730)	3,93 (0,311)	5,42 (0,103)
Aspectos físicos	71,9	68,1	88,2	1,05 (0,751)	10,73 (0,005)	9,72 (0,008)
Dor	64,4	67,4	70,6	1,77 (0,632)	0,81 (0,841)	-1,99 (0,544)
Saúde geral	68,2	71,9	76,4	5,40 (0,014)	5,52 (0,031)	0,69 (0,744)
Vitalidade	65,1	68,7	76,1	4,66 (0,194)	6,74 (0,033)	2,62 (0,346)
Aspectos emocionais	75,3	78,8	90,7	6,80 (0,040)	12,08 (0,002)	5,30 (0,088)
Aspectos sociais	75,6	79,8	90,2	4,33 (0,208)	10,29 (0,010)	5,68 (0,043)
Saúde mental	66,6	74,1	77,2	5,91 (0,027)	5,81 (0,055)	-0,06 (0,981)

^a Modelo ajustado por idade e saúde física.

Comparando, entre as mulheres que não trabalham, as que são aposentadas/pensionistas com as que não são, observa-se que as primeiras se encontram em melhores condições de saúde geral, aspectos emocionais e saúde mental, mesmo após o ajuste pela idade e saúde física, e vale lembrar que este é o segmento mais idoso, com mais viúvas e com maior percentual de mulheres que residem em domicílios com apenas um morador. Os aspectos emocionais se referem aos cuidados com afazeres no dia a dia, considerando a saúde emocional. A saúde mental, avaliada neste caso, aborda sentimentos de tranquilidade e felicidade. Assim, é possível que a renda fixa, característica da situação das aposentadas ou pensionistas, contribua para estes resultados. A condição de estar aposentado também se associou à melhor qualidade de vida no estudo de Ju et al. (2017), conduzido com idosos na Coreia, utilizando-se de escala visual analógica para as medidas de qualidade de vida.

As mulheres que ainda estão exercendo trabalho remunerado se encontram em melhores situações de qualidade de vida relacionada à saúde em relação àquelas que não trabalham e não são aposentadas ou pensionistas. Estas melhores condições se apresentam nas dimensões de aspectos físicos, saúde geral, vitalidade, aspectos emocionais e sociais,

inclusive após o ajuste pela idade e por condições de saúde física. Além disso, quando comparadas às aposentadas e pensionistas, as mulheres que trabalham estão em melhores condições nos aspectos físicos e sociais.

É importante que estes resultados sejam interpretados com cautela e em suas particularidades. Primeiro, considerando o viés do trabalhador sadio, as mulheres idosas que trabalham são as que se encontram em melhor situação em relação à saúde física e mental e, conseqüentemente, são as mais dispostas e estão em condições propensas para o trabalho, constituindo assim um resultado com efeito reverso na associação (BARNAY, 2016). No entanto, as análises foram ajustadas por idade e pelo indicador de saúde física, na tentativa de diminuir o efeito deste viés.

Os domínios de aspectos físicos e sociais se apresentam com as maiores médias, nas idosas que trabalham, comparando com os dois grupos entre as que não trabalham. A escala dos aspectos sociais se apresenta com 10 pontos percentuais a mais ($\beta=10,29$) nas idosas que trabalham, em relação as que não trabalham, e cerca de 6 pontos ($\beta=5,68$) comparando as que trabalham com as aposentadas/pensionistas, o que pode reforçar as evidências sobre a importância do trabalho para as relações sociais, particularmente para o idoso (MOREIRA, 2012). O estudo de Hawton (2011) aponta grande impacto negativo do isolamento social na saúde e no bem-estar dos idosos, e o trabalho pode ser um meio de atenuar estas situações de retraimento.

Os aspectos físicos também se apresentam com os maiores escores nas mulheres que trabalham em relação às que não trabalham, mesmo sendo aposentadas ou pensionistas. É possível que o trabalho contribua para melhorar os aspectos físicos das mulheres idosas, principalmente considerando um trabalho que exija algum esforço físico, como o trabalho doméstico. Os resultados de um estudo do tipo longitudinal conduzido na Austrália, utilizando o SF-36, apontaram maiores escores dos componentes físico e mental com o maior nível de trabalho doméstico, em mulheres adultas e idosas, mas nas jovens a associação foi inversa (PEETERS ET AL., 2014). Em seguimento por 17,8 anos, com a população de 25 a 74 anos, autores evidenciaram o menor risco de doenças cardiovasculares no grupo que praticava atividade física doméstica leve ($HR=0,72$ -IC:0,58-0,89), comparando com sedentários neste domínio (AUTENREITH ET AL. 2011).

Há evidências sobre a importância do trabalho para a saúde e a qualidade de vida do idoso (MOREIRA, 2012; MARQUES ET AL., 2016), mas alerta-se que ao considerar os impactos positivos do trabalho para a mulher idosa, é importante se atentar às condições de trabalho, às duplas jornadas e à satisfação com a ocupação exercida. Os resultados deste estudo apontam melhores condições de saúde, qualidade de vida e bem-estar nas mulheres que trabalham em relação às que não exercem uma ocupação remunerada. É possível que o trabalho contribua para melhorar a saúde e o bem-estar das mulheres idosas, todavia é importante considerar que as doenças e as limitações causadas pelos problemas de saúde, e as piores condições de aspectos físicos, de vitalidade e de aspectos emocionais e sociais podem ser empecilho para o engajamento da mulher idosa no trabalho remunerado, dificultando a participação nesta importante dimensão da vida.

Referências

1. Allan BA, Duffy RD, Richard D. Meaning in life and work: A developmental perspective. *The Journal of Positive Psychology* 2015;10:4, 323-331, DOI: 10.1080/17439760.2014.950180
2. Alves JED, Corrêa S. Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil: um panorama preliminar, 15 anos depois de Cairo. In: Brasil, 15 anos após a Conferência de Cairo. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais/Fundo de População das Nações Unidas; 2009.
3. Artazcoz, L.; Artieda, L.; Borrell, C.; Cortès, I.; Benach, J.; García, V. Combining job and family demands and being healthy: What are the differences between men and women? *Eur. J. Pub. Health* 2004a, 14, 43–48.
4. Artazcoz, L.A.; Borrell, C.; Benach, J.; Cortès, I.; Rohlfs, I. Women, family demands and health: The importance of employment status and socio-economic position. *Soc. Sci. Med.* 2004b, 59, 263–274.
5. Autenrieth CS, Baumert J, Baumeister SE, Fischer B, Peters A, Döring A, Thorand B. Association between domains of physical activity and all-cause, cardiovascular and cancer mortality. *Eur J Epidemiol.* 2011; 26(2):91-9.
6. Barbosa ALNH. Participação feminina no mercado de trabalho brasileiro. In: Mercado de Trabalho: conjuntura e análise. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Ministério do Trabalho e Emprego; 2014. p. 31-41.
7. Barnay T. Health, work and working conditions: a review of the European economic literature. *Eur J Health Econ.* 2016;17(6):693-709. doi: 10.1007/s10198-015-0715-8.
8. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Saída do mercado de trabalho: qual é a idade? In: Mercado de Trabalho: conjuntura e análise. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Ministério do Trabalho e Emprego; 2012. p. 19-28.
9. Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007. (Texto para Discussão, 1292).
10. Centro Internacional de Longevidade Brasil. Envelhecimento Ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015.

11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2009: Género, trabajo remunerado y no remunerado: eslabones en la discriminación y la desigualdad. Santiago: CEPAL, Naciones Unidas, 2010.
12. Giullari S, Lewis J. The adult worker model family, gender equality and care: the search for new policy principles and the possibilities and problems of a capabilities approach. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2005. (Paper, 19).
13. Gugel MA. O direito ao trabalho, a preparação e a conquista da aposentadoria. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 225-240.
14. Hawton AI, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R, Greaves CJ, Campbell JL. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Qual Life Res.* 2011;20(1):57-67. doi: 10.1007/s11136-010-9717-2.
15. He W, Goodkind D, Kowal P. Census Bureau (US), International Population Reports P95/16-1: An Aging World: 2015. Washington: Department of Commerce (US), 2016.
16. Holzmann L. O trabalhador por conta própria no Brasil. *Rev Paraná Desenvol.* 2013; 34: 119-37.
17. Ilinca S, Rodrigues R, Schmidt A, Zolyomi E. Gender and Social Class Inequalities in Active Ageing: Policy meets Theory. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna; 2016.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Gênero: Uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2014a.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2014b.
21. International Labour Office. Conditions of work and employment for older workers in industrialized countries: Understanding the issues. Geneva: International Labour Office; 2006. (Conditions of Work and Employment Series N°. 15).
22. International Labour Office. Employment conditions in an ageing world: Meeting the working time challenge. Geneva: International Labour Office; 2004. (Conditions of Work and Employment Series N°. 9).
23. International Labour Organization and United Nations Development Programme. Work and Family: Towards new forms of reconciliation with social co-responsibility. Santiago: International Labour Organization and United Nations Development Programme; 2009.
24. Ju YJ, Han KT, Lee HJ, Lee JE, Choi JW, Hyun IS, Park EC. Quality of life and national pension receipt after retirement among older adults. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(8):1205-1213. doi: 10.1111/ggi.12846.
25. Laguardia J, Campos MR, Travassos CM et al. (2011). Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD), Brazil, 2008. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:61.
26. Marques PM, Schneider IJC, D'Orsi E. Quality of life and its association with work, the internet, participation in groups and physical activity among the elderly from the EpiFloripa survey, Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2016;32(12):e00143615.
27. mercado de trabalho dos idosos em São Paulo. *Rev Bras Est Pop.* 2006; 23: 269-86.
28. Moreira AH. A identidade social do idoso e as relações de trabalho: a realidade por trás das salvaguardas legais. *Revista: Kairós Gerontologia.v.15.* p. 91- 107. São Paulo, 2012.

29. Ocupacionais e Trabalho Doméstico: Uma síntese de constatações recentes no Brasil e na Tanzânia. WIEGO, 2011.
30. Peeters G, Gellecum YRV, Uffelen JGZU, Burton NW, Brown W. Contribution of house and garden work to the association between physical activity and well-being in young, mid-aged and older women. *Br J Sports Med* 2014; (48):996-1001.
31. Pérez ER, Wajnman S, Oliveira AMHC. Análise dos determinantes da participação no
32. Soares C, Saboia AL. Tempo, trabalho e afazeres domésticos: um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 a 2005. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2007. (Texto para Discussão. Diretoria de Pesquisas, 21).
33. Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2018; 34:e00173317.
34. Tamanini M. O processo saúde/doença das empregadas domésticas: gênero, trabalho e sofrimento. *Rev Cienc Hum*. 2000; 49-69.
35. Timonen V. Beyond Successful and Active Ageing: A Theory of Model Ageing. Bristol, UK: Policy Press; 2016.
36. Wajnman S, Oliveira AM, Oliveira EL. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e consequências. In: Camarano AA, organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004. p. 453-79.
37. Ware J, Kosinski M, Bjorner J, Turner-Bowker D, Gandek B, Maruish M. User's Manual for the 36v2®Health Survey. ed. n, editor 2007.
38. Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing. Saúde e Segurança
39. World Bank. 2019. World Development Report 2019: The Changing Nature of Work. Washington, DC: World Bank.
40. World Economic Forum. The Global Gender Gap Report 2017. Geneva: World Economic Forum; 2017.

Trabalho feminino em uma granja de suínos: maternidade e creche diferentes

Women's work in a pig farm: another kind of maternity and nursery

Neidimila Aparecida Silveira*

Aparecida Mari Iguti

orcid.org/0000-0002-1309-7433

Abstract

Even if the economic activity with swine production in Brazil has had a big social impact with almost one million workers directly and indirectly involved, still little is known about the occupational health problems of swine workers. The objective of this study is analyzing the activities of the workers and the difficulties to perform the tasks. This is a case study in a swine farm, where interviews were conducted with a script and field observations are made inspired by the Ergonomics Analysis of Work (AET). The farm studied is a large one and has 12,000 animals with 1,000 arrays, with 22 employees. The workday is from 7:00 to 17:00 Monday to Friday, with shifts on Saturdays and Sundays relay. The swine production works as a production line manufacturing and the main task is the production of animals on a regular basis in quantity and quality proposed by the company. The optimization of production is made by the control of the biological cycle, where maternity and swine nursery are the central. The job demands are related to stages of the cycle of animals and issues involving the physical structure, the general environment and sanitation's control. The pace to carry out the activities is intense and the workers are obliged to manage the changeable and unexpected situations.

Keywords: swine farm, working conditions, maternity, swine nursery

Introdução

A carne suína é a proteína de origem animal mais produzida e consumida no mundo, com uma produção de 110,32 milhões de toneladas, metade produzida na China e um terço na União Europeia (UE) e nos Estados Unidos (EUA) (Guimarães et al, 2016). Os Estados Unidos, a União Europeia, o Canadá, o Brasil e a China são responsáveis por 96% das exportações mundiais e os cinco maiores importadores são Japão, Federação Russa, México, Coréia do Sul e Hong Kong. A participação do Brasil tem se mantido nesta década no mercado mundial, sendo o quarto maior produtor, com 3,2% da produção e 9% das exportações, no ano de 2016 exportou 732,9 mil toneladas de carne suína (ABPAS, 2017).

*Esta pesquisa integra o doutorado de Neidimila Aparecida Silveira, com bolsa CAPES, defendido no Departamento de Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Campinas.

No Brasil, o crescimento da suinocultura está associado à inovação tecnológica das áreas sanitária, genética, nutrição e manejo, além da expansão do setor para regiões não tradicionais na suinocultura do país, destacando-se no mercado global; o aumento da renda interna, o crescimento da população e das exportações são os principais fatores que garantiram uma sólida base de expansão da cadeia produtiva e quadruplicou sua produção de carnes na década 2000-2010 e a produção industrial de suínos foi a que mais cresceu. Estes dados indicam a importância desse setor econômico.

Sistemas de produção de suínos

O sistema de produção de suínos (SPS) denominado “granja de suínos” é constituído por um conjunto inter-relacionado de componentes estruturais e organizacionais e são classificados quanto ao tamanho de pequeno porte com menos de 40 matrizes, de médio porte entre 40-100 matrizes e de grande porte aqueles com mais de 100 matrizes. Geralmente, a média das matrizes tem vida produtiva de 2,5 anos, sendo 2,25 partos/ano, 5,6 partos durante a vida produtiva, 10,7 leitões nascidos vivos por parto, e 60 leitões em sua vida produtiva (Sobestiansky et al., 1998).

Existem dois principais modelos de criação de suínos – a produção extensiva, na qual os animais ficam soltos em uma área e não há controle técnico sobre a criação e a produção intensiva, na qual os animais são criados em área restrita, com a preocupação de produtividade e rentabilidade (Meneses, 1999). O sistema intensivo de criação de suínos é classificado em três subsistemas: Sistema de criação ao ar livre (Siscal); Sistema de criação misto ou semi-confinado; Sistema de criação confinado. Quanto aos tipos de produção, podem ser definidos pelos produtos a serem comercializados ou pelas fases de criação existentes na propriedade. A produção de ciclo completo é uma criação que abrange todas as fases da produção e que tem como produto o suíno terminado, tipo de produção mais usual em todo o país, independentemente do tamanho dos rebanhos (Sobestiansky et al., 1998).

O sistema de produção de suínos compreende as fases de pré-cobrição e gestação, maternidade, creche, crescimento e terminação, separadas em instalações distintas. (1) Pré-cobrição e gestação (reprodução), as fêmeas de reposição até o primeiro parto e as porcas a partir de 28 dias de gestação,

alojadas em baias coletivas. Em boxes individuais, ficam as fêmeas desmamadas até 28 dias de gestação. Os machos ficam em baias individuais. (2). Na fase de maternidade ficam as instalações utilizadas para o parto e fase de lactação das porcas, a mais sensível da produção de suínos. A maternidade prevê dois ambientes distintos, um para as porcas e outro para os leitões. Como a faixa de temperatura de conforto das porcas é diferente daquela dos leitões, torna-se obrigatório o uso do escamoteador (local apropriado para alojar os leitões na maternidade). (3) Fase de creche, nas instalações onde ficam os leitões desmamados. (4) Fase de crescimento e terminação, fase vai desde a saída da creche até a comercialização.

A organização da produção – escalonamento – existe para que haja a uniformidade ao longo do ano do volume do ‘produto’ a ser comercializado e é a mais importante no sistema de produção. Esse escalonamento visa otimizar a mão de obra, as edificações e os equipamentos e pode ser mensal, quinzenal ou semanal, definido pelo tamanho do sistema de produção e volume dos produtos.

Pode-se representar a produção como sendo uma “fábrica” de suínos. Para essa alta produtividade são considerados fatores como instalações adequadas, bom manejo e trabalhadores treinados e o combate aos fatores adversos como patógenos e a má qualidade do ambiente. O manejo da produção compreende todo o processo reprodutivo e produtivo do sistema, conduzido cuidadosamente, pois dele depende os melhores índices produtivos e o retorno econômico da atividade. A EMBRAPA/suínos (2003) cita alguns manejos da produção essenciais e característicos na maioria das granjas de sistema intensivo.

Descrição das tarefas/atividades de trabalho no setor maternidade e creche

O trabalho do setor maternidade começa com a recepção das fêmeas que irão parir, trazidas do setor reprodução todas as sextas-feiras, cerca de três dias antes do parto; são em média 50 por semana. Destaca-se o parto por ser considerado o procedimento mais crítico em todo o ciclo produtivo na cadeia de suínos, e dele depende a saúde e bem-estar da porca e dos leitões, e assim, da produtividade.

Uma semana antes do parto, as fêmeas apresentam sinais mais evidentes, como a sensibilidade e presença de líquido em mamas e o edema vulvar, que aumentam até o dia do parto. Cerca de três dias antes do parto, observa-se mudanças no comportamento, com períodos alternados de intensa movimentação e inatividade.

Um parto bem-sucedido significa a rápida e eficiente expulsão de fetos 'aptos'. A sobrevivência dos leitões depende de um bom parto e também do manejo e dos aspectos do meio ambiente; o contínuo acompanhamento reduz a mortalidade dos leitões.

A duração do parto varia de duas a seis horas. Há necessidade de intervenção quando o intervalo do nascimento entre os leitões for muito prolongado (45 a 60 minutos) e quando a fêmea já tiver parido alguns leitões e para de apresentar contrações eficazes. Nestas situações realiza-se o toque (Figura 1 e 2) para verificar a presença e o posicionamento dos leitões, e retirá-lo se possível.



Figuras 1 e 2. Exame de toque durante o trabalho de parto.

Antes do parto a trabalhadora responsável prepara uma bandeja com linha, tesoura e solução de iodo para o corte e desinfecção do umbigo.

O leitão recém-nascido possui os sistemas de termo regulação e imunitário pouco desenvolvidos e alguns cuidados são tomados. Um ambiente

limpo, desinfetado e aquecido à 32°C é necessário (importância dos escamoteadores com piso aquecido e tampas para evitar a perda de calor).

Logo após o nascimento, corta-se e desinfeta o umbigo com iodo, e a limpeza de membranas e líquidos fetais é feita passando-se em cesto com serragem, evitando a perda de calor (figuras 3 e 4).



Figuras 3 e 4. Corte do cordão umbilical e uso de serragem para retirada de membranas e líquidos fetais

Trato

O trato é realizado duas ou três vezes ao dia, dependendo do período de lactação da porca e a quantidade de ração é diferenciada (Quadro 1).

A diferenciação na quantidade de ração representa um acréscimo de trabalho no trato dos animais, pois em uma mesma sala porcas com partos em diferentes dias, recebem quantidades distintas (para facilitar, anota-se na própria baia a quantidade de ração a ser administrada no dia).

Quadro 1. Dieta da matriz no pós-parto.

Período	Kg de ração diário		
	Horário do trato		
1º semana	7h	9h30	15h30
1º dia	1,5	—	1,5
2º dia	2	—	2
3º dia	2,5	—	2,5
4º, 5º, 6º e 7º dia	3	—	3
2º e 3º semana	4	2	2

Além disso, porcas marrãs (que são as porcas jovens e de porte menor, em seu primeiro parto) recebem um quilo a menos. Já os leitões, na primeira semana alimentam-se somente de leite, e nas 2º e 3º semana alimentam-se também de ração úmida.

Limpeza

No início do trabalho remove-se os detritos acumulados nas instalações com a retirada de restos de ração e excrementos do piso (localizados atrás da fêmea), que são empurrados para debaixo da baia suspensa. O piso é lavado com água e esfregado com vassoura; os corredores entre as baias também são lavados. Após, lavam-se os coxos das porcas e dos leitões. Os escamoteadores são varridos pois não podem ser molhados. Retira-se a água residual do cocho e eventualmente restos de ração. Nas Figuras 5 e 6 visualiza-se a retirada dos excrementos e estes embaixo da baia suspensa. Observe as posturas de trabalho.



Figuras 5 e 6. Limpeza da baia na maternidade.

Troca de turno e ronda

A primeira atividade do dia é a ronda por todas as salas da maternidade onde estão ocorrendo parto (salas de 1º semana). Essa ronda é realizada junto com o trabalhador do período noturno. Este trabalhador faz o relato de todos os partos ocorridos e de porcas que estão em trabalho de parto. A trabalhadora encarregada do setor anota todas as informações em uma pequena caderneta.

Após as salas de partos, ela visita sozinha todas as outras salas da maternidade, observa as porcas e leitões. Verifica visualmente se têm algum leitão precisando de colostro ou medicamento. As rondas são feitas várias vezes ao dia, em média ela gasta 20 minutos para fazer a ronda em todas as salas.

Cauterização e corte de dente

A cauterização é o corte de cauda dos leitões. Esse procedimento é uma medida preventiva contra o canibalismo, ou seja, o hábito dos suínos morderem a cauda uns dos outros o que pode causar sérios danos ao animal, inclusive a morte. É realizada com ferro quente, sendo que este corta e cauteriza a cauda em seu terço final.

O leitão nasce com oito dentes, quatro caninos e quatro pré-molares e estes são pontiagudos. Por isso estes podem machucar a porca durante a lactação e também ferir a boca dos leitões quando esses brigam/brincam entre si.

Junto a estes manejos os leitões recebem antibiótico para prevenção de infecção e aplicação intramuscular de ferro para evitar a anemia ferropriva.

Esses procedimentos são realizados em todos os leitões com três dias de vida (Figuras 7,8,9,10).



Figuras 7,8,9 e 10. Cauterização de cauda e corte de dente dos leitões na maternidade.

A. Retirada dos leitões da baia e bandeja com medicamentos;

- B. Corte dos dentes com alicate;
- C. Corte da cauda com ferro quente;
- D. Aplicação de medicamentos.

Castração

A castração é a prática cirúrgica realizada com o objetivo de evitar odor e sabor desagradável na comercialização de animais inteiros. Também se observa que animais castrados apresentam melhor conversão alimentar, maior comprimento de carcaça, menor espessura de toucinho, carcaças com maior quantidade de carne e menor porcentagem de gordura e maior área de lombo. É realizada nos leitões de segunda semana, uma vez por semana. Para essa atividade são necessárias duas trabalhadoras. Elas pegam os leitões da baia, fazem a separação entre machos e fêmeas. Os leitões são colocados em um cesto, uma das trabalhadoras segura o leitão entre suas pernas e a outra corta e retira o saco escrotal. Após o procedimento é aplicado cicatrizante no local e o animal é medicado com antibiótico. É uma atividade que consome meio período do dia (Figuras 11,12,13).



Figuras 11,12,13. Castração dos leitões na maternidade.

Vacinação

Os leitões são vacinados com (bactéria inativa de *Mycoplasma*) contra pneumonia enzoótica dos suínos, após três dias do nascimento.

Para essa atividade são necessários dois trabalhadores, que retiram os leitões da baia e colocam em um cesto. Um dos trabalhadores segura o leitão e o outro aplica a vacina (Figuras 14 e 15).



Figuras 14 e 15. Aplicação de vacina em leitão na maternidade.

Retirada do colostro e amamentação assistida:

Algumas horas após o parto é retirado o leite da porca (Figura 16). Este leite é misturado a glicose e etiquetado com o número do lote da porca, este fica armazenado no freezer da farmácia. Os leitões mais fracos são alimentados com este leite por meio de sonda que é inserida até o estômago do animal (Figura 17). Acoplada a sonda tem-se uma seringa. Essa decisão para quais leitões dar o colostro é tomada pela trabalhadora e segunda a mesma é devida a sua experiência. Essa atividade é realizada três vezes por dia, no período da manhã, depois do almoço e no final do dia, em torno das 16h. São de 15 a 20 ml de colostro para cada leitão.



Figuras 16 e 17. Retirada do colostro e amamentação por sonda

Anotações na agenda

Essa é uma atividade realizada somente pela encarregada do setor. Nesta agenda são anotados todos os dados referentes à produção da maternidade (Tabela 5). Todos os dias de manhã, a agenda é repassada ao gerente que analisa os dados e digitaliza para o controle de produção.

Vigilância dos leitões

É uma das atividades maior preocupação e de desgaste físico e mental, para as trabalhadoras. É comum ocorrer o esmagamento dos leitões pela porca. A porca levanta para comer e depois senta no leitão que fica embaixo dela amamentando. Esta vigilância ocorre visualmente e pelo som emitido pelos leitões durante o esmagamento. Por esta situação as trabalhadoras se vêm proibidas de utilizarem o protetor auricular.

A causa da morte dos leitões que são esmagados pode ser por sufocamento ou hemorragia interna. O risco de esmagamento é diretamente proporcional ao número de vezes que a fêmea levanta e deita. Cerca de 70% das mortes na maternidade ocorrem na primeira semana de vida, sendo que 40% se devem ao esmagamento. A maior parte delas ocorre nas primeiras 72 horas de vida do leitão, e cerca de 30% ocorrem próximo ao horário de arraçoamento (trato) das porcas. Este tipo de morte ocorre principalmente em casos onde a fêmea é pesada, possui instinto materno deficiente e/ou falta de habilidade ao deitar-se.

Verificação de temperatura

A temperatura é verificada no ânus, e entre 36°C à 38°C é considerada normal. A trabalhadora mantém o termômetro por cerca de 1 minuto em cada porca. Este procedimento é realizado por três dias consecutivos após o parto. Caso a porca esteja com febre ela é medicada. A febre nas porcas é comum após o parto e está relacionada com a quantidade de toques realizados durante o parto. Após a medição, anota na agenda a letra “N” para as porcas com temperatura normal e “F” para as porcas com febre. As que são constadas febris são medicadas.

Corte na orelha dos leitões

Corta-se a orelha de leitoas-netas que se tornarão futuras matrizes. Quando as netas nascem, são marcadas com cortes nas orelhas para identificá-las e na última etapa (galpão de engorda/terminação) não serão

vendidas e seguem pra a reprodução. A numeração na orelha varia de 1-99 e é marcada com números iguais por lote (semana); a cor do brinco da porca varia de acordo com a raça. Na orelha direita o corte superior vale 3 e inferior 1, na orelha esquerda o superior vale 30 e o inferior 10. Todos os filhotes fêmeas das ‘porcas avôs’ voltam para serem matrizes da granja.

A granja possui três diferentes raças das porcas reprodutoras, classificadas por códigos: A31, A22, A36.

Organização das fichas

A organização das fichas com todos os dados da porca gestante inicia-se pela limpeza dos saquinhos plásticos contendo as fichas penduradas na baia, que vem do setor reprodução, depois das anotações feitas na maternidade elas são redigitadas pelo gerente e seguem para a reprodução novamente.

No horário de almoço é a encarregada que divide as trabalhadoras em dois grupos as que irão almoçar das 10h30 às 12 horas e as que almoçam das 12 às 13h30. No primeiro grupo fica a encarregada e sua ajudante mais próxima, com quem ela geralmente divide algumas tarefas. E no segundo grupo ficam as outras três trabalhadoras. Após o almoço a trabalhadora deita-se em um pedaço de papelão embaixo de uma árvore. Esse período de almoço, quando as trabalhadoras se dividem em dois grupos, é um momento que sobrecarrega as trabalhadoras que são obrigadas a cobrir as que estão em intervalo, é preciso vigiar os leitões das salas das que estão almoçando.

Medicação de leitão no setor maternidade

O trato é crítico para as responsáveis das salas, pois é o momento em que todas as porcas se levantam para comer. Também é nesse momento que as trabalhadoras fazem a limpeza. Como elas iniciam em uma sala e depois precisam continuar as tarefas nas outras salas das quais estão responsáveis essa atividade torna-se sofrida e intensa para as “tratadeiras”. Elas precisam ao mesmo tempo realizar a limpeza e o trato em uma sala e vigiar os leitões em outra, pois assim que a porca termina de comer, ela se deita, momento de maior risco de esmagamento. As trabalhadoras relatam que conhecem os gritos dos leitões de acordo com sua idade e também reconhecem os tipos de gritos: dor, fome, brincadeira etc, nas salas de sua responsabilidade.

Maternidade e Creche: como humanos?

Como foi observado pela descrição do trabalho no setor maternidade, muitos dos manejos realizados neste setor, possuem nomenclaturas iguais ou próximas a procedimentos realizados em maternidades humanas.

Quadro 2. Comparação entre manejos no setor maternidade na suinocultura e procedimentos em maternidades hospitalares na área obstétrica.

Procedimento	Suinocultura	Humanos
Toque	É feito nas porcas durante o parto para auxiliar a retirada de leitões e placentas. Deve-se evitá-lo, pois aumenta o risco de contaminação e febre pós parto nas porcas	É realizado para determinar a progressão do trabalho de parto.
Preparo pré parto	Limpeza do ambiente e do animal.	Assepsia do períneo, depilação, limpeza com água e sabão da região vulvar
Dieta pré-parto	O fornecimento da ração é reduzido gradativamente nos três dias que antecedem o parto e no dia é fornecido somente água.	Restrição da alimentação
Comportamento pré parto	Um dia antes do parto a agitação da porca intensifica-se. As mamas ficam nitidamente inchadas.	Aumento das contrações uterinas; dificuldade para encontrar postura confortável.
Parto	Pode se estimular o período de expulsão; Expulsão de vários filhotes; Pode haver cesárea (em geral restrito às 'avós' que são matrizes mais caras)	Rompimento da bolsa costuma preceder o trabalho de parto; observa-se a presença de mecônio; Pode se estimular a expulsão do bebê; expulsão de um RN (em geral) Em caso de risco para mãe ou feto, pode haver cesárea.
Cordão umbilical	Amarração e corte (cuidados)	Clampeamento, corte (cuidados)
Observação placenta	Retirada	Revisão e retirada (integridade)
Procedimentos pós-parto	Lava-se a região vulvar 1 dia após o parto, para evitar infecção.	Assepsia
Cuidados com RN	Limpeza vias aéreas, retirada de membranas, ambiente térmico	Limpeza de vias aéreas, estimulação, ambiente térmico
Dieta pós parto	O fornecimento da ração aumenta gradativamente.	Dieta equilibrada para a produção de leite
Amamentação	Retirada de colostro/leite Banco de leite	Retirada de colostro/leite Banco de leite

As próprias trabalhadoras do setor fazem essa analogia em suas falas: *“aqui é como se eu trabalhasse em maternidade e pediatria de hospital”, “eles (leitões) são como bebês”*. Devido essa ‘aproximação’ nas pesquisas de campo, resolveu-se fazer um paralelo com as nomenclaturas utilizadas na suinocultura e em hospitais humanos na área de obstetrícia e ginecologia (Benson, 1976).

Imprevistos na realização do trabalho

Além de ser um trabalho intenso as trabalhadoras convivem com os imprevistos, principalmente o de falta de água. A água é um item que influencia muito no trabalho das tratadeiras.

Quatro trabalhadores participam do desmame, e as atividades consistem em:

Pesagem dos leitões e transferência

Pesam-se todos de uma mesma baia, em seguida são retirados do galpão (carregados) e colocados dentro de um carrinho, conforme Figura 29, nesse carrinho cabem aproximadamente leitões de cinco baias (cada baia tem aproximadamente 12 leitões), e em seguida são levados para creche, três trabalhadores vão empurrando o carrinho.

Pesagem e transferência dos leitões da maternidade para creche

Cada lote possui cerca de 430 leitões. Quando os animais chegam ao setor creche são distribuídos nas salas conforme orientação do trabalhador responsável do setor, segundo ele por tamanho de leitão: *“mesmo sendo do mesmo lote tem diferença no tamanho, então a gente separa, é olhando”*. É um trabalho que requer força, pois as baias são suspensas com altura aproximada de um metro e meio. O trabalhador “C1” anota todos os dados em uma ficha, que posteriormente será digitalizada pelo gerente para o controle de produção. Anotação na ficha: data, lote, número da baia, quantidade de leitão, peso dos leitões por baia. O trabalhador do setor é responsável em anotar os peso e quantidade de leitões, também é quem orienta em quais salas os animais serão alojados.

Manejos da creche e pós-creche

As principais atividades/tarefas realizadas na creche e pós-creche são o trato e a limpeza das salas.

Trato: é realizado uma vez por dia, colocam-se quatro sacos de ração em cada sala distribuídos nos coxos, no total são 10 salas de creche por dia. Mas o trabalhador passa no final do dia para verificar se a ração não acabou e se tiver coxo vazio ele completa. Também a água dos coxos é substituída por água limpa. Na pós-creche são 12 sacos de ração por sala, pois os animais já são maiores e por isso necessitam de maior quantidade de ração. A atividade de trato é visualizada na Figura 26.

Limpeza e trato no setor pós-creche

Durante os manejos de trato e limpeza o trabalhador observa os animais, e caso perceba algum doente este é medicado por ele e, se for o caso, é transferido para uma sala que ele denomina de “sala para recuperação”. Esta só tem leitões doentes e que precisam de acompanhamento para recuperação.

Após o trabalho na creche ele realiza o trabalho na pós-creche. Os leitões permanecem 21 dias na creche e depois são transferidos para a pós-creche e depois de 35 dias na pós-creche, são transferidos para o setor de engorda, essas transferências acontecem nas segundas-feiras.

Transferência de animais: Todas essas transferências são realizadas com o animal caminhando, já existem corredores para esta locomoção.

O trabalho no setor creche e pós-creche concentram-se no período da manhã, por isso a tarde o trabalhador ajuda em outros setores, principalmente na fábrica de ração, onde ajuda na distribuição dos sacos de ração para os setores. E somente no final do dia faz uma ronda pelas salas de creche e pós-creche verificando a ração, água e se existe algum animal doente ou mesmo morto.

O olhar da pesquisadora (primeira autora)

Nas coletas em campo estive muito próxima aos trabalhadores do estudo. Nas visitas nos meses de maio e setembro, fiquei hospedada em hotel na cidade próxima à granja e acompanhei os trabalhadores desde a saída de suas casas até o retorno.

Os trabalhadores da granja e do frigorífico (pertencente aos mesmos proprietários da granja) são transportados por ônibus da empresa, levando e

trazendo de diversos pontos da cidade. Após acordo prévio com o gerente da granja, o motorista me pegava em um ponto próximo ao hotel às 06h05, o meu ponto era um dos primeiros. Os trabalhadores do frigorífico (estes não me conheciam) e o motorista do ônibus acreditavam que eu era mais uma trabalhadora contratada da granja. Após o embarque andávamos pela cidade pegando os trabalhadores, esse percurso durava até as 06h30, quando pegávamos a estrada para a granja e chegávamos às 06h45. Neste percurso sempre sentava algum trabalhador ao meu lado, e quando não me conhecia, fazia a mesma pergunta: “*Você é contratada nova?*”

O ônibus deixava parte dos trabalhadores na porta da granja e seguia com o restante para o frigorífico. “Nós” da granja andávamos rápido rumo aos vestiários; os homens para o masculino e as mulheres para o feminino. Em cada vestiário havia dois chuveiros, então se tomava um banho rápido e colocava-se o uniforme. Todo o material de limpeza: sabonete e toalha eram fornecidos pela granja que por questão de biossegurança não podia ser de casa. Como minha visita era agendada, minha toalha e uniforme estavam sempre reservados. Então rapidamente todas nós ficávamos uniformizadas e seguíamos para “nossas atividades”.

Os uniformes eram lavados na granja por uma das trabalhadoras e a troca é feita duas vezes por semana. Cada trabalhador tem uniforme e botas numeradas para que seja pessoal.

Durante os períodos de trabalho em campo no setor maternidade também fiquei apreensiva com o risco dos leitões de serem esmagados e preocupada com as trabalhadoras que tinham que se dividir entre as tarefas de limpeza e trato e evitar o esmagamento dos leitões. Muitas vezes e com várias trabalhadoras, enquanto estávamos em uma sala eu observando o trabalho e elas fazendo a limpeza das baias e da sala e o trato das porcas e dos leitões, na outra sala os leitões gritavam. Todas as trabalhadoras que acompanhei, sem exceção, ficavam apreensivas e divididas, entre o trabalho de trato e limpeza que sempre estava atrasado ou em cima do horário e o grito dos leitões. Elas tinham que decidir rapidamente se o grito do leitão era de perigo e teriam que parar o trabalho e deslocar a outra sala para verificar se o leitão estava bem. Nos dias em que a água estava fraca isso era intensificado, pois a limpeza exigia mais tempo. Em algumas situações não suportei a angústia

dessas trabalhadoras em ter que parar o trabalho e ir até a outra sala, então eu mesma ia verificar se os leitões estavam bem.

Também tive a oportunidade de almoçar com os trabalhadores. A granja serve marmita que é preparada em cozinha próxima ao frigorífico e transportada à granja. Esta alimentação é descontada no pagamento, o valor é de R\$1,80 por refeição. Mas tem se a opção de levar a comida de casa, como percebi com duas trabalhadoras, pois relataram não gostar da comida. Todos comíamos no mesmo refeitório, geralmente eu acompanhava a responsável do setor e nosso horário era das 10h30 às 11h30. Após a rápida refeição todos descansavam em lugares improvisados até completar o horário; o responsável do setor é quem determina os horários de almoço.

No final do dia tomava-se outro banho, uniforme e botas ficavam no vestiário e esperava-se o ônibus que vinha com os trabalhadores do frigorífico. Às vezes o ônibus demorava, em um dos dias ficamos quase 30 minutos esperando. Disseram que era por causa de trabalhadores do frigorífico que atrasavam.

Na volta eu era a última a ser deixada em meu ponto, geralmente quase às 19hs, cansada, empoeirada e impregnada pelo odor da granja.

Organização do trabalho e sua densidade

A preocupação em “dar conta do trabalho” está relacionada com a pressão temporal e é um dos indicativos da alta densidade do trabalho orientado para a produtividade.

De acordo com as observações e o relato dos trabalhadores foi possível compreender que alguns fatores que influenciam e contribuem para o aumento de carga de trabalho e riscos de acidentes estão no próprio contexto da organização do trabalho, tais como a falta de EPIs (ou impossibilidade de uso), estrutura física (salas distantes uma das outras, baias altas, pisos que se quebram), ritmo e turnos (final de semana com número reduzido de trabalhadores). As fontes geradoras de pressão são o tempo (ritmo) e a produtividade controlada por lote. A estrutura física da granja se reflete no trabalho que é realizado diariamente nos galpões. Esse crescimento estrutural desordenado mostrou-se um fator a ser considerado no aumento da carga de trabalho.

A produção é acompanhada pelo gerente por meio das anotações das agendas de cada setor. *“Sempre teve agenda para o controle de tudo que acontece nos galpões e o gerente acompanha tudo, dependendo do resultado ele chama pra conversar e saber os motivos”* (trabalhadora da maternidade).

Para Dejourns (1999) os trabalhadores, muitas vezes, não têm como saber se suas falhas se devem à sua incompetência ou a anomalias do sistema técnico. E essa fonte de perplexidade é também a causa de angústia e de sofrimento, que tomam a forma de medo de ser incompetente, de não estar a altura ou de se mostrar incapaz de enfrentar situações incomuns ou incertas.

Este estudo aponta para trabalhadores que em seu trabalho buscam o equilíbrio entre a segurança e a produtividade agindo em situações nem sempre favoráveis. A melhoria/solução destes fatores é necessária para se evitar riscos de acidentes e doenças ocupacionais.

Para Guérin et al. (2001) integram as condições de trabalho os riscos que podem ser definidos como todas as condições de perigo que indivíduos estão expostos e que podem causar-lhe danos físicos e/ou mentais, e/ou prejudicarem a saúde. Eles podem estar associados às condições ambientais de trabalho, aos produtos utilizados, às tarefas executadas, aos equipamentos e à organização do trabalho.

Semelhante à organização sexual do trabalho em humanos, onde as tarefas do cuidado com bebês e crianças ficam predominantemente ao encargo das mulheres, observou-se a mesma divisão no trabalho suinícola. As mulheres concentram-se no setor maternidade e os homens são responsáveis por trabalhos “mais pesados” como limpeza e trato dos animais maiores. A reprodução assistida com retirada de sêmen e inseminação artificial ‘pertence’ aos homens, sendo considerada uma atividade técnica e relativamente especializada.

O trabalho no setor maternidade que pode parecer um trabalho “leve” de cuidado com animais recém-nascidos, mas se trata de um trabalho em ritmo acelerado e onde o cuidado com os animais, principalmente para não morrerem ou ficarem doentes, o trato e a limpeza são constantes. Como observado na fala da trabalhadora, a limpeza é um trabalho sem fim: *“Na hora que tá tudo limpinho, elas (porcas) sujam de novo, então volto e recolho com*

uma pá pra baía não ficar suja". Além disso, também é o setor com maior responsabilidade, pois a morte de leitões acaba sendo atribuída às tratadeiras.

Referências

ABIEPCS. Com mercado brasileiro forte, setor de suínos reduz exportações. Versão eletrônica, 2010.

Disponível em <<http://www.abiepcs.org.br/news/258/99/Com-mercado-brasileiro-forte-setor-de-suinos-reduz-exportacoes.html>>, acesso em janeiro de 2011.

ABIEPCS. Relatórios anuais da associação brasileira da indústria produtora e exportadora da carne suína. Relatório 2008. Disponível em: <<http://www.abiepcs.org.br/pt/relatorios.html>>.

COSER, F.J; THOMÉ, K. M; CARVALHO, J. X. Estrutura de mercado internacional de carne suína e a participação brasileira. Revista Informações Econômicas, v. 40, n. 12, dez., 2010.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 17, n. 68, 1989.

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho. São Paulo: Oboré Editorial, p.25-66, 1987.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. In: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v.14, n. 54, abr/jun, São Paulo: FUNDACENTRO, 1986.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. e BETIOL, M. I. S. Psicodinâmica do Trabalho: Contribuição da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

EMBRAPA – suínos e aves. Sistema de produção, 2. ISSN 1678-8850, jul/2003. Disponível em <www.embrapa.cnps.br>, acesso em julho de 2009.

EMBRAPA - suínos. Sistema de produção, 2. Versão eletrônica, jan., 2003. Disponível em <[http://sistemasdeproducao.cnptia.embrapa.br/FontesHTML/Suinos/SPSuinos/manejo produ.html](http://sistemasdeproducao.cnptia.embrapa.br/FontesHTML/Suinos/SPSuinos/manejoprodu.html)>. Acesso em novembro de 2009.

GÜÉRIN, F. et al. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher, 2001.

SOBESTIANSSKY, J., WENTZ, I., SESTI, L.C. Suinocultura Intensiva. Concórdia Embrapa., p.261, 1998.

SOBESTIANSKY, J. et al. Suinocultura intensiva: produção, manejo e saúde do rebanho. Brasília: Embrapa; Concórdia: Embrapa, 1998.

SOBESTIANSKY, J., WENTZ, I., SILVEIRA, P.R.S. da, SESTI, L.A.C. Suinocultura intensiva: produção, manejo e saúde do rebanho. Brasília: Embrapa; Concórdia: Embrapa, 1998.

WISNER, A. Por dentro do trabalho – ergonomia: método e técnica. São Paulo: Oboré, 1987.

Assédio moral contra trabalhadoras adoecidas

Moral harassment against sick women workers

José Otávio de Almeida Barros Junior

Maria Dionísia do Amaral Dias
<https://orcid.org/0000-0002-0081-6769>

Abstract

Moral harassment is a perverse violence present in the contemporary everyday of employment relations and affects women workers' health. The purpose of this work is to analyze the characteristics of harassment against women workers, using data from lawsuits. This study deals with part of the results of qualitative research in which dialectical hermeneutics was adopted as a method of analysis, based on the historical-dialectical theoretical framework. The data of the investigation come from legal proceedings, public documents available on the website of the Superior Labor Court (TST). A search was made with the terms "moral harassment" and "incapacity" and the temporal cut of the research was limited to the decisions issued with publication date between 01/01/2014 and 06/30/2014. The results pointed out that harassment is understood as a repeated practice of offensive attitudes. There is a relation of the perverse conducts with the sickness of the workers.

Key words: moral harassment; women's health; disability

O assédio moral é uma violência perversa presente no cotidiano contemporâneo das relações de emprego. Trata-se de um problema de saúde pública, pois está afetando a saúde dos trabalhadores, desencadeando ou agravando doenças.

A crescente presença feminina no trabalho e a persistência das desigualdades é fator motivacional para o estudo e a compreensão do assédio moral praticado contra mulheres.

A dimensão de gênero nas relações sociais está associada à divisão sexual do trabalho e perpetua as desigualdades entre homens e mulheres na sociedade capitalista. Há no processo de hierarquização, infelizmente, uma maior valorização do trabalho masculino em relação ao feminino, bem como uma separação de atividades consideradas femininas de outras masculinas (CORRÊA e CARRIERI, 2007).

A posição hierárquica da trabalhadora na organização do trabalho não altera a presença de condutas assediadoras. Até mesmo em situações de superioridade hierárquica, como em atuações em cargos de gestão, constata-se a ocorrência de práticas assediadoras (CORRÊA e CARRIERI, 2007).

Há evidências de que as mulheres não vivenciam a violência no trabalho da mesma forma que os homens e deve haver diferenciações no enfrentamento do assédio moral segundo o gênero: as mulheres procuram mais ajuda, quer seja médica ou psicológica, enquanto os homens, ao se reconhecerem como assediados, podem sofrer problemas com a autoidentidade masculina, visto que a virilidade é frequentemente requerida no ambiente de trabalho. As mulheres são as que mais sofrem com o assédio moral. Para elas, os abusos e as agressões verbais estão associados a comentários humilhantes e vexatórios atrelados a vestimentas e aparência física; já para os homens, em comentários relacionados à virilidade, à capacidade de trabalhar e à manutenção da subsistência familiar (ANDRADE, 2018).

Os dados recolhidos em todo o mundo mostram que as trabalhadoras grávidas, assim como as mulheres que regressam de uma licença de maternidade podem sofrer assédio por parte dos seus colegas de trabalho, dos seus subalternos ou dos seus superiores. Os pedidos de pausas para a amamentação ou outras disposições favoráveis à conciliação trabalho-vida familiar podem também resultar em tratamentos humilhantes, violência psicológica, deslocalização do posto de trabalho e outras medidas de pressão que visam isolar as trabalhadoras e forçá-las a demitirem-se (OIT, 2018).

O objetivo deste capítulo é analisar as características do assédio moral praticado contra trabalhadoras, a partir do conteúdo de processos judiciais.

Este estudo trata de parte dos resultados de pesquisa² qualitativa na qual adotou-se a hermenêutica-dialética como método de análise, a partir do referencial teórico histórico-dialético (MINAYO, 2014).

Os dados da investigação são provenientes de processos judiciais, documentos públicos disponíveis no sítio do Tribunal Superior do Trabalho (TST). Foi realizada busca com os termos “assédio moral” e “incapacidade” e o corte temporal da pesquisa foi limitado às decisões proferidas com data de publicação entre 01/01/2014 e 30/06/2014. Com tais parâmetros foram encontrados 111 processos e após análise do banco, realizou-se a análise

² Barros Junior, 2016. Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UNESP (Parecer n. 773.297), em atendimento às exigências da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Por determinação do CEP, omitiu-se o número dos processos.

daqueles em que houve o reconhecimento do assédio moral pelo julgador, 28 casos no total, dos quais 15 referiam-se a trabalhadoras. Análise desses casos das trabalhadoras são apresentados neste capítulo.

Assédio moral no trabalho

O psicólogo alemão Heinz Leymann e a psiquiatra francesa Marie-France Hirigoyen são apontados na literatura como os pioneiros na análise da violência psicológica no mundo do trabalho. Heinz Leymann define assédio moral como:

o fenômeno no qual uma pessoa ou grupo de pessoas exerce violência psicológica extrema, de forma sistemática e recorrente e durante um tempo prolongado – por mais de seis meses e que os ataques se repitam numa frequência média de duas vezes na semana – sobre outra pessoa no local de trabalho, com a finalidade de destruir as redes de comunicação da vítima ou vítimas, destruir sua reputação, perturbar a execução de seu trabalho e conseguir finalmente que essa pessoa ou pessoas acabe abandonando o local de trabalho (LEYMANN, 1996, p. 120-121).

Marie-France Hirigoyen apresenta definição de assédio moral similar à proposta por Leymann, como a seguir:

assédio moral é qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho (HIRIGOYEN, 2006, p. 17).

Ao denominar o fenômeno como assédio moral, Hirigoyen buscou empregar o verbo assediar, entendido por ela como atos de submeter sem tréguas a pequenos ataques repetitivos que, de forma isolada, não se apresentam graves, porém, cumulados, constituem agressão. Já o termo moral refere-se àquilo que é considerado aceitável ou não em uma sociedade, na perspectiva ética ou moral.

Violência é definida pela Organização Mundial da Saúde como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação

(WHO 1996, p. 5). Desse modo, assédio moral e violência moral são expressões sinônimas adotadas para identificar as práticas reiteradas de condutas perversas praticadas em relação aos trabalhadores.

No Brasil, o debate ganha intensidade a partir do estudo realizado por Barreto (2013) intitulado “Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações”.

O assédio laboral resulta de uma jornada de humilhações, sendo, deste modo, uma forma de tortura psicológica, que ocorre tanto na exposição direta como indireta aos atos negativos. Seu pressuposto é a repetição sistemática dos atos que humilham, constrangem e desqualificam, evidenciando um conflito entre o agente do poder e seus subordinados. Terror que se inicia com um ato de intolerância, racismo ou discriminação, que se transforma em perseguição, isolamento, negação de comunicação, sobrecarga ou esvaziamento de responsabilidades e grande dose de sofrimento (BARRETO, 2015, p. 555).

A partir das diferentes definições e pontos de vistas apresentados acima, observamos que é possível encontrar características comuns nas definições.

A prática reiterada e sistemática da violência é citada de forma unânime como o primeiro requisito do assédio moral, como em Leymann (1996), Hirigoyen (2006) e Barreto (2015). A prática de ato único e isolado, embora seja uma conduta reprovável, não se enquadra na concepção de assédio moral, porque este deve ser considerado um processo contínuo de atitudes hostis e que se prolonga no tempo, como se observa em Delgado (2018), Oliveira (2013) e Soboll, Miara e Moscalewsky (2010).

A intencionalidade, ou seja, o claro e deliberado objetivo de assediar é observada em Leymann (1996), Delgado (2018), Oliveira (2013) e Cahú et al. (2012). Em verdade, embora presente na construção conceitual de renomados estudiosos, pensamos que o dolo do agressor não é elemento essencial para a caracterização do fenômeno. Conforme demonstraremos adiante, o assédio não deve ser entendido mais como uma relação interpessoal conflituosa. Reconhecendo-se que a própria organização empresarial é responsável assédio, o elemento intencionalidade da pessoa não deve ser encarado como um requisito necessário para o enquadramento de determinada conduta como assédio. Frise-se que a dificuldade de provar a subjetividade do agressor, por

exemplo, tornaria inaplicável o reconhecimento do assédio em processos judiciais.

Por fim, as consequências das condutas abusivas também são elencadas por alguns estudiosos como elementos necessários à configuração do assédio. A principal consequência apontada está relacionada à coação do funcionário assediado para que este abandone o emprego, evitando, assim, os procedimentos de rescisões presentes no contrato de trabalho, conforme relata Leymann (1996), Hirigoyen (2006), Delgado (2018), Guimarães e Rimoli (2006) e Prata (2008). Nesse caso, o objetivo é que a perseguição sistemática embute no trabalhador a ideia de que este não é mais bem-vindo naquele ambiente e que por sua própria iniciativa retire-se daquele local, postulando sua demissão. Essa prática tem a clara intenção de evitar gastos com as verbas rescisórias do trabalhador, conforme constata Nascimento (2009). Além das consequências para o contrato de trabalho, encontram-se nos conceitos os impactos que a violência pode ocasionar na saúde do trabalhador, tanto em sua integridade física como psíquica, conforme Hirigoyen (2006), Guimarães e Rimoli (2006) e Barreto e Heloani (2015).

Ao lado da construção conceitual do fenômeno, autores classificam o assédio moral a partir da origem das condutas perversas. Não é consenso na literatura a classificação das espécies do fenômeno assédio moral. Contudo, embora não seja uma característica fundamental, consideramos ser um aspecto que pode contribuir na compreensão do fenômeno no geral e na análise de casos particulares. Neste sentido, discorreremos sobre as espécies que foram consensualmente adotadas por Leymann (1996) e Oliveira (2013).

Assédio moral descendente trata-se da espécie mais característica do fenômeno e também a mais presente. Apresenta-se pela prática de condutas violentas de um agressor superior hierarquicamente à vítima na organização do trabalho. Outra espécie é o *assédio moral horizontal*, o qual caracteriza-se por condutas agressivas perpetradas por colegas de trabalho do mesmo nível hierárquico da vítima.

O *assédio moral ascendente*, praticado por um ou mais empregados em relação ao superior hierárquico, caracteriza-se em situações em que o superior não é respeitado pela equipe, seja pelo fato dos subordinados entenderem que o mesmo não possui capacidade de liderança, seja porque o consideram

receptor de promoção indevida, ou até mesmo por ter sido recentemente contratado.

Pode ocorrer ainda o *assédio moral misto*, quando a prática de condutas violentas é oriunda do superior hierárquico, bem como de colegas de trabalho em relação à vítima, caracterizando-se como uma dupla perversidade no ambiente de trabalho.

Atualmente merece destaque a classificação intitulada *assédio moral organizacional ou institucional*. Nesta concepção compreende-se que o assédio moral não decorre de uma conduta praticada por um gestor perverso, mas sim de uma política organizacional da instituição; obcecada pelo lucro a qualquer custo, desrespeita qualquer condição de cidadania do trabalhador e ultrapassa preceitos éticos reconhecidos socialmente (CERQUEIRA, 2012, p. 40).

A compreensão de que o assédio moral no trabalho não decorre de relações interpessoais, mas está relacionado à forma de organização produtiva já é um sinal de evolução da temática. Afasta-se a vitimização e supera-se a tese de que o simples afastamento do agressor daquela relação seria suficiente para resolver o conflito. Nesta perspectiva, os atores agressores são instrumentos da organização e podem agir de forma consciente ou não.

Ocorre que o assédio moral tem se intensificado e ocasionado graves impactos na saúde do trabalhador e, em especial, das trabalhadoras. O assédio moral, portanto, deve ser analisado como um problema de saúde pública. A literatura aponta a dupla perversidade desse mal, ou seja, o assédio moral como causa e consequência de adoecimento no trabalho.

Resultados e discussão

Características pessoais do trabalhador podem influenciar na perversidade laboral, a qual utiliza vulnerabilidades da pessoa em foco para enfraquecê-las. Gênero, idade, cor da pele, etnia, opção sexual, características físicas, dentre outras são as mais citadas na literatura como sendo utilizadas para os processos humilhantes e vexatórios, podendo ser cumulativas. Assim, ser mulher junta-se a outras características na efetivação do assédio.

Para uma melhor compreensão dos resultados, apresenta-se um quadro síntese das características gerais dos casos analisados (Quadro 1).

Quadro 1 – Características gerais dos casos analisados

CASO	RECLAMANTE	FUNÇÃO	ALEGAÇÃO PRINCIPAL	AGRAVO MENCIONADO
1	Mulher	Coordenador	Ofensas Verbais	Acidente Típico
2	Mulher	Bancária	Cobrança de produtividade	Depressão e Síndrome do Pânico
3	Mulher	Bancária	Ofensas Verbais e Mudança de Função	Síndrome do Manguito Rotador
4	Mulher	Costureira	Ofensas Verbais e Mudança de Função	LER/DORT
5	Mulher	Bancária	Cobrança de produtividade	Síndrome de Burnout
6	Mulher	Ajudante de Produção	Perseguições após adoecimento	Depressão
7	Mulher	Auxiliar de Lavanderia	Perseguições após adoecimento	Lombalgia
8	Mulher	Operadora de Tele atendimento (terceirizada)	Limitação do uso do banheiro	LER/DORT e Depressão
9	Mulher	Auxiliar de Produção	Assédio Sexual	Depressão
10	Mulher	Gerente	Assédio Sexual	Depressão
11	Mulher	Bancária	Cobrança de produtividade	Depressão
12	Mulher	Operadora de Tele atendimento	Perseguições após adoecimento	LER/DORT
13	Mulher	Bancária	Cobrança de produtividade	Síndrome do Manguito Rotador
14	Mulher	Vendedora	Ofensas e Perseguições	Depressão
15	Mulher	Auxiliar de Atendimento	Ofensas e Perseguições	Não adoecida

Neste estudo os casos de mulheres correspondem a 53,6% do total de casos com reconhecimento de assédio moral pelo julgador, entretanto a literatura mostra que há preponderância de violência laboral com relação às mulheres. Estudos apontam que, em média, 70% dos casos de assédio se dirigem a mulheres, contra 30% aos homens. “As mulheres não somente são mais frequentemente vítimas, como também são assediadas de forma diferente dos homens: as conotações machistas ou sexistas estão muitas vezes presentes” (HIRIGOYEN, 2006, p. 99).

Como se caracteriza o assédio moral no trabalho?

Inúmeras condutas, reiteradas e abusivas, praticadas no trabalho foram extraídas da análise dos casos. Quatro situações destacaram-se e merecem

uma apresentação sistematizada. São elas as práticas humilhantes e vexatórias, a cobrança por metas e resultados, a limitação ao uso do banheiro e o assédio sexual.

a) Condutas ofensivas, humilhantes e vexatórias

As condutas ofensivas, humilhantes e vexatórias estão presentes nos processos analisados como as formas mais frequentes de assediar. Através de variadas formas, abusa-se do poder de comando, extrapolam-se os limites da subordinação e atinge-se a dignidade da trabalhadora. Expressões grosseiras, intimidadoras e humilhantes, estigmatizadas na sociedade de forma negativa, são vivenciadas por trabalhadoras no local de trabalho.

“(...) que era ofendida verbalmente, com ameaça de demissão caso as metas não fossem cumpridas, sendo desferidas palavras como "incompetente" e "imprestável" na presença de outros funcionários” (trabalhadora³, Caso 2).

“(...) que os senhores [...] e [...] faziam as cobranças de forma agressiva, na frente dos outros funcionários, chegando a jogar caixas no chão e o funcionário não ia deixar as caixas no local e, portanto, apanhava; que, em meio aos outros funcionários, [...] e [...] diziam que a depoente era incompetente, não sabia fazer o serviço e que não sabia coordenar as pessoas” (trabalhadora, Caso 1).

“Incompetente” é adjetivo e qualifica aquele que não é competente, inábil, sem idoneidade (FERREIRA, 1995). A palavra “incompetente” é adotada pelo agressor e percebida pela trabalhadora como uma tentativa de menosprezá-la, deixando claro sua inaptidão para o trabalho proposto e que isso significa que está em vias de ser demitida.

Os discursos das trabalhadoras confirmam a vivência de sofrimento. Agressões verbais como “burra” e “asno” são ofensas graves à personalidade do indivíduo. Referem-se à pessoa “curta de inteligência, estúpida, imbecil” (FERREIRA, 1995).

“(...) que a vida funcional da depoente era boa, até o período final do contrato; que o último ano foi insuportável, quando passou a ser perseguida pelo gerente da agência, sr. [...]; que o gerente tratava a depoente de maneira deseducada, diferentemente do que fazia com os outros membros da equipe; que o gerente gritava com a depoente, chamava sua atenção em voz alta e inclusive utilizando-se de termos chulos; que uma das expressões que mais magoava a depoente era mandá-la “tirar a bunda da cadeira”; que o gerente perseguia a depoente, impedindo-a até mesmo de tomar um café, como faziam os demais integrantes da equipe e chegava a mandar chamá-la até mesmo quando estava utilizando o sanitário” (trabalhadora, Caso 3).

³ São consideradas como “falas” das trabalhadoras os argumentos desta parte constantes nos processos, por depoimento próprio ou alegações escritas por seus advogados.

“(...) que a reclamante foi alvo de perseguição por parte da gerente [...] e das vendedoras [...],[...] e [...]; que acredita que isso decorria do destaque da reclamante nas vendas; que a depoente presenciou algumas vendedoras, inclusive com pessoas de outro setor, para prejudicar a reclamante; que se recorda dos seguintes atos concretos de perseguição: que a [...] do estoque passou a geladeira que estava reservada para uma venda da reclamante para uma outra vendedora, [...]; que o carimbo da reclamante era utilizado indevidamente para o cancelamento de carnês, tanto pela gerente, quanto pelas outras vendedoras, o que trazia ponto negativo para as comissões da reclamante; que a gerente colocava o carimbo da reclamante à disposição das outras vendedoras; que o [...], instrutor de vendas, vindo de São Paulo, em reunião ofendeu a reclamante chamando-a de burra, inútil e questionando o porquê dela ser líder; que em determinada reunião para estímulo de vendas, a vendedora [...] quase chegou a vias de fato com a reclamante; que referida pessoa falou que ia ‘dar na cara’ da reclamante; que o ambiente era de fortes pressões em busca do atingimento das metas; que acredita que a Sra. [...] apenas praticou esses atos em virtude da ‘guerra’ pelo atingimento das metas, mas não levou para o pessoal tornando-se inimiga da reclamante; que estava presente na loja no dia em que a Reclamante ‘surtou’; que antes disso nunca tinha percebido qualquer alteração na saúde da reclamante; que a colega [...], presenciando o fato, também ‘surtou’; que o irmão da reclamante foi à loja para auxiliá-la e a gerente [...] o expulsou” (testemunhas, Caso 14).

“(...) ouviu por uma vez o tenente [...] se referir ao setor de atendimento no qual trabalhavam mais mulheres como ‘galinheiro’, presenciou, por uma vez um incidente entre a reclamante e o sargento [...], ouvindo o sargento [...] dizer à reclamante para calar a boca e ordenar que ela se sentasse; havia muita pressão por parte dos militares quanto às instruções e registros das ocorrências e muitas cobranças; era frequente as cadeiras do local de trabalho estarem quebradas; houve comentários no setor de trabalho, no sentido de que um militar chamou a reclamante por telefone, de ‘desgraça’” (testemunhas, Caso 15).

Observa-se que as ofensas vexatórias e humilhantes normalmente são realizadas de forma aberta, pública, na presença de outros funcionários. As ofensas diretas, por si só, causam impacto negativo à trabalhadora. Inferiorizada e humilhada, sente-se impotente, despreparada.

“(...) que quando a depoente chegava para o trabalho, o gerente, de cuja mesa era possível ver a porta giratória de ingresso na agência, de lá mesmo já gritava com ela, utilizando-se de modos grosseiros e expondo-a perante os demais a pretexto de qualquer coisa; que às vezes a depoente reagia ao tratamento dado pelo gerente, em outras se calava e aceitava (trabalhadora, Caso 3).

Além das práticas notórias e escancaradas de abuso e ofensas vexatórias, também se observam ofensas veladas, através de intimidações diretas, não percebidas por outros trabalhadores.

“(...) a depoente afirma que se sentia assediada moralmente pelo gerente da agência esclarecendo que ele não lhe dirigia a palavra, que não ouvia as sugestões ou ponderações da depoente, não convidava a depoente para eventos com os colegas de trabalho, era ríspido com a depoente muito embora ‘disfarçasse quando havia outras pessoas’” (trabalhadora, Caso 11).

Denota-se a exclusão da trabalhadora no ambiente de trabalho. Ao invés de práticas comissivas, utiliza-se da omissão, do desprezo, do isolamento, disfarçando para que terceiros não percebam a agressão. As conversas são realizadas sem testemunhas presentes, para evitar a comprovação das ofensas.

Na perspectiva das trabalhadoras, portanto, atitudes ofensivas, humilhantes e vexatórias, que a exponham ao constrangimento perante os colegas de trabalho, são compreendidas como assédio moral. Cobranças injustas, veladas, e tratamentos intimidatórios também estão presentes nos discursos das trabalhadoras assediadas.

As formas de controle vexatórias e humilhantes constatadas nos discursos, como intimidar, amedrontar, ignorar, sugerir que peçam demissão, discriminar com palavras que rebaixam, entre outras, também estão presentes em outros estudos sobre o tema (BARRETO, 2013). Os elementos para caracterização do assédio moral extraídos nos discursos dos trabalhadores, bem como na percepção dos julgadores, também encontram respaldo na literatura. As constantes agressões verbais demonstram a reiteração de condutas perversas praticadas pelos superiores do trabalhador. Segundo Hirigoyen (2006), estas condutas estão elencadas como formas de atentado contra a dignidade, pois visam a desacreditar a vítima diante dos colegas, superiores e subordinados, injuriando-a com termos obscenos ou degradantes.

b) Cobrança excessiva por metas e resultados

O sofrimento vivenciado pelo trabalhador, através de cobrança excessiva por metas e resultados, infelizmente, constatou-se ser uma prática comum no atual modelo de organização produtiva. Inúmeros relatos de instauração de ambiente laboral nocivo em decorrência das cobranças de produtividade foram constatados.

“(...) que os senhores [...] e [...] faziam as cobranças de forma agressiva, na frente dos outros funcionários [...] ; que, em meio aos outros funcionários, [...] e

[...] diziam que a depoente era incompetente, não sabia fazer o serviço e que não sabia coordenar as pessoas” (trabalhadora, Caso 1).

(...) quando exercia a função de Gerente Administrativo, em cujo exercício passou a sofrer forte pressão psicológica por parte de seus superiores hierárquicos, deixando de lado sua família para cumprir as metas determinadas pelos prepostos do banco demandado, realizando jornada excessiva, o que perdurou por um longo período, culminando com seu afastamento por abalo psicológico, mais precisamente por assédio moral. Que era ofendida verbalmente, com ameaça de demissão caso as metas não fossem cumpridas, sendo desferidas palavras como ‘incompetente’ e ‘imprestável’ na presença de outros funcionários” (trabalhadora, Caso 2).

Alcançar a meta torna-se um objetivo de vida. A subjetividade da trabalhadora é expropriada. Não há sentido no trabalho, à medida em que a busca do resultado é a busca da manutenção do próprio emprego.

Desse modo, o trabalho é realizado com o peso da produtividade e à sombra do desemprego. Transfere-se à trabalhadora os riscos econômicos da atividade. Esta transferência é imputada à sua subjetividade.

“(...) que desde a contratação, suporta pressão do reclamado no sentido de busca incessante de venda de produto, portanto, de lucro, sendo a pressão aumentada na proporção em que galgava funções maiores junto à reclamada, chegando inclusive a padecer de depressão, sendo encaminhada ao INSS, onde ficou afastada mediante a percepção do auxílio-doença acidentário; que, após a alta médica, passou a ser transferida reiteradamente já no município de Manaus, sendo taxada de ‘descontrolada, louca, maluca, depressiva, chorona’, pela chefia, o que chegou ao conhecimento da interroganda por colegas; que, como dito anteriormente, a interroganda sofria pressão para a venda de consórcio, cartão de crédito, capitalização, previdência privada, todas com metas estabelecidas de forma alta; que, no caso de não atingimento das metas, sofria a interroganda ridicularização perante a reclamada” (trabalhadora, Caso 2).

O medo do fracasso extrapola os limites do ambiente de trabalho. Há impacto direto nas relações sociais da trabalhadora, em especial no aspecto familiar, que é o primeiro a ser comprometido. Momentos de lazer e convívio social são atingidos pela pressão psicológica da produção.

“(...) quando exercia a função de Gerente Administrativo, em cujo exercício passou a sofrer forte pressão psicológica por parte de seus superiores hierárquicos, deixando de lado sua família para cumprir as metas determinadas pelos prepostos do banco demandado, realizando jornada excessiva, o que perdurou por um longo período, culminando com seu afastamento por abalo psicológico, mais precisamente por assédio moral.” (trabalhadora, Caso 2).

Na pressão para resultados também aparecem tratamento diferenciado e práticas de isolamento no ambiente de trabalho, impedindo a comunicação com os demais colegas, e a sonegação de informações pelo superior

hierárquico.

“As metas eram abusivas, as cobranças exageradas, a ameaça comum e o estresse tomavam conta do ambiente de trabalho. Aliás, a autora foi vítima de assédio moral. A partir de janeiro de 2006, aproximadamente, a autora passou a ser perseguida pelo superior hierárquico, senhor [...]. O gerente geral da agência expunha publicamente a autora, a ameaçava em reuniões de demissão, e, alguns meses antes de sua primeira demissão - frustrada, repita-se - a segregou por completo, não lhe dirigindo a palavra, sequer para dizer bom dia. Nas reuniões não se dirigia à autora, a isolava dos demais e sonegava informações de trabalho necessárias ao bom desempenho da função. Após a demissão frustrada, a suspensão do contrato do emprego e ao longo do período de estabilidade, o processo se agravou e a autora passou a ser constantemente transferida de unidade para unidade, uma distante da outra, nas diversas regiões de Curitiba. A autora passou por oito agências diferentes no espaço de 2 anos (...)” (trabalhadora, Caso 13).

Extraí-se dos fatos analisados que as cobranças excessivas pelas metas, o isolamento proposital e as informações sonegadas, como exclusão de reuniões agendadas, claramente caracterizam condutas descritas na literatura como deterioração proposital das condições de trabalho, isolamento e recusa de comunicação. Hirigoyen (2006) cita como exemplos o fato de superiores hierárquicos ou colegas não dialogarem com a vítima, ignorar a presença de vítima ou colocá-la em local separada dos demais colegas.

Na concepção do trabalhador, portanto, cobranças excessivas e reiteradas por metas e resultados de forma agressiva, com ofensas, xingamentos e humilhações, configuram uma jornada de adoecimento e sofrimento pela prática de assédio moral.

As novas formas de organização do trabalho, conforme já relatado, estão direcionadas para a máxima eficiência com o mínimo de custos de produção. Assim, para alcançar esta finalidade, busca-se extrair do trabalhador o máximo possível de sua capacidade laborativa. Para estimular que o trabalhador produza, tornou-se costumeiro atrelar a remuneração do trabalhador ao resultado de seu trabalho. Quanto maior a produção, maior a remuneração.

Não satisfeitos com essa forma de gestão, novas alternativas para fomentar a produção foram realizadas. Para minimizar as cobranças da produção pela gerência, transferiu-se esta atividade aos próprios trabalhadores, através da atribuição de remuneração por produção vinculada a grupos ou células de trabalho. Nesse contexto, cada trabalhador passa a

fiscalizar e cobrar seu colega, uma vez que a produção daquele repercute na remuneração deste. Instalado está, nesse cenário, um ambiente hostil de constante competitividade, em que a busca frenética pela remuneração retira dos trabalhadores conceitos de solidariedade e companheirismo.

Atreloados à remuneração, o ambiente de competição se intensifica à medida em que, os piores resultados não apenas influenciam na renda, mas podem significar a perda do próprio emprego.

A extração máxima da capacidade laborativa da trabalhadora, visando a alcançar os resultados mais elevados implica, em alguns ambientes laborais, restrições a liberdades e necessidades básicas como as relacionadas a condições de higiene do trabalhador, no caso de limitação ao uso do banheiro.

Considerando a relevância dessas ocorrências, passamos a analisar esta peculiar violência laboral.

c) A limitação ao uso do banheiro

A força coercitiva para o cumprimento de metas e resultados atingiu níveis irracionais. Tamanha é a pressão para alcançar os objetivos patronais que a trabalhadora precisa de autorização para deixar seu posto até mesmo para realizar suas necessidades fisiológicas. Sob a alegação de que a linha produtiva não pode ser interrompida, as funcionárias não têm liberdade nem mesmo para ir ao banheiro.

“(...) trabalhou nas reclamadas de 01/02/2006 até 13/04/2007, exercendo a função de agente de atendimento junior; antes de ser registrada passou por treinamento de cerca de 01 mês, ministrado no auditório da empresa tomadora [...]; no período de treinamento não fez nenhum atendimento, mas apenas a observação de 01 agente de atendimento, sendo o treinamento basicamente teórico; no mural não havia nome de empregados, mas apenas as orientações para o atendimento; possuíam 15 minutos para ginástica laboral, 15 minutos de intervalo para alimentação e 05 minutos para ir ao banheiro, sendo que se no atendimento houvesse fila e já tivessem usado os 05 minutos do banheiro, precisavam fazer todos os atendimentos para poder ir ao banheiro novamente” (trabalhadora, Caso 5).

Práticas assediante como a limitação do uso do banheiro são costumeiras, em especial no setor de teleatendimento. Os treinamentos são realizados pela tomadora do serviço, inclusive quanto às regras internas de atendimentos e pausas. Cumpre ressaltar que a atividade de operador de teleatendimento possui regulamentação própria no tocante à segurança e

saúde do ambiente laboral. Trata-se da NR nº 17 que, em seu Anexo II, item 5.7, expressamente disciplina a questão do uso do sanitário, como a seguir:

5.7. Com o fim de permitir a satisfação das necessidades fisiológicas, as empresas devem permitir que os operadores saiam de seus postos de trabalho a qualquer momento da jornada, sem repercussões sobre suas avaliações e remunerações.

Observa-se, portanto, que as queixas da trabalhadora possuíam respaldo específico na legislação, considerando a peculiaridade de sua atividade profissional.

É notório o constrangimento da trabalhadora que está inserida em um ambiente de trabalho em que há limitação ao uso do sanitário. Visto como uma forma de defesa, como uma estratégia para burlar a produção e descansar, a prática de limitar o acesso ao banheiro claramente viola comezinhos direitos fundamentais da trabalhadora. Sua condição de cidadã é expropriada, pois condições básicas de higiene e saúde lhe são retiradas.

A caracterização do assédio moral, portanto, na perspectiva do trabalhador e do poder Judiciário Trabalhista, restou demonstrada através da prática de condutas ofensivas, humilhantes e vexatórias de forma sistemática, através de cobranças excessivas por metas e resultados, bem como em decorrência de afronta a direitos básicos do trabalhador, atrelados a sua higiene e saúde, como a limitação ao uso do banheiro.

Ocorre que a caracterização do assédio moral traz à baila outra indagação, de fundamental importância: por que assediar? Quais os motivos que levam à prática do assédio moral no trabalho? Procuraremos responder a essas questões na seção seguinte.

d) Assédio sexual

O assédio sexual quando ocorre no trabalho caracteriza-se também como uma forma de violência moral, sendo comum a sua ocorrência com trabalhadoras, acompanhado ou não de outras condutas abusivas.

O assédio sexual é notoriamente uma prática repugnante, inclusive enquadrada como ilícito penal com pena de detenção de um a dois anos⁴ (BRASIL, 1940).

A busca por auxílio nesses casos é extremamente complexa. O trabalhador ou trabalhadora assediada muitas vezes sente-se amedrontado, com vergonha de expor os fatos a terceiros. O sindicato profissional é considerado um local de abrigo para as denúncias e relatos, muito embora, em algumas situações, sua intervenção não apresente resultados satisfatórios.

“(...) teve problemas com o líder [...] após cinco meses que passou a trabalhar no segundo turno, até sair ; mesmo na frente de outras pessoas o líder [...] convidava a depoente para sair, insistia em ter seu número de telefone, o que a depoente negava; o Sr. [...] até teria convidado outra colega, Sr. [...], para dividir com a depoente e o Sr. [...] o motel; informa que na frente de outros colegas perguntava quanto a depoente pesava, já que ela tinha ‘uns pernões’, sendo que também dizia que a depoente estava ‘gostosa’ e uma ‘potranca’; informa que percebia que a intenção do Sr. [...] era realmente sair com a depoente, sendo que referida pessoa fazia o mesmo tipo de insinuação com outras colegas; informa que o Sr. [...] seguia a depoente quando ia ao banheiro, bem como pedia foto da depoente” (trabalhadora, Caso 9).

“(...) em uma ocasião em que o pessoal do sindicato estava na empresa a depoente procurou o “Sr. [...]” e disse que precisava conversar com o pessoal do sindicato, tendo este dito que a depoente que ligasse no sindicato e marcasse um horário, o que foi feito pela depoente que conversou com o primeiro secretário, [...], tendo informado a este o assédio que sofria por parte do Sr. [...]; o Sr. [...] entrou em contato com a Sr.^a [...], gerente de RH da empresa e esta informou que estava em viagem, mas que a autora deveria procura-la assim que voltasse ;o Sr. [...] disse a depoente que não era a primeira a reclamar das atitudes do Sr. [...] ;no mês de jan/2009 a depoente conseguiu falar com a Sr.^a [...], informando que outras colegas também iriam confirmar o assédio por parte do Sr. [...], entretanto referida gerente disse que nada poderia fazer” (trabalhadora, Caso 9).

O assédio sexual vivenciado apresenta clara repercussão danosa à saúde, gerando quadros depressivos, incapacidades e afastamento do local de trabalho.

“(...) a depoente ficou afastada por cerca de seis meses e, quando retornou, em razão de não conseguir trabalhar no mesmo turno do Sr. [...], foi alterada para o primeiro turno; depois de ter passado a trabalhar no primeiro turno, o Sr. [...] não assediava mais sexualmente a depoente, entretanto passava nas bancadas fazendo brincadeiras, dando risada, dizendo que os documentos que

⁴ Assédio sexual (Incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001): Art. 216-A. Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função.” (Incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001); Pena – detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos. (Incluído pela Lei nº 10.224, de 15 de 2001); § 2º A pena é aumentada em até um terço se a vítima é menor de 18 (dezoito) anos.

a depoente havia levado na Delegacia não eram provas; (...) em razão do assédio a depoente entrou em depressão, tendo se submetido a tratamento psiquiátrico, entretanto, atualmente não tem condições de manter o tratamento, mas toma remédios controlados; desde que se desligou da empresa a depoente está desempregada; a empresa estava dispensando empregados, sendo que em razão de todo o assédio, o médico psiquiatra e o clínico geral que acompanhavam a depoente sugeriram que esta se desligasse da empresa, sob pena de permanecendo trabalhando, piorar seu problema de saúde, tendo então a depoente comunicado à empresa sua intenção de se desligar, e feito a carta a pedido da empresa; os comentários de 'gostosa e potranca' foram presenciados pelas colegas [...], [...], [...] e [...] ;tais comentários se davam dentro do setor [...]" (trabalhadora, Caso 9).

As consequências da violência vivenciada no ambiente de trabalho não repercutem apenas na saúde mental da trabalhadora. Em verdade, ultrapassam o ambiente laboral e influenciam em seu convívio familiar, afetando até mesmo a relação conjugal.

"(...) a depoente esclarece que era casada, entretanto, em razão do assédio, acabou perdendo seu marido; em um sábado o Sr. [...] pediu para a depoente fazer hora extra, tendo esta dito que precisava ligar para seu esposo, quando então o Sr., [...]a levou até uma salinha, fez a ligação, entretanto fez questão de esperar o marido da depoente atender o telefone, tendo este indagado quem era a pessoa que havia ligado, tendo a depoente dito que era seu chefe, quando o esposo desligou o telefone; por volta das 20h00 o esposo da depoente ligou na empresa para verificar se a depoente estava trabalhando, tendo o Sr. [...] dito, na frente de todos, que se o marido havia ligado era porque a depoente havia dado motivos, com o que todos riram ; depois deste dia o marido da depoente começou a desconfiar desta, bem como a fazer insinuações e acusações de coisas que a depoente não havia feito, tendo, em razão disto, acabado o casamento; faz um ano que a depoente e seu marido se separaram, embora continuem residindo na mesma casa" (trabalhadora, Caso 9).

Observa-se, portanto, que a questão do gênero se fez presente no caso em análise. A prática do assédio sexual com as mulheres, conforme demonstrado no caso em particular, repercute nas suas relações profissionais e pessoais, sem mencionar os graves danos causados à saúde.

"Verberou que desde sua admissão sofreu assédio sexual do diretor de marketing da Demandada, Sr. [...], ouvindo expressões obscenas e passando por situações constrangedoras, narrando que o referido funcionário chegou a jogar bola de papel dentro de sua blusa e dar um tapa em suas nádegas e, por não mais resistir à situação, e em face das perturbações psíquicas e emocionais, recorreu ao Comitê de Ética da Reclamada em 01/08/2006, formalizando denúncia contra o referido diretor" (trabalhadora, Caso 10).

Os casos analisados encontram respaldo na literatura, que reconhece as condutas praticadas pelos agressores como hostis, aptas à caracterização como violência moral no trabalho (HIRIGOYEN, 2006).

Direitos convertidos em tormentos.

A prática de violência moral no trabalho apresenta diversas motivações relacionadas à saúde da produção, do processo de trabalho, através da máxima expropriação da força de trabalho, obtendo-se a maior lucratividade com o menor custo. Para obter essa assimétrica equação, adota-se uma política de gestão baseada no medo. A sombra do desemprego, de inclusão na fila dos desamparados e excluídos do mercado de trabalho, é adotada como estratégia motivacional para assediar.

Nesse contexto, o adoecimento, seja ocupacional ou não, e as licenças de saúde ou maternidade, aparecem como motivadores de atitudes de violência nas organizações.

A apresentação de atestado médico é evitada pelas trabalhadoras. Trata-se de momento de constrangimento e insegurança, pois há reação negativa de superiores em situações de adoecimento, visto que para os empregadores significa cumprir o dever de pagamento do salário sem a contraprestação laborativa.

“(...) que era humilhada pela Sra. [...], que dizia que a depoente estava com “manha, frescura, fazendo corpo mole e que estava induzindo as pessoas na empresa com o seu procedimento”, o que ocorria em razão do problema de saúde que a depoente apresentava; que recebia esses comentários diariamente e principalmente quando a líder [...] comunicava que a depoente estava passando mal; que sentia muitas dores em razão de problema de hérnia de disco; que comunicou a reclamada do problema de saúde” (trabalhadora, Caso 7).

A apresentação do atestado é questionada e recusada pelo empregador, que duvida da veracidade do adoecimento.

“(...) que [...] tinha conhecimento do problema de saúde da depoente, mesmo assim continuava com as ofensas, o que ocorria na presença de outras colegas e da líder; que em razão dos problemas precisou faltar muitas vezes, apresentando atestados; que chegou apresentar atestados para [...], que não os recebeu” (trabalhadora, Caso 7).

“(...) que os atestados da reclamante eram entregues à depoente, que os passava para a supervisora [...], que dizia ‘de novo, mais um atestado’; que em alguns períodos a reclamada exigia que o atestado fosse entregue direto na enfermaria, mas esse procedimento mudava muito” (testemunha, Caso 7).

A recusa no recebimento de atestados e a divulgação da política patronal de não os admitir torna-se pública no ambiente de trabalho, para que todos os trabalhadores da organização tenham ciência de que a ausência ao trabalho, ainda que justificada por motivo de doença, não é tolerada.

“(...) que trabalhou com a reclamante por cerca de dois anos, no mesmo turno; que a supervisora [...] dizia à depoente que a reclamante tinha muita manha, que não tinha problema nenhum de saúde e assim agia para sair da empresa” (testemunha da trabalhadora, Caso 7).

A negativa em reconhecer o atestado cria sensação de inferioridade, sofrimento e tristeza ao trabalhador. Expõe seu adoecimento aos demais colegas, que também passam a julgar sua incapacidade.

“(...) que sempre que a reclamante reclamava de dores a supervisora [...] fazia esse tipo de comentário, mesmo sabendo que a reclamante tinha problema de saúde; que mesmo assim a reclamante continuava trabalhando, mas percebeu que a reclamante ficava triste com os comentários; que a reclamante desabafava com a depoente, se queixando dos comentários; que certa vez a reclamante teve uma crise de dores, que a depoente ajudou a socorrer a reclamante; que os atestados da reclamante eram entregues à depoente, que os passava para a supervisora [...], que dizia ‘de novo, mais um atestado’; que em alguns períodos a reclamada exigia que o atestado fosse entregue direto na enfermaria, mas esse procedimento mudava muito” (testemunha da trabalhadora, Caso 7).

Extraí-se dos discursos o sofrimento da trabalhadora em apresentar atestado médico ao empregador. Na tentativa de comprovar sua incapacidade, era hostilizada, fato que lhe causava sofrimento. Observa-se também a questão do presenteísmo. Mesmo incapacitada, continuava trabalhando, pois a apresentação de atestados agravavam sua situação perante os superiores. Denota-se, assim, o receio de demonstrar incapacidade e perder o emprego.

Outro momento de sofrimento acontece após o afastamento por incapacidade e a necessidade de solicitação de benefício previdenciário. A alta previdenciária muitas vezes ocorre de maneira precoce, sem a devida reabilitação profissional. O retorno ao trabalho assim, é vivenciado com dificuldades, incertezas e questionamentos quanto à real situação de sua capacidade laborativa.

“(...) que acontece de quando a pessoa retorna de um benefício ser chamada por um supervisor, em uma sala, para pedir demissão; que ficou uma semana sem fazer nada, depois mandaram trabalhar na manutenção, contra as ordens do INSS, até que o braço dela inchasse; que geralmente quem retorna do INSS não consegue fazer a mesma função anterior” (testemunha da trabalhadora, Caso 2).

Tamanho é o constrangimento que há relatos de empregadores que orientam as trabalhadoras a se “programarem” para adoecer. Tal qual existe a “programação” para ir ao banheiro, é preciso antever o adoecimento para não prejudicar a produção.

“(...) houve várias oportunidades que a diretora disse para a autora que deveria se programar para ficar doente; houve uma oportunidade em que a reclamante faltou um dia e a diretora disse que não era pra ela ficar inventando doença” (Trabalhadora, Caso 2).

O retorno da trabalhadora ao ambiente laboral após afastamento por incapacidade ou por gestação tem se tornado, infelizmente, motivo para o assédio moral. Estando os empregadores impedidos de dispensá-las, atrelado ao fato da produção não ser plena devido às condições físicas pessoais de trabalhadora em recuperação, abre-se um cenário para as condutas perversas.

“Em outubro de 2005, se afastou do trabalho para usufruir licença maternidade, e, no retorno, foi impedida pelo seu supervisor de retomar suas atividades em referido setor ao argumento de que já havia outra pessoa mais competente em seu lugar. Ato contínuo, passou a sofrer humilhações por parte do mesmo supervisor, que determinou sua volta à atividade na linha de produção (pesagem de 00bandejas), onde, em decorrência das crises de choro, foi novamente rebaixada para o setor de organização (faxina). Por tais circunstâncias, teve agravado seu quadro depressivo, sendo afastada do trabalho em julho de 2007 para gozo de benefício previdenciário (auxílio doença). Aduziu que se submeteu a tratamento com as psicólogas da empresa, no mesmo período que foi para o setor de faxina, e, após forte crise, foi encaminhada para tratamento psiquiátrico não sendo internada à época por ser lactante. Diagnosticada, vem se submetendo a tratamento psiquiátrico desde então” (trabalhadora, Caso 6).

Ocorre que as alterações injustificadas de função causaram imensurável humilhação à trabalhadora. De supervisora foi rebaixada para funções de limpeza, tornando-se subalterna daqueles que antes comandava. Não demorou para surgirem comentários maldosos de seus próprios colegas, tais quais “a trabalhadora trocou o computador por um rodo”.

Segundo Hirigoyen (2006), atribuir proposital e sistematicamente tarefas inferiores às de sua competência, bem como atribuir-lhe tarefas humilhantes, são claras características de condutas assediadoras que atentam contra a dignidade e deterioram o ambiente de trabalho.

A readaptação após adoecimento tem se tornado motivo para o início de práticas assediadoras. Se o assédio moral é capaz de gerar incapacidade, ou

seja, desencadear doenças do trabalho e até acidentes típicos, conforme já demonstrado, o retorno, independentemente da natureza do adoecimento, é vivenciado como adoecedor. Baixa produtividade e garantias provisórias de emprego são fatores desencadeadores de práticas de violência moral.

“(...) que o acidente ocorreu às seis e pouco da manhã; que a reclamante ficou afastada por um bom tempo do trabalho; que a reclamante quando retornou ao serviço, ficou uma semana sem que a empresa disponibilizasse trabalho, somente depois deste período é que voltou as atividade normais de coordenadora, inclusive, no primeiro dia de retorno, chorou o dia inteiro; que não sabe informar se a reclamante se apresentou ao RH ou à gerência da empresa; que ao que sabe a reclamante entrou na fábrica, deu uma volta, chorou, ficou na entrada chorando; que os colegas conversaram com ela, mas que o gerente não conversou com a mesma” (testemunha da trabalhadora, Caso 1).

Descontrole, depressão, tristeza e choro são demonstrações de sentimentos que carregam forte carga de decepção. O ambiente de trabalho, que antes era visto como um segundo lar, por ser agradável, enriquecedor, tornar-se cenário para dor e constrangimento.

“(...) que a vida funcional da depoente era boa, até o período final do contrato; que o último ano foi insuportável, quando passou a ser perseguida pelo gerente da agência” (trabalhadora, caso 3).

“(...) que a autora, após regressar da licença maternidade, trabalhou alguns dias na referida função, sendo que depois foi retirada da mesma; que a autora passou a trabalhar na bandeja (pesagem de produtos); que depois de um tempo a autora apareceu com o uniforme azul, sendo que desde então passou a trabalhar na higienização dos ambientes ou organização de ambientes; que a autora passou a limpar o chão com o rodo; que o pessoal da produção usa uniforme branco; que ouviu comentários (não sabe quantas vezes) na fábrica no sentido de que supervisor [...] teria destratado a autora quando lhe retirou das funções anteriormente citadas (balança e faxina), inclusive chamando-a de fofoqueira; que o cargo de controle de produção é considerado de maior status que o de auxiliar de produção; que alguns funcionários faziam comentários maldosos (não sabe quantas vezes), como por exemplo ‘a [...] trocou o computador pelo rodo’, na presença da autora, não sabendo declinar o nome dos autores de tais comentários; que a autora não tinha problemas de relacionamento com outros funcionários; que não viu qualquer chefia encaminhado a autora ao Serviço médico por ter se tornado chorosa e deprimida em razão da situação que estava vivendo; que o supervisor [...] foi demitido, sendo que a autora permaneceu na faxina; que antes de trabalhar no controle de qualidade a autora trabalhava na produção” (testemunha da trabalhadora, Caso 6).

“(...) que afastou-se por cerca de 2 anos e meio para tratamento de doença ocupacional e quando retornou a empregadora estava prestando serviços para a tomadora [...]; que quando conheceu a reclamante em 2008, ela já estava sofrendo da síndrome do túnel do carpo e de tendinite; que a reclamante estava na empresa desde 2006; que a depoente também sofrendo de doença ocupacional, retornou para a empresa com a determinação do INSS para ser recolocada na função; que o mesmo ocorreu com a reclamante; que havia

outras funções na empresa na qual a reclamante e depoente poderiam trabalhar; que elas poderiam trabalhar no RH, na instrutoria, no ambulatório, na infraestrutura, mas contudo não foram recolocadas em outras funções conforme determinado pelo INSS, mas ficaram 'jogadas' sem trabalho específico; que chegaram a ficar no chamado 'preguiçodromo' durante meses; que muitas vezes não tinham nem onde sentar e tinham que ficar nas escadas e pela copa; que falavam com a chefe do RH mas de nada adiantava;[...]" (testemunha da trabalhadora, caso 12).

Estar incapacitado, inapto para o trabalho, é uma situação fática cujo efeito não se limita à relação de emprego. O sofrimento vivenciado pela trabalhadora transcende o ambiente de trabalho, pois repercute em seu âmbito familiar e social. A trabalhadora com incapacidade se insere em um contexto social geral com impactos em várias searas, seja em relação ao empregador, seja em relação ao sistema de seguridade social ou às relações pessoais e sociais.

Em relação ao retorno ao trabalho após licença-médica, a literatura aponta inúmeras barreiras pessoais e organizacionais, bem como facilitadores que demonstram os reflexos do assédio moral na saúde do trabalhador. Saldanha e colaboradores (2013) destacam como barreiras a litígio-judicial, a dor, maior percepção de gravidade da lesão, maior percepção da incapacidade, sofrimento psíquico, menor tempo de empresa, tentativa de retorno interrompida por dor, representação dos trabalhadores favoráveis ao retorno, desemprego/não remuneração, baixa escolaridade e piores condições socioeconômicas.

Experiência relatada no Programa de Reabilitação Profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT no Cerest/Piracicaba/SP aponta as dificuldades de retorno do trabalhador ao seu posto na empresa de vínculo. Alguns casos relatados demonstram a necessidade de intervenção da entidade sindical e de compromisso firmado em mesa-redonda no Ministério do Trabalho com protocolo de retorno ao trabalho para os funcionários reabilitados (TAKAHASHI, 2010).

Ser acometido por doença ocupacional, apresentar incapacidade laborativa, sendo necessário, inclusive, reabilitação profissional, com reconhecimento pelo órgão previdenciário que lhe concede benefício auxílio-doença acidentário, inicialmente é uma grande conquista, haja vista a grande dificuldade de comprovação do nexo do adoecimento com o trabalho. Porém,

após o retorno ao trabalho, a conquista do direito à estabilidade pode tornar-se motivo para vivenciar violência psicológica. Trata-se de um direito do trabalhador que se reverte em seu desfavor, pois se torna fator condutor para a ocorrência de assédio moral.

As situações apresentadas pelas trabalhadoras dos casos analisados encontram respaldo na literatura como prática caracterizadora de assédio moral. Retirar o trabalho que normalmente lhe compete, não lhe transmitir mais as informações úteis para a realização de tarefas, colocar a trabalhadora separada dos demais, ignorar sua presença, entre outras condutas, são descritas como formas perversas de humilhação laboral, assim como descrito por Hirigoyen (2006), Barreto (2013), Saldanha (2013).

Os trabalhadores adoecidos, notoriamente quando retornam ao trabalho sem plena recuperação da capacidade laborativa, passam a sofrer cobranças excessivas. O fato de possuírem alguma estabilidade é visto pelo patronato como prejuízo, como custo desnecessário da produção. A simples impossibilidade de descartar esse trabalhador-objeto indesejável é razão para a prática de assédio moral.

Aqueles que retornam após afastamento por doença ou acidente, portanto, são alvos de ironias, piadas, desprezo, indiferença, perseguição e “conselhos” para desistirem do emprego. São colocados em funções inferiores às que realizavam anteriormente ou superiores ao seu conhecimento. Ameaçados constantemente, o retorno é transformado em terror psicológico (BARRETO, 2013)

Ao lado das perseguições motivadas por estabilidades, o fato de a trabalhadora buscar judicialmente o reconhecimento de seus direitos violados acrescenta motivo para agressões morais.

“(...) que houve uma ocasião que ela e a depoente estavam no ambulatório, trabalhando com alguns documentos, quando esta Fabiana chegou dizendo que elas iriam ficar sem trabalhar e foram encaminhadas para o preguiçódromo porque a depoente tinha colocado a empresa na Justiça e a reclamante tinha colocado a [...]; que a determinação da [...] foi uma retaliação em relação a elas” (testemunha, Caso 12).

Conclui-se, portanto, que a conquista ou busca de direitos são fatores geradores de condutas vexatórias reconhecidas como assédio moral, com o

provável intuito de que o trabalhador se demita, já que a empresa não o pode fazer.

Considerações finais

Este estudo objetivou analisar as características do assédio moral praticado contra trabalhadoras.

As práticas humilhantes e vexatórias, a cobrança por metas e resultados, a limitação ao uso do banheiro e o assédio sexual foram os principais relatos de condutas compreendidas como formas de assédio moral.

Os achados estão em consonância com a literatura no tocante às práticas de assédio vivenciadas por mulheres, destacando-se o acréscimo de fatores motivadores como aquisição de estabilidade por licença maternidade ou adoecimento ocupacional.

A conquista de direitos se apresenta como um tormento, pois se reverte em desfavor da trabalhadora, se tornando fator condutor para a ocorrência de assédio moral.

O assédio moral praticado contra trabalhadoras adoecidas manifestou-se ao apresentar atestado médico, ao receber alta precoce da Previdência Social e na ocasião do retorno ao trabalho. Dessa forma, uma situação difícil é transformada em pesadelo, para muitas trabalhadoras.

O assédio moral, portanto, deve ser compreendido como um problema de saúde pública e a sociedade paga um alto custo pela violência no trabalho.

Assim, esperamos que as considerações aqui presentes possam contribuir com o conhecimento e, assim, participar da construção de uma sociedade em que a garantia, manutenção e melhoria dos direitos das trabalhadoras sejam sempre prioridades.

Referências

ANDRADE, Cristiane Batista; ASSIS, Simone Gonçalves. Assédio moral no trabalho, gênero, raça e poder: revisão de literatura. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 43, e11, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018000100402&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Mar. 2019. Epub July 23, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000012917>.

ANTUNES, Ricardo. As Novas Formas de Acumulação de Capital e as Formas Contemporâneas do Estranhamento (Alienação). **Caderno CRH**, Salvador, p. 23-45, jul/dez. 2002.

BARRETO, Margarida Maria Silveira. **Violência, Saúde e Trabalho (Uma Jornada de Humilhações)**. 3. Reimpr. - São Paulo: EDUC, 2013.

BARRETO, Margarida Maria Silveira; Heloani, Roberto. **Violência, Saúde e Trabalho. A Intolerância e o Assédio Moral nas Relações Laborais**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 544-561, jul./set. 2015

BARROS JUNIOR, José Otávio de Almeida. **Assédio moral acidentário: a violência no ambiente de trabalho e os reflexos na saúde do trabalhador**. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina. Botucatu (SP), 2016.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. (Trad: Plínio Dentzler). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BRASIL. Decreto-lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dez. 1940.

BOBROFF MCC, MARTINS JT. **Assédio moral, ética e sofrimento no trabalho**. Rev Bioét. 2013;21(2):251-8.

BRUSCHINI C, LOMBARDI MR. **Mulheres e homens no mercado de trabalho brasileiro: um retrato dos anos 1990**. In: Maruani M, Hirata H, editors. As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: Senac; 2003. p. 323-56.

CAHÚ, Graziela Ribeiro Pontes; LEITE, Alice Iana Tavares; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; FERNANDES, Maria das Graças Melo; COSTA, Kátia Nêyla de Freitas Macedo; COSTA, Solange Fátima Geraldo da. Assédio moral: análise de conceito na perspectiva evolucionista de Rodgers. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 25; n. 4, p. 555-559, 2012.

CERQUEIRA, Vinicius da Silva. **Assédio moral organizacional nos bancos**. Dissertação de mestrado. Faculdade de direito da USP. Orientador: Paulo Eduardo Vieira de Oliveira, 2012.

CORRÊA, Alessandra Morgado Horta; CARRIERI, Alexandre de Pádua. Percurso semântico do assédio moral na trajetória profissional de mulheres gerentes. **Revista de Administração de Empresas**. 47(1), 22-32. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-75902007000100003>, 2007.

DELGADO, Maurício Godinho. **Curso de Direito do Trabalho**, 17 ed. São Paulo: LTr, 2018.

EMERICK, Paula Cristina Hott. **Metas – estratégia empresarial de busca agressiva por resultados: incentivo ou constrangimento?** São Paulo: Ltr, 2009.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Editora Nova Fronteira e Folha de São Paulo, São Paulo, 1995.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SILVA, Edith Seligmann. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

GUIMARÃES, Liliana Andolpho; RIMOLI, Adriana Odalia. "Mobbing" (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 183-192, mai./ago. 2006.

HIRIGOYEN, Marie-France. **Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. 3 ed. (Trad: Rejane Janowitz). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

LEYMANN, Heinz. The Content and Development of mobbing at work. **European Journal Of Work And Organization Psychology**, v. 5, n. 2, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, Sônia Mascaró. **Assédio Moral**. São Paulo: Saraiva, 2009.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **A prevenção das doenças profissionais**, abr. 2013. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/safeday2013_relatorio.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Acabar com a violência e o assédio contra mulheres e homens no mundo do trabalho**. Relatório V, Genebra, 2018.

OLIVEIRA, Paulo Eduardo Vieira de. **Assédio Moral no trabalho: caracterização e consequências**. São Paulo: LTr, 2013.

PRATA, Marcelo Rodrigues. **Anatomia do assédio moral no trabalho: uma abordagem transdisciplinar**. São Paulo: LTr, 2008.

SALDANHA, Jorge Henrique Santos; PEREIRA, Ana Paula Medeiros; NEVES, Robson da Fonseca e LIMA, Mônica Angelim Gomes de. Facilitadores e barreiras de retorno ao trabalho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 122-138, 2013.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **O assédio moral no trabalho**. In LIMA, Cristiane Queiroz Barbeiro; Oliveira, Juliana Andrade; Maeno, Maria. Seminário Compreendendo o Assédio Moral no Ambiente de Trabalho: Fundacentro, 2013.

SILVA, Homero Batista Mateus da. **Comentários à reforma trabalhista**. Editora RT, 2017.

SOARES, Lena Rodrigues; VILLELA, Wilza Vieira. O assédio moral na perspectiva de bancários. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, jul./dez. 2012.

SOBOLL, Lis Andréa Pereira; GLINA, Débora Miriam Raab;. Intervenções em assédio moral no trabalho: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 27, n.126, jul./dez. 2012.

SOBOLL, Lis Andréa Pereira; MIARA, Thais; MOSCALEWSKY, Juliana. A Questão da Intencionalidade no Assédio Moral. **Revista Trabalho (En) Cena**, 2017, 2 (2) pp, 3-17.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti. Programa de Reabilitação Profissional para Trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: Relato de Experiência do Cerest – Piracicaba/SP”. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 100-111, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. (document WHO/EHA/ SPI.POA.2). Geneva: WHO; 1996.

Mulheres transexuais e trabalho: vivências de discriminações e resistências

Transgender woman and work: experiences of discrimination and resistances

Heloisa Aparecida de Souza
Carlos Henrique Ferreira da Silva
Rômulo Lopes da Silva

Abstract

The present report discusses the discrimination and resistance experienced by transsexual women in their insertion in the world of work. The text is free of reflexes on gender, sexuality and work in the present and its determinants in the constitution of the identity of the subject. In a society built historically under hegemony of the heterosexual norm, as transsexual women deal with the challenge of social insertion and dealing with social dramas. This paper discusses the experiences of transsexual women in the world of work and provides some reflections on the participation of different social actors in the social and social life. In short, it is essential to know the experiences of transsexual women so that the questions provide us with a contribution to coping with and overcoming the results they encounter in our society

Introdução

Se historicamente a inserção das mulheres no mercado de trabalho é marcada por desigualdades, sofrimentos e lutas que persistem até a atualidade, pesquisas demonstram que as dificuldades vivenciadas pelas pessoas transexuais são ainda maiores (SOUZA, 2012; RONDAS; MACHADO, 2015).

Considerando que o trabalho é um elemento central para a constituição da subjetividade, da identidade e do posicionamento social do ser humano o presente capítulo possui o objetivo de discutir as vivências das mulheres transexuais no mundo do trabalho e proporcionar algumas reflexões sobre a participação de diferentes atores sociais no combate da discriminação social e no favorecimento da inserção profissional desse grupo.

Primeiramente, realizaremos uma breve discussão sobre as questões de gênero, conceituando a transexualidade, debatendo a heteronormatividade e refletindo sobre as características do trabalho na atualidade. Em seguida, abordaremos a importância dos diferentes atores sociais conhecerem e estarem engajados na proteção dos direitos das soas transexuais e finalizaremos apresentando parte de uma pesquisa que teve o objetivo de

compreender os desafios de mulheres transexuais para se inserirem profissionalmente. Em síntese, defendemos que é necessário conhecer as vivências das mulheres transexuais para que possamos nos posicionar de forma a contribuir para o enfrentamento e superação dos desafios encontrados por elas em nossa sociedade.

Algumas reflexões sobre gênero e transexualidade

Levantamentos revelam que no Brasil, a cada 19 horas uma pessoa lésbica, gay, bissexual, travesti ou transexual (LGBT) é assassinada ou efetiva suicídio motivada pela LGBTfobia, ou seja, morrem por causa da rejeição social ou ódio por sua orientação sexual ou identidade de gênero⁵. Em 2017, foram registrados 445 casos no país, dos quais 387 pessoas foram assassinadas e 58 cometeram suicídios. Transexuais e travestis negras foram as mais atingidas, representando 38% das vítimas de LGBTfobia. No ano de 2018, até outubro, foram documentadas 347 mortes violentas de pessoas LGBT no Brasil (MOTT, MICHELS, PAULINHO, 2018; HOMOFÓBIAMATA, 2018).

De acordo com Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2017), há um expressivo aumento de denúncias de violação dos direitos da população LGBT. Contudo, apesar dos dados registrados serem alarmantes, é sabido que há subnotificação da violência, visto que nem todos os casos são denunciados e que muitos homicídios motivados por ódio à comunidade LGBT são registrados como crimes comuns. No entanto, os dados estatísticos são suficientes para fazerem do Brasil o país do mundo no qual mais ocorre violência contra essa população, revelando que, na sociedade contemporânea, a orientação sexual e as expressões de gênero que foge aos padrões estabelecidos são alvos de discriminação e marginalização social.

É importante esclarecer que as vivências e demandas da comunidade LGBT são variadas, mesmo entre as transexualidades há significativas

5 A orientação sexual se refere ao direcionamento do desejo sexual, ou seja, a atração por um determinado gênero. Suas expressões são, por exemplo, a heterossexualidade, a homossexualidade e a bissexualidade (SILVA; MELLO, 2017). Já a identidade de gênero se refere a experiência e percepção pessoal diante das expressões de gênero, por exemplo, se a pessoa se percebe pertencente ao gênero masculino, ao gênero feminino ou a outras expressões de gênero (YOGYAGARTA, 2007).

diferenças entre a masculina e feminina⁶, tanto no que diz respeito ao processo de transformação dos corpos, quanto à colocação e aceitação social e profissional, perpassando ainda por questões racial e de classe social. Assim, neste texto, optamos em nos determos somente à discussão da inserção profissional das transexuais femininas, usando como base uma pesquisa que analisou as vivências cotidianas relacionadas ao trabalho de mulheres transexuais, a maioria em situações econômicas e sociais de vulnerabilidade (SOUZA, 2012).

Para compreender a discriminação das mulheres transexuais nos diversos contextos sociais é importante pensar que, conforme defendido por Michel Foucault (1976/2003), entre as diversas normas de condutas que servem para regular e disciplinar o comportamento dos seres humanos, há aquelas relacionadas ao gênero e à sexualidade. Essas são conhecidas como heteronormatividade e se caracterizam por possuírem regimentos ancorados em padrões heterossexuais que são apresentados como naturais, ideais e obrigatórios a todos. Desse modo, o acolhimento das expressões de gênero que não derivam diretamente do que é esperado para um determinado sexo anatômico é dificultado, sendo considerado como desvio de conduta qualquer tipo de manifestação da sexualidade que fuja dessa norma (BERLANT; WARNER, 2002.).

A heteronormatividade, conforme defendido por Judith Butler (2003), estabelece a linearidade entre corpo, gênero e desejo, ou seja, de acordo com a constituição da anatomia genital, se espera que o indivíduo assuma o seu lugar no gênero feminino ou masculino e tenha o seu desejo sexual voltado para o gênero oposto. Assim, constrói-se um ideal normativo que estabelece uma relação obrigatória entre sexo, gênero e desejo. Isto é, um indivíduo que nasceu com um pênis deve assumir seu lugar no gênero masculino, desempenhando papéis sociais atribuídos aos homens e tendo o feminino como objeto de desejo.

Com base nessa compreensão, podemos considerar que as mulheres transexuais rompem com a linearidade entre sexo biológico e gênero, apesar

6 Transexualidade masculina se dá quando alguém é designado como do sexo feminino ao nascer, mas se identifica como homem. Na transexualidade feminina, ao contrário, a pessoa é designada como do sexo masculino, mas se identifica como alguém do gênero feminino.

de terem nascido com a constituição física considerada masculina, se identificam, em geral, desde a infância, com o gênero feminino, adotando a aparência e o comportamento considerados socialmente como característicos de mulheres.

Foucault (1976/2003) ao refletir sobre a sexualidade humana e as práticas normativas, sugere que as manifestações de diferentes modos de viver a sexualidade e as expressões de gênero são excluídas, com o auxílio dos saberes médicos e jurídicos, que, historicamente, consideram a relação mulher-homem como natural e perfeita, e exige uma identidade de gênero que decorra do ideal do sexo anatômico. Vale lembrar que esse mesmo autor argumenta que as concepções de sexo e gênero foram “arquitetadas” socialmente com o objetivo de estipular uma hierarquia e, conseqüentemente, a detenção do poder de um grupo social sobre outro.

A heteronormatividade pode, dessa forma, ser considerada uma construção discursiva e regulatória, que nega o “diferente” ao mesmo tempo em que depende dele para constituir a normatização (LOURO, 2001). Assim, a linearidade entre sexo biológico, gênero e desejo é responsável pela criação de corpos que são considerados aceitáveis e ideais, exatamente por estarem inscritos na matriz que é predominante em nossa sociedade. Ao mesmo tempo em que, o rompimento dessa linearidade, produz os corpos não desejáveis e excluídos, os quais Butler (2003) denomina de corpos abjetos.

As identidades trans, ao desafiar o que é considerado natural são, constantemente, estigmatizadas, rotuladas e violentamente excluídas. Por isso, em geral, desde crianças, as pessoas trans são pressionadas e punidas pelas diversas instituições sociais por não corresponderem às expectativas de gênero. Sentem-se discriminadas e excluídas do contexto familiar e escolar. Posteriormente, na vida adulta, encontram grandes dificuldades para acessar o mercado de trabalho o que pode lançá-las às margens da sociedade e aumentar a sua vulnerabilidade e exposição à violência.

Diante disso, é fundamental compreender que os desafios vivenciados pelas mulheres transexuais possuem sua raiz nas práticas institucionais e nos discursos socialmente legitimados, que as obrigam a assumir uma constante postura de resistência e negociação com as normas sociais. Portanto, defendemos que os distintos atores sociais, após conhecer e refletir sobre os

desafios enfrentados pelas mulheres trans possam, mesmo que minimamente, colaborar para facilitar a sua inserção social. Nesse sentido, discutiremos a seguir, o trabalho como um elemento central e repleto de contradições. Tais contradições, somadas à heterossexualidade compulsória, tornam a inserção da mulher transexual no mercado de trabalho um grande desafio.

Algumas reflexões sobre o mundo do trabalho

O trabalho interfere diretamente na constituição da identidade e na forma como a pessoa será reconhecida e se posicionará perante a sociedade (COUTINHO; KRAWULSKI; SOARES, 2007). Frequentemente, logo após se perguntar o nome de uma pessoa, pergunta-se a sua atividade profissional e, por meio da resposta, costuma-se deduzir a qual classe social o indivíduo pertence, o seu nível de cultura e seu poder aquisitivo. Desta forma, não se trata apenas da atividade responsável pela subsistência, compreendemos o trabalho, com suas diversas possibilidades de inserção, incluindo o não-trabalho, como um meio disciplinador, um elemento central na vida do ser humano, capaz de produzir saúde e desenvolvimento, bem como provocar sofrimento, adoecimento e até a morte.

Para Foucault (1983) o trabalho segue a mesma lógica normativa do gênero, no clássico “Vigiar e Punir”, ele discorre acerca do investimento político do corpo, que está ligado especialmente à sua utilização econômica, afirmando que o corpo útil é o corpo produtivo e submisso. Para tal, estabelecem-se padrões físicos e comportamentais que são considerados ideais para o ingresso e manutenção do indivíduo no mercado de trabalho, buscando o aprimoramento e adestramento dos corpos, selecionando as pessoas que conseguem se adaptar aos padrões e excluindo as que não se enquadram.

De acordo com Seligmann-Silva (2011) o desemprego pode ser devastador para o indivíduo. As pessoas que não conseguem se inserir profissionalmente, com frequência, são alvo de preconceitos e de exclusão social. Aqueles que permanecem fora do mercado de trabalho por algum tempo, independente dos motivos, costumam ser negligenciados e rotulados como incompetentes, desinteressados e/ou preguiçosos.

Não podemos esquecer também da divisão sexual do trabalho, que permanece muito desigual em nossa sociedade. Apesar das conquistas das mulheres no último século, o trabalho feminino é ainda desvalorizado socialmente, estando frequentemente relacionado com a docilidade, a habilidade e as destrezas manuais. Em geral, as atividades tidas como femininas são consideradas inferiores às desempenhadas prioritariamente por homens (HIRATA, 1986).

Seligmann-Silva (2011) aponta também para a precarização social e o trabalho dominado, afirmando que essas situações de trabalho podem provocar ou agravar desgastes da saúde mental do trabalhador. Para a autora as experiências de sofrimento social – que são aqueles sofrimentos provocados pelas injustiças, exclusões, conflitos, preconceitos, desigualdades sociais e desrespeito aos direitos humanos e à cidadania – afetam diretamente a identidade e as perspectivas de vida do indivíduo, consumindo a autoimagem e favorecendo o adoecimento.

A realidade encontrada no meio laboral como fragmentação do trabalho, controle excessivo, precarização, grandes exigências, alta competitividade, entre outras, frequentemente, provoca no indivíduo profundas mudanças em toda a sua vida e na percepção de si mesmo, permitindo afirmar que há uma relação muito íntima entre as condições e os desafios do trabalho na modernidade e a formação da identidade e subjetividade do sujeito (COUTINHO; KRAWULSKI; SOARES, 2007).

É a partir da compreensão dessas complexas condições de trabalho predominantes na contemporaneidade que partirá nossa análise sobre a inserção das mulheres transexuais no universo profissional. Tomamos como ponto inicial o entendimento de que tanto o gênero como o trabalho são dispositivos históricos de poder que procuram ordenar e adestrar os corpos e exigem constantes adaptações, subversões e negociações das mulheres transexuais.

Por esse motivo, entendemos que o cotidiano profissional das mulheres transexuais merece ser estudado, possibilitando um maior entendimento da realidade vivenciada por elas e denunciando as exclusões e os desrespeitos cometidos contra esse grupo.

Considerações sobre o papel dos diferentes atores sociais

Após essa breve reflexão sobre o papel do gênero e do trabalho na vida do indivíduo, faz-se necessário refletir sobre o compromisso que todos nós precisamos assumir para questionar as discriminações e facilitar a inclusão das pessoas que fogem às normas pré estabelecidas.

Diversas áreas da ciência, como a Saúde e o Direito, historicamente, tiveram importantes influências sobre as questões de gênero e sexualidade (FOUCAULT, 1979/1997). Essas áreas estiveram intensamente ligadas a criação, propagação e manutenção de normas sociais, desenvolvendo e legitimando padrões, os quais foram utilizados para segregar e oprimir diversos grupos sociais que não se adequaram às normas sociais de gênero e sexualidade.

O autor aprofunda o estudo sobre o saber e o poder criando os conceitos de “discurso científico legitimado”, ou simplesmente, “normas sociais” e de “Biopoder”. Tais conceitos nos ajudam a compreender como os processos políticos e regulatórios presentes nos contextos histórico, cultural e social utilizam, entre outros elementos, os conceitos de gênero e trabalho para estabelecer a conduta desejável para todos os indivíduos. Esse processo, na visão do autor, tem o objetivo de estabelecer disciplina, adestramento e, conseqüentemente, manutenção do poder (FOUCAULT, 1979/1997).

Em outras palavras, o discurso científico contribui para a criação de normas sociais que marcam e nomeiam as características de quem pode ser considerado ‘normal’, definindo quais condutas sociais e sexuais são adequadas. O discurso abre caminho para a manipulação da população com base no Biopoder, isto é, no controle dos corpos dos indivíduos. Assim, podemos pensar, que o discurso de diferentes áreas do saber contribuiu com a construção de um lugar social diferenciado para as pessoas transexuais, bem como para legitimar que tais pessoas não podem ser consideradas ‘normais’ e que seus corpos e condutas não são adequados, colaborando para que as relações de desigualdade, discriminação e sofrimento sejam mantidas.

Ora, destacamos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) retirou a transexualidade da lista de doenças mentais somente no ano de 2018. A 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID), possui uma nova

categoria, denominada "saúde sexual" que inclui a transexualidade. Portanto, o "transexualismo" deixou de configurar na categoria de "distúrbios mentais", o que, em certa medida, contribuiu com a deslegitimação dos discursos que propõe rotular ou a 'tratar' as identidades trans. Consideramos, que a retirada da lista de transtorno mentais pela OMS é um importante passo para a humanização do atendimento das demandas das pessoas trans, podendo contribuir com o respeito e diminuição da violência à essa população. Entretanto, conforme discutido por Prado (2018), despatologizar não significa desassistir, sendo necessário olhar para as necessidades das pessoas trans, sem estigmatizá-las.

Consideramos, dessa forma, que é necessário lançar um olhar crítico sobre as rígidas normas sociais que geram inúmeras discriminações e sofrimento às pessoas que fogem aos padrões. Conhecer a vivência subjetiva das mulheres transexuais e dos demais grupos que sofrem exclusão social é fundamental passo para realizar uma análise contextualizada das práticas e dos discursos difundidos por nossas profissões. Para que, desse modo, possamos pensar se tais práticas e discursos estão em harmonia com os princípios éticos que norteiam nossas profissões e nossa inserção social como cidadãos. Assim, após as considerações sobre o percurso metodológico, apresentaremos algumas vivências de mulheres transexuais relacionada com a inserção profissional, com o objetivo de favorecer a compreensão da realidade social desse grupo e proporcionar uma reflexão sobre posicionamento que possam diminuir sua exclusão.

Considerações sobre o percurso da pesquisa

A pesquisa que originou este capítulo fez uso de entrevistas reflexivas (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2001) com dez mulheres transexuais, solicitando que falassem livremente sobre suas vivências no mundo do trabalho. Com base na concepção de 'campo-tema' (SPINK, 2003), buscou-se as participantes nas redes de relacionamentos pessoais dos responsáveis pela pesquisa, em grupos de pessoas LGBT e em fóruns de discussões pela internet. O 'campo-tema', na Psicologia Social, se caracteriza, principalmente, por não eleger um único e predeterminado espaço físico como foco de estudo, procurando acessar o tema nos mais variados contextos nos quais ele possa

se manifestar, observando e analisando a sua presença no cotidiano e estabelecendo um diálogo contínuo com o assunto.

Foram realizados mais de um encontro com cada participante, as conversas foram gravadas e transcritas e as percepções dos pesquisadores registradas em diário de campo. As entrevistas foram realizadas após aprovação da pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos, sendo entrevistadas somente mulheres que demonstraram interesse pelo estudo e aceitaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os nomes utilizados são fictícios de modo a preservar as identidades e o quadro a seguir apresenta uma breve caracterização das participantes:

Quadro 1. Caracterização das participantes.

Nome	Idade	Residente	Escolaridade	Ocupação
1. Angélica	28	Ribeirão Preto -SP	Médio completo	Supervisora comercial
2. Begônia	45	Porto Alegre - RS	Médio incompleto	Cabeleireira
3. Gardênia	31	Niterói - RJ	Médio completo	Teleatendente
4. Gérbera	21	Hortolândia - SP	Médio incompleto	Teleatendente
5. Hortência	35	Campinas - SP	Médio completo	Cabeleireira
6. Iris	24	Campinas - SP	Médio incompleto	Teleatendente
7. Jasmim	22	Pouso Alegre - MG	Fundamental incompleto	Cuidadora de crianças
8. Margarida	27	São Paulo - SP	Fundamental completo	Cabeleireira
9. Orquídea	31	Campinas - SP	Fundamental completo	Maquiadora
10. Violeta	24	Brasília - DF	Fundamental Incompleto	Profissional do sexo

A idade das participantes variou de 21 a 45 anos, sendo que a média era 28,9 anos. Com exceção de Begônia e Violeta que moravam, respectivamente, na região Sul e Centro Oeste, todas viviam no Sudeste. Em relação à escolaridade, nenhuma participante cursou o ensino superior e a maioria chegou ao ensino médio. Sendo que três participantes o concluíram e três não; duas concluíram o ensino fundamental; duas evadiram ainda nos primeiros anos da educação formal. Na ocasião das entrevistas, quatro das participantes atuavam no setor de teleatendimento, três como atendente e uma como supervisora; no setor de beleza, três trabalhavam como cabeleireira e uma

maquiadora; uma cuidava dos sobrinhos pequenos em troca de casa, comida e itens básicos para viver; e uma atuava como profissional do sexo.

Na análise qualitativa das entrevistas procurou-se valorizar a subjetividade e outros aspectos não mensuráveis, flexíveis e dinâmicos, conforme indicado por Minayo (1994). Com base nessa proposta metodológica, procuraremos, a seguir, refletir sobre os sentidos atribuídos ao trabalho pelas entrevistadas, seus sofrimentos, suas aspirações, valores, atitudes e outros aspectos subjetivos presentes em suas vidas cotidianas.

A mulher transexual no mercado de trabalho

No decorrer da pesquisa, observou-se que, apesar das dificuldades que aqui serão apresentadas, a inserção profissional das transexuais na atualidade ocorre em diversas áreas. No entanto, a maior parte das mulheres que tivemos contato exercia atividades que exigiam pouca qualificação e proporcionam baixa remuneração.

Para Souza e Bernardo (2014), a baixa escolaridade é um dos principais entraves para a inserção profissional das mulheres transexuais. As participantes afirmaram que, na escola, além de serem vítimas de constantes brincadeiras maldosas, não se sentiam à vontade com as atividades propostas para o seu gênero e nem mesmo para frequentar o banheiro destinado ao seu sexo biológico. Algumas relataram ainda que não encontraram o apoio dos familiares e profissionais envolvidos com a educação e para se defender dos constrangimentos, assim que possível, abandonaram os estudos:

Fiz o ensino médio por supletivo, terminei no ano passado, quando tinha uns 13 anos e estava na sexta série, não suportava mais ir para a escola, me sentia uma ET, era muito “zoada” e não tinha ninguém para me defender. Nessa idade achei que dava para me virar sozinha, deixei a escola e sai de casa (Gardênia).

Os preconceitos vivenciados na escola, além de excluir Gardênia da educação formal, contribuíram para o afastamento do convívio e do abrigo familiar, fazendo com que, precocemente, ela precisasse buscar seu sustento e experimentasse inúmeros sofrimentos. Esse relato corrobora os estudos de Berenice Bento (2011) que afirma que o ambiente escolar costuma ser um lugar de verdadeiro horror para crianças e adolescentes que não se identificam

com o seu sexo anatômico, impondo inúmeras violências para que reproduzam o papel de gênero esperado.

Violeta, que estudou até a sétima série do ensino fundamental em uma escola pública, narrou sua história de vida em um tom alegre e delicado, porém não conseguiu ocultar a tristeza ao relatar as dificuldades enfrentadas desde os primeiros dias de aula:

Para mim foi difícil desde o prézinho. A professora pedia para fazer a fila das meninas e dos meninos. Como eu só queria ficar na das meninas, ela falou para a minha mãe que eu não era normal e que ela devia me levar no médico de louco. Lembro que minha mãe chorou por isso. Fala para mim: que mãe quer ter filho problemático? Eu sentia que eu não podia ser eu não escola... (Violeta).

Com baixa escolaridade e, muitas vezes, sem suporte social, diversas participantes relataram que a dificuldade para conseguir uma vaga no mercado de trabalho formal se iniciou no momento em que tomaram a decisão de buscar um emprego. Elas relataram que, nesse momento, ainda não possuíam documentos pessoais condizentes com sua identidade de gênero e os direitos à troca de nome e de gênero nos documentos oficiais exigiam verdadeiras batalhas médicas e judiciais para a obtenção de laudos e autorizações para essas alterações⁷.

Jasmim, que também não completou o ensino fundamental e na ocasião da entrevista vivia na casa da irmã em troca de cuidar de seus filhos, narrou sua busca por emprego da seguinte forma:

Saia muito para procurar emprego, praticamente todos os dias passava no xerox, enchia a pasta de currículos e saia entregando em tudo que era lugar, criava até bolhas nos pés. Como não tenho muito estudo, colocava que queria vaga de auxiliar de serviços gerais, parecia que aqueles currículos não eram meus, nem meu nome podia colocar. Teve uma vez que virei as costas e ouvi a menina da agência de empregos falando pra outra: 'é homem vestido de mulher, coitado desses 'veados' (Jasmim).

Jasmim, percebendo que encontraria muitas dificuldades para ser inserida no mercado formal, desistiu de entregar seus currículos, declarou que

7 Somente no ano de 2018 a Corregedoria Nacional de Justiça regulamentou a possibilidade de alteração do nome e gênero em cartório das pessoas transexuais sem a necessidade de apresentação de laudos médicos, desburocratizando o processo.

perdeu a esperança e que não pretendia mais voltar a procurar emprego, pois se sentia humilhada:

....Caiu a ficha que as firmas não contratam a gente e não adiantava ficar me humilhando. Eu teria que me virar para arrumar grana, cuidar das crianças é uma alternativa para sobreviver, sem contar que eu as adoro (Jasmim).

Angélica, Begônia, Gardênia e Íris são as participantes que estavam inseridas no mercado formal de trabalho, coincidente todas no setor de teleatendimento. De acordo com Venco (2006), com frequência, a função de operadora de telemarketing oferece condições de trabalho precárias, com baixos salários, poucos benefícios trabalhistas, rotinas e controles excessivos, isolamento e praticamente nenhuma possibilidade de criatividade ao trabalhador que deve seguir um script e tem suas atividades monitoradas e cronometradas. Tal área, tradicionalmente, é conhecida por admitir as pessoas que não se enquadram no padrão de beleza física valorizado socialmente. Assim, negros, obesos, transexuais, entre outros que são considerados “fora de perfil” pelos empregadores para as vagas em comércios, bancos e outras áreas são contratados para o teleatendimento.

Diante dessas características, os funcionários do setor costumam encarar esse emprego apenas como porta de entrada no mercado de trabalho ou como uma forma provisória de obter renda, sendo uma das áreas com maior rotatividade. No caso das mulheres transexuais, entretanto, os relatos coletados nesta pesquisa indicam que, devido às dificuldades para se buscar um emprego, elas tendem a permanecer por mais tempo na função e a se submeterem mais passivamente às exigências da empresa.

É um trabalho chato, a gente leva muito xingo dos clientes, não tem tempo nem para ir ao banheiro e a supervisora está sempre nos ouvindo e controlando.. Dão advertência por tudo. Mas é melhor do que estar desempregada, né? Por isso não falto nem com atestado. Não posso perder esse emprego. Acho que com um emprego, mesmo que ganhando pouco, eu posso viver como uma mulher normal (Gérbera).

Gardênia, que trabalha há quatro anos na função, fez a seguinte afirmação: “*to cansada, mas tenho que aguentar, porque não sei se outra empresa vai me dar emprego*”. Diante disso, revelou, claramente, a preocupação em se manter dentro dos padrões sociais que valorizam o trabalho formal.

Sobre as precárias condições de trabalho e a interferência destas na vida pessoal e cotidiana das trabalhadoras, Gardênia e Íris fizeram as seguintes afirmações que demonstram o quanto sua ocupação é impactante sobre todas as demais atividades de sua vida, bem como o papel social do trabalho:

Chego em casa tão cansada que não tenho vontade de fazer nada. Antes, gostava de festas e baladas, agora quero ficar quietinha na minha. Vira e mexe, estou tendo pesadelo com o trabalho. Às vezes, acho que estou ficando louca, pois sinto uma coisa ruim quando toca o telefone de casa e direto atendo o meu celular como se estivesse na empresa. O que me dá forças para continuar é saber que hoje tenho carteira assinada, coisa que eu achei que não ia conseguir nunca, é ver meu dinheiro ajudando nas despesas de casa e saber que não sou uma imprestável (Gardênia).

Já fui vendedora, recepcionista e atendente de lanchonete, mas nada foi tão desgastante como o telemarketing, assim que conseguir outra coisa saio fora, tem menina que enlouquece lá (Íris).

Esses relatos nos remetem para a complexa questão da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho, discutida por Seligmann-Silva (2011). A autora defende, entre outras coisas, que as condições de trabalho devem ser consideradas para compreender o processo de adoecimento psíquico dos trabalhadores.

Em 2014, a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) lançaram em conjunto uma publicação que visa a identificar situações de estigmas e discriminações vivenciadas por pessoas LGBT no ambiente de trabalho. Diante das inúmeras manifestações de preconceito e de exclusão que constataram, reuniram recomendações de procedimentos simples que podem favorecer a entrada e permanência dessa população no mercado de trabalho, as principais medidas passam pela conscientização de empregadores e funcionários (PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DE PESSOAS LGBT NO MUNDO DO TRABALHO, 2015).

Contudo, ainda são poucas as empresas que adotam práticas que incentivam a inclusão da diversidade sexual. Aparentemente Angélica, atua em uma dessas:

Depois de 12 anos atuando como atendente, via pessoas que se dedicavam muito menos do que eu sendo promovidas e eu

continuava na mesma, até que o RH adotou uma política mais inclusiva, passou a contratar mais pessoas LGBTQs e a olhar as competências de quem estava lá dentro. Hoje tenho muito orgulho de ser supervisora. (Angélica)

Angélica foi a única das quatro participantes atuantes no setor de teleatendimento que demonstrou satisfação com a atividade desempenhada. Diferentemente, daquelas que estão inseridas no setor de beleza que demonstraram se identificar mais com o trabalho, entretanto precisam conviver com a instabilidade própria do trabalho informal.

Nosso objetivo não é reforçar a visão estereotipada dos profissionais que lidam com a estética corporal que, já há algum tempo, possui sua imagem associada à feminilidade e à homossexualidade. No entanto, não podemos deixar de mencionar que, atualmente, essa é uma das áreas que possui maior e melhor aceitação da mão de obra das pessoas que fogem à heteronormatividade:

Parece que todo mundo espera que travestis e transexuais seja puta ou cabeleireira e você sabe que é difícil mesmo sair desse lugar comum. Não que seja impossível a gente trabalhar em outros lugares, mas pode ter certeza que vai ser muito mais difícil, mas muito mais difícil mesmo... As empresas estão cheias de preconceitos e as portas delas ainda continuam fechadas. (Begônia).

A colocação das transexuais nesses postos de trabalho pode ocorrer por falta de oportunidade em outras áreas que possuem exigências mais rígidas quanto ao perfil dos trabalhadores, agindo, muitas vezes, de forma discriminatória na seleção ou por sentirem uma maior identificação com o segmento. A identificação e o interesse que a mulher transexual possui pela área podem estar relacionados ao fato de ser um segmento que lida, prioritariamente, com elementos considerados femininos, deixando-a próxima de um ambiente muito valorizado por ela:

Ah, eu adoro o que faço! Até tenho vontade de fazer uma faculdade, mas acho que mesmo formada, vou continuar sendo cabeleireira. Sou boa nisso. É um luxo usar minhas mãos para ver minhas clientes ficarem lindas (Hortência).

Eu comecei fazendo o meu próprio cabelo, era menina ainda, queria estar sempre maravilhosa, sempre fui muito vaidosa. Algumas amigas pediam para fazer os delas. Aí, fui gostando e vi que seria mais fácil ganhar dinheiro com isso do que com

outra coisa, além de poder estar sempre arrasando. Então, fiz um curso e comecei atendendo minhas clientes nas casas delas. Depois de algum tempo, abri meu salão e estou nele até hoje. Graças a Deus nunca precisei pedir emprego pra ninguém (Margarida).

Segundo Telles (2008), até a década de 60 do século XX, a profissão de cabeleireiro era desempenhada quase que exclusivamente por homens heterossexuais e com baixa escolaridade, que eram mais conhecidos como “barbeiros” e tinha como objetivo fundamental a higiene pessoal, através do corte de cabelo, barba e bigode. Porém, após esse período, aconteceram profundas mudanças nos padrões de moda e beleza predominantes em nossa cultura e o exercício da profissão passou a exigir mais habilidade e qualificação técnica dos profissionais. Hortência revela os desafios para aceitação que teve na área:

Antes de ter meu próprio salão, trabalhei como empregada num que fica em um bairro nobre. O dono do salão insistia para eu usar o nome masculino, dizia que eu teria mais clientes. A mulherada chegava pedindo para fazer o cabelo com gays, já perdi clientes por isso. Nessa época, eu sabia que era trans e não homossexual e não aceitava mais usar o nome de registro. Os homens homossexuais são mesmo os preferidos no salão, acho que a TV ajuda muito nisso. Pode reparar, toda celebridade tem uma ‘biba’ cuidando do seu cabelo. Agora, no meu salão, é tranquilo. Sou uma mulher cabeleireira, a maioria das minhas clientes não sabe da minha história e me valoriza como profissional, indiferente de tudo. (Hortência)

Atualmente, segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2018), o setor que mais cresce e gera ocupações na economia brasileira é o de prestação de serviços, com destaque para a área de beleza. No entanto, apesar do próspero cenário a rotina de trabalho nesse ambiente não é simples. O cotidiano nos institutos de beleza apresenta diversos riscos à saúde das trabalhadoras, como o intenso contato com substâncias químicas; a constante exposição a ruídos de secadores de cabelo e outros equipamentos; os intensos e repetitivos movimentos com as mãos e braços; a ausência de ventilação adequada; os longos períodos em pé; a extensa jornada de trabalho, em especial aos finais de semana e a impossibilidade de realizar pausas durante o trabalho (MUSSI, 2005). Os vínculos informais de trabalho são predominantes na área, Begônia, Hortência, Margarida e Orquídea encontravam-se em tal situação, não possuindo nenhum tipo de seguro ou

previdência, totalmente desprotegidas em caso de adoecimento ou acidente que as impeçam de trabalhar:

Sempre fui cabeleireira até que peguei alergia dos produtos, o cheiro da química me inchava todinha, não podia parar, pois precisava da grana, aí pegou os pulmões, quase morri... Tive que parar, foi quando fui para a prostituição, mas aquilo não era para mim... Até que um dia fui chamada para fazer a maquiagem de uma Drag e acabei me encontrando, os produtos de maquiagem são bem mais fracos, mas mesmo assim me atacam (Orquídea).

De acordo com levantamentos do site Homofobiamata (2018), cabeleireiros e profissionais do sexo estão entre as profissões mais vulneráveis à violência sexual e/ou de gênero. O trabalho como prostituta envolve polêmicas questões culturais e morais, possuindo diversos estigmas sociais. Todas as participantes que realizam ou realizaram programas sexuais sustentam o discurso de que deseja viver o estereótipo da mulher comum e narraram suas experiências na prostituição como uma atividade transitória:

É uma fase da minha vida que eu prefiro nem lembrar muito, não que não gostava da rua, mas, hoje, não tem nada a ver com o que eu vivo e desejo para a minha vida (Angélica).

Não é um dinheiro que vem fácil. É um dinheiro que vem rápido, mas é cada coisa que a gente tem que passar, ninguém merece... (Orquídea)

Se não fosse a prostituição, não teria colocado o silicone, nem poderia ter as coisas que tenho hoje. Mas quero juntar o dinheiro da cirurgia e mudar de vida (Violeta).

Angélica e Orquídea afirmam que a atividade não condiz com seus projetos de vida de possuírem família e estabilidade profissional. Da mesma forma, Violeta, que ainda realiza programas, sonha em dar outro rumo a sua vida, mas admite:

É bom ser desejada, perceber os homens me cobiçando, virando o pescoço quando eu passo, mexendo comigo na rua e enlouquecendo na cama. Não posso negar que sinto prazer no que faço, mas ao mesmo tempo sinto que corro riscos, me sinto desprotegida e ameaçada, tem muita gente ruim no mundo. (Violeta).

O Brasil é considerado o país do mundo que mais consome os serviços de travesti ou transexuais, ao mesmo tempo que, como já abordado nesse texto, é o país que mais mata essa população (GERMANO, 2018). Provavelmente, esse seja um dos fatores que fazem com que as mulheres

trans entrevistadas desejam se afastar da prostituição. Contudo, precisamos considerar também que querem se enquadrar às normas sociais, que desvalorizam a prostituição e valoriza o estereótipo da mulher recatada e dedicada à família, podemos deduzir que há uma influência do discurso científico legitimado (FOUCAULT, 1976/2003) sobre a regularização dos corpos e das falas que envolvem as atividades profissionais das transexuais.

Importante destacar também que no Brasil somente no ano de 2002, a prostituição passou a ser considerada uma profissão pelo Ministério do Trabalho, que após muitas reivindicações e um longo debate, a incluiu na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). O próprio Ministério do Trabalho prevê nas condições gerais de exercício que as prostitutas:

Trabalham por conta própria, na rua, em bares, boates, hotéis, porto, rodovias e em garimpos. Atuam em ambientes a céu aberto, fechados e em veículos, em horários irregulares. No exercício de algumas das atividades podem estar expostas à inalação de gases de veículos, a intempéries, a poluição sonora e a discriminação social. Há ainda riscos de contágios de DST, e maus-tratos, violência de rua e morte. (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2008).

No caso das transexuais, além desses riscos estão expostas aos preconceitos por romperem as normas de gênero. Violeta relatou experiência de humilhação verbal e violência física: *“Acho que a vida me ensinou a me proteger, já ouvi muitas barbaridades e já fui agredida na pista.”*. Para Butler (2003) isso acontece como reflexos das sanções sociais que vigiam as ações humanas, permitindo a qualificação, a classificação e punição dos indivíduos.

Trabalho, preconceito e inserção social.

Apesar dos inúmeros desafios, foi possível perceber que a maioria das participantes vive um cotidiano de constantes negociações e tentativas de aproximação com as normas sociais, buscando, assim, amenizar os efeitos dos preconceitos e obter a sensação de maior pertencimento social. Contudo, compreendemos que a inserção social das pessoas transexuais poderia ser favorecida se os diversos atores sociais compreendessem os sofrimentos gerados pela discriminação e não aceitassem a exclusão como algo natural.

Apesar das transexuais romperem a cristalizada linearidade entre sexo e gênero, elas não parecem desejar se afastar das normas sociais existentes, pois, essas normas podem ser consideradas facilitadoras da inserção social.

As normas que nos permitem ser reconhecidos como humanos são articuladas socialmente e com variações. E, em certas ocasiões, as mesmas normas que conferem a qualidade de “humano” a certos indivíduos são aquelas que privam os outros da possibilidade de conseguir o mesmo status, produzindo assim um diferencial entre os “humanos” e “menos humanos”. (BUTLER, 2006, p. 14).

Através da pesquisa foi possível verificar que, para muitas transexuais, mais conveniente do que constantemente questionar as normas sociais é buscar construir uma identidade que seja aceita socialmente e as permita acessar a condição ‘plenamente humana’.

Algumas entrevistadas afirmaram que consideram que essa postura é negativa, pois diminui a visibilidade dos sofrimentos experimentados e reduz a força da militância e das reivindicações das pessoas trans. Exemplo disso é o depoimento de Íris, participante de um grupo de transexuais:

Aqui no grupo tem apenas uma transexual operada e com o nome alterado. As outras que conseguiram deram no pé. Foram viver a vida delas e se esqueceram da gente. Acho que falta união, falta olhar para aquelas que ainda não conseguiram e continuar lutando, ajudando. Vou fazer diferente...(Íris).

Mas, esse não é um posicionamento unânime, Hortência e Gérbera, por exemplo, têm uma visão diferente:

Eu acho que as meninas que operaram e sumiram estão certas. Acho que eu farei o mesmo, quando estiver me sentindo 100% mulher. Quero começar uma vida nova em outro lugar. Pra que ficar falando que não nasceu mulher se você se sente mulher, só para continuar sofrendo preconceitos por aí? (Hortência).

Um dia, tudo o que vou querer é passar despercebida, ter uma vida normal, sem ter que ser olhada como se fosse uma extraterrestre (Gérbera).

A postura de se afastarem dos contextos nos quais as transexuais podem ser reconhecidas, a decisão de adotar o máximo possível de elementos considerados femininos no cotidiano e a vontade de terem uma vida discreta e comum são tentativas de deixarem de ser consideradas ‘diferentes’ e ‘anormais’ e, dessa forma, aproximarem-se das normas sociais buscando

driblar os preconceitos existentes. Essa postura, apesar de poder ser considerada cômoda, pouco política e de não impor resistência aos padrões de gênero, pode ser encarada como uma forma encontrada pelas transexuais para amenizarem os desafios vivenciados em suas vidas cotidianas e isso inclui os aspectos relacionados ao trabalho.

Desta forma, a luta por inclusão social não depende somente delas, precisamos considerar que, muitas vezes, suas energias são canalizadas para garantir sua existência, sendo necessário que toda a sociedade conheça os desafios enfrentados por elas e busque construir contextos mais inclusivos e menos preconceituosos.

Assim, diante da invisibilidade do sofrimento e escassez de trabalhos que abordem a vivência cotidiana das mulheres transexuais e a sua colocação social pretendemos, com este texto, contribuir, mesmo que modestamente, para que a realidade desse grupo, especialmente no que diz respeito à temática do trabalho, seja mais conhecida e respeitada socialmente. É responsabilidade de todos defender os direitos das pessoas transexuais e ter um posicionamento crítico em relação às normas de gênero, que estigmatiza, exclui e gera sofrimento em quem nelas não se enquadra.

Referências

- BENTO, B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. *Rev. Estud. Fem., Florianópolis*, v. 19, n. 2, p. 549-559, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jan. 2019.
- BERLANT, L.; WARNER, M. Sexo em público. In: JIMÉNEZ, R. (Orgs.). *Sexualidades transgressoras*. Barcelona: Icaria, 2002. p. 229-257.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- _____. *Deshacer el Género*. Barcelona: Paidós. 2006. p. 13-34.
- FOUCAULT, M. (1979). *Microfísica do Poder*. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979/1997.
- _____. (1976). *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. 3. ed. Rio de Janeiro: Grall, 2003.
- _____. *Vigiar e punir*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1983.
- GERMANO, F. *Brasil é o país que mais procura por transexuais no RedTube – e o que mais comete crimes transfóbicos nas ruas*. Superinteressante: 8 mai. 2018. Disponível em: <<https://super.abril.com.br/comportamento/brasil-e-o-pais-que-mais-procura-por-transexuais-no-redtube-e-o-que-mais-comete-crimes-transfobicos-nas-ruas/>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. *Etnografía: métodos de investigación*. Barcelona: Paidós, 2001.

HOMOFOBIA MATA. Disponível em:
<<https://homofobiamata.wordpress.com/homicidios-de-lgbt-no-brasil-em-2018/>>.
Acesso em: 28 dez. 2018.

IPEA. *Mercado de trabalho reage em ritmo mais intenso para os maiores de 60 anos*. 25 jun. 2018. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33603>.
Acesso em: 05 jan. 2019.

LOURO, G. L. Teoria queer: uma política pós-identitária para a educação. *Revista Estudos Feministas*. v. 9, n. 2. p. 541-553, 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2001000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 dez. 2018.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3.ed. São Paulo, SP: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (2008). CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) - Profissionais do sexo. Disponível em:
<<http://www.mtecbo.gov.br/busca/descricao.asp?codigo=5198>>. Acesso em 30 ago. 2012.

MOTT, L.; MICHELS, E.; PAULINHO. *Relatório 2017*. Mortes Violentas de LGBT no Brasil. Bahia: Grupo Gay da Bahia, 2018. Disponível em
<<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2017/12/relatorio-2081.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2018.

MUSSI, G. *Prevalência de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) em Profissionais Cabeleireiras de Institutos de Beleza de dois Distritos da cidade de São Paulo*. 2005. 147f. Tese (Doutorado em Ciências) – Departamento de Ciências da Faculdade de Medicina: Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

RONDAS, L. O.; MACHADO, L. R. S. Inserção profissional de travestis no mundo do trabalho: das estratégias pessoais às políticas de inclusão. *Pesqui. prá. psicossociais*, São João del-Rei, v. 10, n. 1, p. 192-205, 2015. Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082015000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 dez. 2018.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501509&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 dez. 2018.

PRADO, M. A. M. *Ambulare*. Belo Horizonte: PPGCOM UFMG, 2018. Disponível em:
<<http://seloppgcom.fafich.ufmg.br/index.php/seloppgcom/catalog/view/22/21/47-1>>.
Acesso em: 28 dez. 2018.

PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DE PESSOAS LGBT NO MUNDO DO TRABALHO. 2.ed. Brasília, OIT/UNAIDS/PNUD, Projeto “Construindo a igualdade de oportunidades no mundo do trabalho: combatendo a homo-lesbo-transfobia”, 2015.

SELIGMANN-SILVA, E. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, F. A.; MELLO, I. S. P. B. Psicologia e despatologização da transexualidade. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, vol. 11, n. 1, p.81-95, 2017. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1924>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

SOUZA, H. A. *Os desafios do trabalho na vida cotidiana de mulheres transexuais*. 2012. 128f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2012.

_____; BERNARDO, M. H. Transexualidade: as consequências do preconceito escolar para a vida profissional. *Bagoas - Estudos gays: gêneros e sexualidades*, v. 8, n. 11, p. 157-175, 2014.

SPINK, P. K. Pesquisa de Campo em Psicologia Social: Uma Perspectiva Pós-Construcionista. *Psicologia e Sociedade*, v. 15, n. 2. p. 18-42, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 dez. 2018.

TELES, E. L. "Cabelo, barba e bigode": Memória dos barbeiros em Sergipe (1960-2007). *Revista Eletrônica Ponta de Lança: História, Memória & Cultura*, v. 2, p. 113-124, 2009. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/pontadelanca/article/view/3169/2812>>. Acesso em: 05 jan. 2019.

VENCO, S. B. *Tempos moderníssimos nas engrenagens do telemarketing*. 2006. 299f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

YOGYAGARTA. *Princípios de Yogyakarta: Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*. Tradução de Jones de Freitas. [s.l.]: 2007. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2018.

Trabalho, precarização e gênero: desafios e possibilidades em uma cooperativa de catadores de materiais recicláveis

Work, precarization and gender: challenges and possibilities in a cooperative of recyclable materials collectors

Heloisa Aparecida de Souza
Joyce Cristina Rodrigues
Mariana de Oliveira Villas Boas
Ana Carolina Lemos Pereira

Abstract

This chapter aims to reflect on the main difficulties and ways of resistance encountered by women in professional practice within the organizational model of the Solidarity Economy. The Solidarity Economy is a participative model of work organization that arises in opposition and as an alternative to the hegemonic model of economy. This is a qualitative analysis of a supervised internship experience, carried out in a Cooperative of Collectors of Recyclable Materials, based on the theoretical and methodological conception of Social Psychology of Work. Based on the reports presented, there were performed discussions and reflections about the main difficulties encountered by these women in their daily work and the impacts on health, subjectivity and identity, as well as the ways of confrontation and collective and individual resistance found against these challenges, that reveal the precariousness of working conditions, which can contribute to the physical and mental fatigue process and illness of the workers.

Introdução

O trabalho é repleto de paradoxos, se por um lado é fator de prazer, realização e resistência, por outro lado, é marcado por precarizações e exclusões que geram sofrimentos, adoecimentos e até mortes (DEJOURS, 2000; SELIGMANN-SILVA, 2011).

De acordo com Antunes (2007, p. 13), aproximadamente um terço das pessoas em idade produtiva no mundo conseguem se ocupar apenas de forma parcial ou exercem trabalhos precários. Traduzindo em números, o autor afirma que “mais de um bilhão de homens e mulheres padecem as vicissitudes do trabalho precarizado, instável, temporário, terceirizado, quase virtual, dos quais centenas de milhões têm seu cotidiano moldado pelo desemprego estrutural”.

A Economia Solidária surge como uma alternativa a esses desafios. Segundo Pereira Carvalho e Ladeia (2008), esse modelo de produção propõe a solidariedade ao invés da competição, a partilha no lugar do acúmulo de

riqueza, a participação efetiva das/os trabalhadoras/es no processo de produção ao invés de serem meros executores de tarefas pré estabelecidas.

Para Silva (2014) a Economia Solidária possui como principais objetivos a superação dos limites colocados pela ordem econômica vigente e o avanço na construção de novos parâmetros de organização e articulação do trabalho. Porém, são encontradas diversas dificuldades na execução desse modelo, como a menor produtividade - se comparada com as grandes produções capitalistas - e a difícil comercialização dos produtos (SINGER, 2002). Além disso, a baixa qualificação das/os profissionais, torna grande a dependência de políticas públicas e apoios institucionais, como o das universidades. Essas dificuldades, somadas à pouca valorização social da atividade e à visão ideológica do trabalho, difundida socialmente, contribuem com a diminuição da qualidade de vida nas Cooperativas. (BEATRIZ; CARVALHO, 2015).

A catação de materiais recicláveis apresenta-se como uma possibilidade de trabalho e geração de renda para muitas/os trabalhadoras/es que perderam ou não conseguiram seus postos no mercado formal de trabalho. Medeiros e Macedo (2006), apontam que existem no Brasil cerca de 500.000 (quinhentos mil) catadores/as de materiais recicláveis, sendo que 2/3 deles/as se encontram no estado de São Paulo.

Os postos de trabalho em cooperativas, como demonstrado por Andrada (2012), são ocupados majoritariamente por mulheres. Ao analisar o trabalho feminino, Angela Davis (2016) alerta para a necessidade de se considerar outros fatores, como raça e classe, de forma interseccional. Acreditamos que o espaço da Cooperativa exige a articulação e compreensão de múltiplos elementos que marcam a precarização social e do trabalho, que geram impactos na subjetividade e identidade das/os trabalhadoras/es. Não cabe neste texto uma discussão aprofundada dos conceitos de 'classe social' e 'raças', contudo, é importante ter em mente a sobreposição desses elementos quando discutimos gênero em Cooperativas de trabalhadoras/es.

Assim, o objetivo deste capítulo é refletir sobre algumas das principais dificuldade e formas de resistências encontradas por trabalhadoras do modelo organizativo de Economia Solidária. Para realizar tal discussão utilizaremos como base a experiência de um estágio supervisionado em Psicologia,

realizado em uma Cooperativa de Catadores de Materiais Recicláveis localizada no município de Campinas.

Inicialmente refletiremos sobre a precarização do trabalho na atualidade, enfatizando os desafios encontrados pelas mulheres em condições de vulnerabilidade social, em seguida apresentamos um breve histórico da Economia Solidária e suas principais características. Por último, descrevemos a cooperativa, relatamos as atividades realizadas no estágio e discutimos sobre o cotidiano de trabalho e suas possíveis repercussões na subjetividade e identidade das trabalhadoras.

A Precarização Social do Trabalho e a Desvalorização do Trabalho Feminino

O desemprego e o trabalho precário são expressões da pobreza, da exclusão e da humilhação social, responsáveis por repercussões negativas na identidade e subjetividade de milhões de pessoas. De acordo com Hirata (2005), o surgimento de novos movimentos sociais contribuiu para uma maior inclusão no mundo do trabalho. Nesse sentido, há de se considerar a participação feminina. Entretanto, tal movimento vem acompanhado de precarização.

Franco, Druck & Seligmann-Silva (2010), afirmam que a precarização social do trabalho é um fenômeno político e multidimensional que envolve, entre outros elementos, a fragilização dos vínculos e relações contratuais, a deterioração das condições e organização do trabalho, a naturalização de características como individualismo, competitividade exacerbada e a hiper valorização do consumo e do status profissional. Segundo as autoras, essas características podem ser muito prejudiciais, contribuindo para o sentimento de despertencimento social de muitas/os trabalhadoras/es e expondo-as/os a diversas situações que podem provocar desgaste da saúde física e mental.

Nesse cenário de precarização, existe uma polarização do trabalho feminino, pois, enquanto parte das mulheres ocupam espaços que exigem qualificação e proporcionam bons ganhos e reconhecimento social, a grande maioria está exposta a contextos de trabalho precários, pouco valorizados socialmente e com baixa remuneração (HIRATA, 2005).

A polarização do trabalho feminino nos remete ao que Danièle Linhart (2014) denomina de 'precarização objetiva' e 'precarização subjetiva' do trabalho. Enquanto a presença do primeiro tipo é facilmente percebida, se manifestando em forma de atividades desvalorizadas e em condições de trabalho bastante penosas. A precarização subjetiva atinge aquelas que possuem vínculo formal e, aparentemente, mais estável de emprego, mas que, na realidade, estão cercadas por isolamento, insegurança, pressões e ansiedade impostas pela sociedade capitalista, machista e patriarcal. Assim, não são apenas as desempregadas ou trabalhadoras submetidas à evidente precarização do trabalho que sofrem.

Apesar de todas as trabalhadoras estarem sujeitas à precarização e sofrimento no trabalho, Lima, Senicato e Barros (2017) demonstram que ocupações que exigem baixa qualificação, que são mal remuneradas e oferecem poucos benefícios e prestígio social expõem as trabalhadoras a maiores riscos de saúde e restringem o seu grau de autonomia e decisão. Seligmann-Silva (2011), corrobora ao afirmar que grande parte das trabalhadoras, estão expostas a superexploração, repressão e desrespeito, o que contribui para o adoecimento mental relacionado ao trabalho.

Castilhos Junior et al. (2013), ao discutirem as condições de trabalho de catadoras/es, sinalizam para a desvalorização, os riscos que a separação dos materiais oferecem à saúde (cortes e problemas osteomusculares são comuns), a falta de bens materiais como equipamentos de trabalho, de apoio técnico, de incentivo social, financeiro e psicológico são frequentes no segmento e resulta em marginalização, preconceito, sofrimentos e exclusão dos indivíduos que atuam na área.

Entre as condições precárias de trabalho das/os catadoras/es de materiais recicláveis, Mattoso, (1999) destaca também a ausência de direitos trabalhistas como Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), INSS (não possuem direito à aposentadoria ou afastamento remunerado do trabalho em caso de acidente ou adoecimento), férias, décimo terceiro entre outros direitos que, infelizmente, não estão presentes em praticamente todo o mercado informal de trabalho. A baixa remuneração advinda da venda dos recicláveis, inviabiliza a contribuição social com a previdência para grande parte desta categoria de trabalho.

Deste modo, é importante conhecer o cotidiano de trabalho das/os trabalhadoras/es desse segmento para que possamos compreender a relevância social de suas atividades e os desafios de suas situações de trabalho. Antes, porém, de apresentarmos a experiência que tivemos na cooperativa de Campinas, cabe uma maior reflexão sobre o modelo de produção da Economia Solidária.

Economia Solidária: Possibilidades e Desafios

O modelo de produção da Economia Solidária tem seu início ainda no começo do processo de industrialização, onde o trabalho autogestionário surge como alternativa encontrada pelas/os trabalhadoras/es frente a pobreza e ao desemprego gerado pela difusão das máquinas de motores a vapor, no início do século XIX. Bonumá (2015), afirma que, em geral, esse modelo de organização do trabalho é favorecido por crises no contexto social e socioeconômico do sistema capitalista. Para Singer (2002), a Economia Solidária representa:

[...] modo de produção, cujos princípios básicos são a propriedade coletiva ou associada do capital e o direito à liberdade individual. A aplicação desses princípios une todos os que produzem numa única classe de trabalhadores que são possuidores de capital por igual em cada cooperativa ou sociedade econômica. O resultado natural é a solidariedade e a igualdade, cuja reprodução, no entanto, exige mecanismos estatais de redistribuição solidária de renda (SINGER, 2002, p. 10).

No Brasil a história da Economia Solidária é marcada por três momentos de desenvolvimento do trabalho autogestionário, sendo o primeiro ligado às experiências de resistência e lutas de auto-organização do trabalho, nos formatos de quilombos, cooperativas coloniais, ligas camponesas, entre outros. O segundo se dá nos anos de 1980 e 1990, como estratégia sindical diante de um cenário de altos índices de desemprego, fechamento de fábricas e crise econômica, neste período houve um significativo aumento de organizações com finalidade de gerar renda e trabalho de forma associativa. O terceiro momento acontece nos anos 2000, com a inclusão de políticas públicas que objetivaram fomento à Economia Solidária (BONUMÁ, 2015).

Tal prática se consolida como forma alternativa de geração de renda no formato, ainda, de grupos produtivos associativos, frente ao contexto de

fechamento de fábricas de diversos setores da economia, elevação dos índices de desemprego, aumento da precarização do trabalho, entre outros. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (SILVA; CARNEIRO, 2016) a Economia Solidária representa novas estratégias de inclusão social, tendo como uma de suas principais características a articulação entre as dimensões econômicas, políticas e sociais, e como princípios básicos a posse coletiva dos meios de produção pelas próprias pessoas que as utilizam para produzir; repartição da receita líquida entre os associados; e a gestão democrática por participação.

A proposta desse modelo organizativo diverge dos princípios do Sistema Capitalista, pois, a eficácia dessa prática se dá por meio de fatores que vão além dos indicadores financeiros, envolvendo também aspectos humanos e comunitários. Acerca deste último destaca-se o princípio da “dupla qualidade” dos membros, visto que estes são sócios e trabalhadores, possuindo “o poder de decisão não a propriedade do capital, e sim a participação na realização da atividade”, o que gera uma responsabilidade diferenciada ao trabalhador, quando comparada a uma empresa comum, em razão da gestão participativa e horizontal, que apresenta outra proposta para as relações interpessoais (SILVA; CARNEIRO, 2016 p.14).

Ao discutir os novos dados do Mapeamento de Economia Solidária no Brasil, é imprescindível destacar a importância da formação de redes para o desenvolvimento da prática do trabalho associado, e também para romper o isolamento e a marginalização que tais empreendimentos sofrem. Sendo assim, existe a necessidade de buscar práticas efetivas de intercâmbio econômico a fim de envolver segmentos sociais com diferentes objetivos, como por exemplo, tecnologia, comercialização, logística etc (SILVA; CARNEIRO, 2016).

No contexto das Cooperativas de Catadores de Materiais Recicláveis, esta rede torna-se uma via de mão dupla, dado que, para que o empreendimento solidário consiga receber uma quantia de material que viabilize seu funcionamento, as parcerias, por vezes, se dão com prefeituras e autarquias municipais, que tem responsabilidade ambiental na gestão dos resíduos sólidos do município.

No entanto, nem sempre estas parcerias são consolidadas, o que torna ainda mais precário o trabalho dos catadores de materiais recicláveis, e resulta em agravos ambientais promovidos pela gestão dos municípios em questão. As Cooperativas de Catadores de Materiais são instituições ambientais ativas nos municípios, na medida em que os materiais coletados, triados e processados por elas, são poluidores, que não se decompõem com facilidade na natureza e estão presentes de forma abundante nas cidades. Ao serem reciclados, diminuem os impactos negativos no meio ambiente promovendo a redução da quantidade de resíduos destinados aos lixões, além de economizar matéria-prima e recursos naturais usados na fabricação destes mesmos produtos (RODRIGUES; FEITOSA; SILVA, 2015).

Cabe ressaltar que, embora tenha sido criada como uma alternativa à lógica hegemônica, mesmo as cooperativas que conseguem tornar sua prática viável, eficaz e mais igualitária, não estão isentas às desigualdades produzidas pelo sistema capitalista (TAVARES et al., 2013), bem como, aos processos de precarização do trabalho (MAGERA, 2003) e ausência de direitos. Neves (2001), defende que “não se pode entender os direitos como privilégios. É essencial entendê-los como questão de cidadania, direito de todos os cidadãos de participarem da vida social, de se integrarem à sociedade” (p.64).

A negação de direitos trabalhistas e de melhores condições de trabalho nas Cooperativas é também a negação da cidadania dessas/es trabalhadoras/es, que possuem pouco acesso à riqueza que ajudam a produzir com o trabalho árduo de seus braços. A seguir apresentamos a experiência na cooperativa, que evidenciou que, apesar da desvalorização social e precarização do trabalho enfrentados pelas trabalhadoras, sua atividade contribui enormemente com a sociedade e com o meio ambiente, retirando das ruas milhares de toneladas de materiais e garantindo renda e maior autonomia às cooperadas.

Percurso Metodológico, Caracterização do Campo e Atividades Desenvolvidas

Spink (2003), afirma que “[...] método, nada mais é do que a descrição do ‘como’, ‘onde’ e ‘o quê’ ” (p. 36). Assim, apresentamos, a seguir, as

vivências que as autoras tiveram em estágios de Psicologia no Trabalho e nas Organizações, que ocorreram nos anos de 2017 e 2018.

A utilização de método qualitativo, como o escolhido, segundo Denzin e Lincoln (1998), permite a captura minuciosa de um determinado assunto, possibilitando a compreensão dos aspectos subjetivos e enfrentamento mais adequado das restrições impostas pelo contexto social.

Vale lembrar que, conforme defendido por Bernardo, et al. (2017), historicamente, a Psicologia possui diferentes modos de aproximações com o mundo do trabalho. As práticas profissionais voltadas para seleção, treinamento e motivação no interior das organizações ficaram bastante consolidadas, contudo, muitas/os Psicólogas/os adotam um olhar crítico e socialmente contextualizado à outras realidades, verificando também os efeitos do trabalho informal e do desemprego na subjetividade dos indivíduos. Alinhada a esse segundo olhar, a proposta de estágio se aproximou da concepção metodológica e teórica da Psicologia Social do Trabalho.

A atuação foi realizada em uma Cooperativa situada em um bairro periférico de Campinas, que contava com 15 cooperadas/os, tendo variações desse número ao longo do período e sendo apenas três do gênero masculino.⁸

A distribuição de funções se dava pelos cargos de presidente, vice-presidente, tesoureira, triagem (monte e mesa), prensa e responsável por ir a estabelecimentos parceiros recolher material. Apenas o posto da prensa e o da busca de materiais eram ocupados por homens.

O espaço físico consistia em uma construção que abrigava banheiros, cozinha e uma sala usada para o trabalho administrativo, o restante das operações ocorriam em áreas externas. No início do estágio, o “monte” - local que acontecia a primeira parte da triagem - ficava no centro do terreno, a céu aberto, havia três tendas de lona espalhadas em lugares distintos do terreno, onde estavam alocadas as mesas utilizadas na segunda etapa da triagem e uma prensa, uma tenda utilizada como espaço para refeições e convivência e um canil, com cachorros que circulavam durante o expediente.

8 Por esse motivo e por termos o objetivo de abordar a situação de trabalho e vida das mulheres da cooperativa, a partir deste ponto do texto utilizaremos somente o gênero feminino para nos referirmos às pessoas que participaram deste estudo.

O estágio foi desenvolvido ao longo de dois semestres letivos, com intervenções realizadas uma vez por semana, nas primeiras semanas de cada semestre foi feito um levantamento de demandas, nas seguintes foram realizadas as intervenções e no final de cada semestre o fechamento das atividades desenvolvidas.

O levantamento de demandas foi realizado a partir de diálogos estabelecidos com as cooperadas, de forma individual e coletiva, com o objetivo de conhecer o funcionamento da cooperativa. Estes diálogos, por vezes traziam à tona problemáticas para além do espaço de trabalho, como questões conjugais, e familiares, dificuldades financeiras, falta de acesso à políticas de saúde e segurança pública, dentre outros fatores que revelavam a precarização social que se faz presente no cotidiano daquelas mulheres. Contudo, durante este período, ficou bastante evidente a presença de dificuldade nas relações interpessoais das cooperadas.

Foi demonstrado pelas trabalhadoras o desejo por uma horta e de um espaço melhor para convivência, a partir disso, foi estruturada a intervenção tendo a construção da horta como instrumento de mediação para que pudessem ser trabalhadas as relações interpessoais.

As cooperadas foram convidadas a escolher sementes de leguminosas, verduras e frutas, que desejassem ter na horta. Enquanto plantavam as sementes, foi proposto que refletissem o que aquele plantio representava e, simbolicamente, que falassem o que desejavam ver florescer na cooperativa. Desta forma, puderam-se compreender questões relativas às dificuldades enfrentadas, aspirações e sentidos atribuídos ao trabalho. Cabe aqui ressaltar que, a dificuldade de relação entre a gestão recebeu maior atenção, devido ao impacto direto no funcionamento da cooperativa.

Algumas semanas depois, as sementes que germinaram estavam mortas e, de acordo com o relato das colaboradoras, um dos cachorros havia deitado sobre as bandejas. Este evento gerou frustração entre elas, evidenciando que, para algumas, a presença dos cachorros era um incômodo. A partir disto, como já havia sido estabelecido um bom vínculo entre as estagiárias e as cooperadas, optou-se por não retomar a horta e iniciar a intervenção na relação entre a própria gestão e nas problemáticas apontadas pelas demais cooperadas. Procurou-se viabilizar a busca do equilíbrio entre o

respeito à subjetividade do indivíduo e sua história, e a possibilidade de maior empatia com relação às demais cooperadas, fortalecendo os vínculos e relações.

Foram realizadas discussões e reflexões que se relacionam com vivências trazidas por elas com relação ao trabalho coletivo e os princípios básicos do trabalho na Economia Solidária, com o propósito de gerar reflexões sobre a situação de trabalho e estimular o enfrentamento das dificuldades encontradas.

A intervenção realizada com a gestão, possibilitou avançar mais na discussão a respeito da subjetividade de cada uma e dos possíveis reflexos desta na forma de desempenharem seu trabalho, visto que as problemáticas poderiam envolver o precário contexto social e de trabalho, que refletiam diretamente na atuação e relação das cooperadas.

Acreditamos que, a proposta de discussão coletiva e participação ativa das cooperadas foi significativa na tentativa de contribuir com a conscientização da importância que cada uma tem naquele ambiente e, também, na busca por um engajamento que visasse a superação das restrições sociais que as cercavam. Contudo, conforme discutiremos a seguir, em diversos momentos, houve a percepção da dificuldade que sentiam em assumir uma postura menos passiva em relação à realidade.

Discussões Sobre o Cotidiano de Trabalho das Mulheres na Cooperativa

Com base nas atividades apresentadas acima realizamos a seguir algumas reflexões sobre as condições de trabalho das cooperadas, os desafios encontrados no cotidiano, as possíveis repercussões da atividade em sua saúde, subjetividade e identidade, bem como algumas formas de enfrentamento aos desafios encontrados.

No decorrer do estágio na Cooperativa foi possível perceber diversos aspectos da precarização do trabalho feminino, esses aspectos se manifestam, principalmente, na forma como as atividades eram organizadas, na falta de estruturas básicas, na percepção do trabalho pelas próprias cooperadas e na desvalorização social de suas atividades.

Apesar das premissas da Economia Solidária contemplarem a participação democrática das cooperadas (PEREIRA; CARVALHO; LADEIA,

2008), percebemos que existia na Cooperativa uma estrutura bastante hierárquica, que, em diversos pontos, se aproximava aos modelos tradicionais de organização do trabalho, que contribuem para a precarização. Citamos como exemplos algumas decisões tomadas de forma vertical pela presidência, o estabelecimento de metas de produção e a divisão rígida por cargos, além da falta de diálogo e de organização coletiva.

Acredita-se que isso ocorra não intencionalmente, muito menos por ‘má fé’, e sim pela dificuldade de se trabalhar em um modelo contra hegemônico, que questiona os valores e as formas de organização que são predominantes e naturalizadas em nossa sociedade. Nesse sentido, Beatriz e Carvalho (2015), lembram que, é comum a cooperativa ser vista como uma alternativa ao desemprego e que, muitas vezes, essas trabalhadoras estão adaptadas aos outros empreendimentos que prezam o produtivismo. Simoni, et al. (2009), discutem que essas dificuldades são frutos das demandas sociais que acabam impondo a lógica presente no mercado nos diversos contextos, inclusive naqueles que, como as cooperativas, surgem para questionar tais modelos.

Biroli (2018), afirma que a divisão sexual do trabalho, historicamente, define o papel de homens e mulheres na sociedade, sendo um *lócus* para a desvalorização do gênero feminino, agravado pela compreensão social de raça e classe. Ou seja, mulheres negras e pobres são ainda mais desvalorizadas e negligenciadas e, com frequência, excluídas do mercado formal de trabalho. Para Galeazzi (2002), a precarização do trabalho informal está relacionada ao fato dessas ocupações “apresentarem a característica de não serem regidas por contrato de trabalho assalariado típico, e as condições de trabalho nelas encontradas, tendem a um padrão inferior vis a vis à condição assalariada” (p. 246).

Em diversos momentos do estágio as cooperadas revelaram que sentiam o seu trabalho como inferior, um exemplo disso foi quando questionaram as estagiárias e a supervisora se ‘não encontraram um lugar melhor’ para realizar o estágio. Ao receber como resposta que, entre as inúmeras opções de campos, havia um interesse genuíno pelo trabalho realizado naquele espaço e que considerávamos que tínhamos muito o que aprender ali, agradeceram por ‘lembrar que elas existem’ e disseram que

jovens costumam querer distância daquele espaço, inclusive, uma afirmou que percebe que filhos e netos sentem vergonha da atividade que ela executa.

A forma que a pessoa se reconhece socialmente é bastante influenciada pelo trabalho que ela realiza. Nesse sentido, Jacques (1996), afirma que o trabalho tem um papel essencial na construção da identidade do indivíduo, destacando o fato de as pessoas se definirem a partir de sua profissão, isso é, ao ouvir a pergunta “Quem é você?” Muitos respondem o que fazem: “sou mecânico”, “sou faxineira”, “sou advogada”.

Assim, a identidade do indivíduo deve ser compreendida não somente na esfera individual, mas também no pertencimento a uma categoria ou grupo social. Castel (2009) ao fazer a crítica da sociedade salarial, discorre que os trabalhadores que são expulsos do mercado formal de trabalho, e reféns do desemprego, farão parte de uma categoria denominada “os inempregáveis”, ou então empregáveis de um modo precário, intermitente. Esses estigmas podem diminuir o reconhecimento da relevância social e ambiental das atividades executadas pelas cooperadas.

Tentamos proporcionar alguns momentos para que elas refletissem coletivamente os sentidos individuais e valor social de suas atividades. Ao conversar sobre seu dia a dia e partilharem os desafios vivenciados, elas se definiram como ‘guerreiras’, ‘batalhadoras’, ‘mulheres de coragem’, entre outros adjetivos que remetem ao enfrentamento dos obstáculos encontrados na Cooperativa, contudo, ainda que compreendam a relevância social do trabalho que desempenham, sabem que a sociedade não reconhece da mesma forma.

A pouca valorização social das atividades por elas desempenhadas foi apontada como uma das principais dificuldades, uma das falas mais impactantes foi de uma cooperada que afirmou que, parece que por lidarem com materiais que são considerados lixos pela sociedade, são tratadas como lixos também. Essa fala nos remete à compreensão de Humilhação Social que, segundo Gonçalves Filho (1998), apresenta-se como um problema político e psicológico que é experimentado pela população em situação de vulnerabilidade social. O autor destaca a exclusão intersubjetiva de grupos humanos e considera que essa humilhação gera uma modalidade de angústia provocada pelo impacto traumático das injustiças dos contextos sociais e

econômicos da atualidade, que atingem diversas esferas da vida do indivíduo humilhado, gerando invisibilidade social e sofrimento psíquico.

Medeiros e Macedo (2006), ao estudar a realidade laboral de Cooperativas perceberam que só eram considerados acidentes de trabalho situações críticas que impediam a realização das atividades, as escoriações, cortes e perfurações não eram tidos como acidentes relacionados ao labor cotidiano. Ou seja, se mesmo os acidentes visíveis são naturalizados, o sofrimento mental ocasionado e/ou agravados pelas condições de trabalho, tendem à ser negligenciado.

Estar doente ou sofrer um acidente de trabalho, muitas vezes, significa perder a capacidade para o trabalho. Essa percepção corresponde ao que Dejours (1992) descreve sobre “ideologia da vergonha”. A “vergonha” em estar doente, associa-se ao medo de não conseguir manter a família, ou a si próprio. Verifica-se aí não somente a angústia da dor, mas a angústia que provém da insegurança de sobreviver, da necessidade de parar de trabalhar e ser considerado um “vagabundo”:

[...] luta contra a dor, quando ele tenta negar seu sofrimento, o homem do subproletariado não pretende ter uma atitude terapêutica relativa ao processo patológico. Ele sabe que procura somente fazê-lo calar. Curar é trabalho do médico ou do especialista. A angústia contra a qual é dirigida a ideologia da vergonha não é a do sofrimento, da doença ou da morte; a angústia que ele ataca é, através da doença, a destruição do corpo enquanto força capaz de produzir trabalho (DEJOURS, 1992, p. 34).

Apesar da realidade desafiadora, foi possível encontrar algumas formas de enfrentamentos individuais e coletivos das situações precárias vividas pelas cooperadas. Contudo, acreditamos que a alternância das trabalhadoras - saíram e entraram muitas cooperadas - prejudica o processo de resistência à precarização do trabalho, visto que havia fragilização do vínculo entre elas. Nesse sentido, Seligmann-Silva (2011), ressalta que a rotatividade é uma característica comum nas organizações de trabalho, que são beneficiadas com a inexistência de coletividade.

A fragilidade dos laços ficou bastante evidente nos momentos em que as estagiárias propuseram atividades coletivas de reflexão e perceberam certa resistência por parte das cooperadas, pelo fato de ter alguém nova no grupo. Esses espaços tinham por objetivo - por meio de troca e diálogo - valorizar a

subjetividade, os processos criativos e laços afetivos entre as participantes, como uma forma de promover mudanças no ambiente a partir de suas próprias vivências, preservando as regras e valores já presentes no grupo. Seligmann-Silva (2011) aponta essa interação como um caminho para construção de “coletivos de regra” (p. 389), capaz de gerar o enfrentamento das condições adversas encontradas no trabalho.

No entanto, as condições precárias de trabalho e exigências por metas que, algumas vezes, impossibilitam uma pausa para fomentar essas reflexões, além da já citada ausência de vínculo, dificultaram a efetivação das propostas que visavam o enfrentamento coletivo das adversidades.

As defesas individuais, por sua vez, se manifestam de muitas formas. Algumas cooperadas relataram que gostavam de cuidar das plantas e dos animais de estimação, entre outras atividades que também podem ser consideradas como estratégia de diminuição do sofrimento. A própria Cooperativa contava com a presença de cachorros que, apesar de terem gerado desconforto no episódio com as sementes, também pode ser vista como uma forma de compensação do desgaste de algumas trabalhadoras, da mesma forma que a proposta da horta pode ter sido motivada pelo desejo de ter algo mais suave e que se identificassem para diminuir as penúrias diárias.

Penúrias manifestadas claramente nas longas jornadas de trabalho e nos baixos ganhos financeiros que, na maioria dos meses, não chegava ao valor de um salário-mínimo. Contudo, apesar de ser considerado pouco perante o alto custo de vida nas grandes cidades, as cooperadas afirmavam que esse recebimento era essencial para a sobrevivência da família.

A maioria das mulheres cooperadas tinha baixa escolarização, idade mais avançada àquela que o mercado formal costuma empregar e eram as principais provedoras de suas casas. Diante desta realidade, algumas afirmaram que o trabalho cooperativo é a única alternativa encontrada por elas para se inserirem ou reinserirem no mercado de trabalho e garantir o sustento de suas famílias.

Esta realidade permitiu reflexões acerca da importância da Economia Solidária como instrumento de emancipação para essas mulheres, tendo como contraponto o impacto da precarização do trabalho exercido e a baixa remuneração.

Esta forma alternativa, acaba por ser considerada uma possibilidade no que diz respeito à facilidade de inserção no trabalho e de sua flexibilidade frente as demandas cotidianas, mas a liberdade que o mercado informal aparenta trazer pode mascarar a negação de direitos. Castel (2009, p. 45) aponta: “descobre-se, então, que a liberdade sem proteção pode levar à pior servidão: a da necessidade”.

Considerações Finais

Perante às graves crises sociais que afetam em cheio o mundo do trabalho, a Economia Solidária apresenta-se como uma alternativa para as mulheres, que são maioria nos postos de trabalho em cooperativas de separação de material reciclável. As discussões sobre as situações de vida e de trabalho se demonstram importantes para a compreensão dos desgastes da saúde física e mental dessas trabalhadoras.

Ainda que a participação feminina em atividades laborais seja cada vez maior, sendo elas, muitas vezes, as únicas responsáveis pela renda familiar, o trabalho doméstico ainda é considerado uma tarefa a ser desempenhada por mulheres, portanto, o trabalho com horários um pouco mais flexíveis e que não exige escolaridade, como o da cooperativa, facilita a realização dessa dupla jornada (ou tripla em alguns casos). Tal situação, aliada a negação de direitos trabalhistas, é relevante no processo de adoecimento das cooperadas

Nota-se a existência de um paradoxo no desempenho deste trabalho, pois, ao mesmo tempo em que apresenta uma possibilidade de geração de renda e independência financeira às mulheres, é também marcado por trabalho precário, conferindo desvalorização social ao trabalho da mulher com baixa qualificação. Ou seja, ainda que tenha sido criada em oposição ao modelo hegemônico de organização do trabalho, na prática, o cooperativismo ainda se aproxima bastante à lógica mercadológica.

Durante a realização do estágio, foi possível perceber que as cooperadas têm consciência das más condições do ambiente em que estão inseridas, da ausência de direitos e o quanto as tarefas por elas desempenhadas não são reconhecidas socialmente. No entanto, tais situações, dificilmente são associadas ao sofrimento mental dessas trabalhadoras, que

culmina em uma série de dificuldades, principalmente, no que diz respeito às relações entre elas e a ausência coletividade.

Por fim, cabe destacar a centralidade do trabalho também na identidade dessas mulheres que, apesar das dificuldades e situações precárias a qual estão submetidas, encontraram na cooperativa uma possibilidade de emancipação feminina, que representa um espaço de resistência para essa população de mulheres negras e periféricas, invisibilizadas em tantos contextos, inclusive, no mercado de trabalho que se apresenta de forma muito cruel e excludente.

Referências

- ANDRADA, C. F. *Trabalho e política no cotidiano da autogestão: o caso da rede Justa Trama*. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. doi:10.11606/T.47.2013.tde-04072013-121257. Acesso em: 2019-01-12.
- ANTUNES, R. Dimensões da Precarização Estrutural do Trabalho. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (orgs). *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- BEATRIZ, M. Z.; CARVALHO, M. L.. Psicologia e formação dos/as trabalhadores/as de empreendimentos econômicos solidários. In: BRIZOLA, A. L. C.; ZANELLA, A. V. *Psicologia Social e Trabalho: perspectivas críticas*. Florianópolis: Edições do Bosque, 2015. p. 215-230. Disponível em: <https://www.abrapso.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD=475>. Acesso em: 20 dez. 2018.
- BERNARDO, M. H. et al . Linhas paralelas: as distintas aproximações da Psicologia em relação ao trabalho. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas , v. 34, n. 1, 2017. p. 15-24, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2017000100015&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000100003>.
- BIROLI, F. *Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018.
- CASTILHOS JUNIOR, A. B. de et al . Catadores de materiais recicláveis: análise das condições de trabalho e infraestrutura operacional no Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 11, p. 3115-3124, 2013 .
- BONUMÁ, H. *As Mulheres e a Economia Solidária: A resistência no cotidiano tecendo uma vida melhor*. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/132849>. Acesso em: 10 jan. 2019.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- DAVIS, A. *Mulheres, raça e classe*, São Paulo: Boitempo, 2016.
- DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. *The Landscape of Qualitative Research*. Londres: Sage, 1998.
- FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo , v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.
- GALEAZZI, I. Precarização do Trabalho. In: CATTANI, A. D. (org.). *Dicionário Crítico sobre Trabalho e Tecnologia*. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002. p.242-247.
- GONÇALVES FILHO, J. M. Humilhação social - um problema político em psicologia. *Psicol. USP*, São Paulo , v. 9, n. 2, p. 11-67, 1998 .

- HIRATA, Helena. Globalização, trabalho e gênero. In: JERUSALINSKY, A. et al. (Org.). *O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000. p. 21 - 32.
- JACQUES, M. G. C. Identidade e trabalho: uma articulação indispensável. In: TAMAYO, A.; BORGES, J. E. A.; CODO, W. (Org.). *Trabalho, organizações e cultura*. Campinas: Autores Associados, 1996. p. 41- 47.
- LIMA, M. L.; SENICATO, C.; BARROS, M. B. A. Saúde e bem-estar de mulheres trabalhadoras: diferenciais por nível de escolaridade. In: IGUTI, A. M., MONTEIRO, I. *Saúde e trabalho de mulheres: gênero como determinante de desigualdades sociais*. Campinas, SP: Unicamp FCM, 2017, p. 13-27 .
- LINHART, D. Modernização e precarização da vida no trabalho. In: ANTUNES, Ricardo. *Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil III*. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 45 - 54.
- MAGERA, M. Os empresários do lixo: um paradoxo da modernidade. Campinas: Editora Átomo, 2003.
- MATTOSO, J. *O Brasil desempregado*. São Paulo: Perseu Abramo, 1999.
- MEDEIROS, L. F. R.; MACEDO, K. B.. Catador de material reciclável: uma profissão para além da sobrevivência?. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre , v. 18, n. 2, p. 62-71, 2006 .Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000200009&lng=en&nrm=iso>. acesso em 10 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822006000200009>.
- NEVES, A. M. Trabalho, exclusão social e direitos. In: HORTA, C.R; CARVALHO, R. A. (Orgs.) *Globalização, trabalho e desemprego: um enfoque internacional*. Belo Horizonte: NESTH/UFMG e Ed.C/Arte, 2001.p.58-66.
- PEREIRA, A. C. L.; CARVALHO, A. M. R; LADEIA, C. R. Círculo de Cultura: Um Espaço de Educação na Cooperativa. In: CORTEGOSO, A.L; LUCAS, M. G. (Org.). *Psicologia e Economia Solidária: Interfaces e Perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- RODRIGUES, G. L.; FEITOSA, M. J. S.; SILVA, G. F. LI. Cooperativas de Reciclagem de Resíduos Sólidos e seus benefícios socioambientais: Um estudo na Cooperacama rest em Serra Talhada-PE. *Revista Metropolitana de Sustentabilidade*. São Paulo - SP, Jan./Abr. 2015. Disponível em: <http://www.revistaseletronicas.fmu.br/index.php/rms/article/view/352>. Acesso em: 9 fev. 2019.
- SIMIONI, F. J. et al . Lealdade e oportunismo nas cooperativas: desafios e mudanças na gestão. *Rev. Econ. Sociol. Rural*, Brasília , v. 47, n. 3, p. 739-765, Sept. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20032009000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20032009000300010>.
- SINGER, Paul. *Introdução à Economia Solidária*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002. 127 p.
- SPINK, P. K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre , v. 15, n. 2, p. 18-42, 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000200003&lng=en&nrm=iso>. _access on 12 Feb. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000200003>.
- SELIGMANN-SILVA, E. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortês, 2011
- SILVA, C. M. *Trabalho, Economia Solidária e Catadores de Recicláveis: desigualdades de gênero e de raça, em busca de cidadania*. Revista da ABET. Vol. 13, n. 2, 2014.
- SILVA, S. P.; CARNEIRO, L. M. *Os novos dados do mapeamento de Economia Solidária no Brasil: notas metodológicas e análise das dimensões socioestruturais dos empreendimentos*. Relatório de Pesquisa. Brasília: IPEA, 2016.
- TAVARES, A. G. et al. O Sexo da Economia Solidária: Apontamentos a partir da Economia Feminista e da prática de incubação. In: SOUZA, A. et al. (Org.). Coletiva 2: *Sistematizações sobre a prática autogestionária*. 1ed.Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2013. p. 161-208.

Manicures e a busca de uma profissão

Manicures and the search of a profession

Juliana Andrade de Oliveira

Abstract

The study discusses the social image of manicures, and the types of employment contracts available to people who want to work doing the manicure service, most of them women. It explains how this profession has gained visibility, having being regulated recently in Brazil by a law about employment contracts specifically to professionals of beauty salons. It analyses the model of startups that connects customers and these kinds of service providers, without establishing a legal contract between them. This study considers that there is a struggle for social recognition of the women who work in this trade, having them managed to gain more visibility as workers with a specific knowledge, but have still not achieved guarantees of social protection.

Introdução

É de se notar que nos artigos brasileiros não exista uma palavra que designe apenas a pessoa que realiza o serviço de manicure. Enquanto em inglês existe a palavra *manicurist*, em francês *manucuriste* e em espanhol *manicurista*, em português a palavra manicure é usada também para falar de quem faz este trabalho. Ainda que não tenha aparecido em nenhum artigo por nós consultado (Oliveira, 2017), a língua portuguesa possui os vocábulos “manicura” e “manicuro” para designar a pessoa que faz a manicure, segundo consta na lista de vocábulos da Academia Brasileira de Letras. Este pode ser um indicativo da pouca atenção dada ao trabalho de manicure no Brasil e da falta de reconhecimento da atividade como uma profissão. Afinal, como a profissão será reconhecida sem um nome próprio? Este incômodo é relatado por Mariazinha, a presidente do SINDEBELEZA em 2014, que prefere o uso da palavra “manicura” para designar as profissionais.

Nas produções televisivas brasileiras, o salão de beleza aparece com mais frequência nas novelas, algumas vezes com destaque para a manicura. No cinema brasileiro, há o filme *Manicures a Domicílio*, de 1976. A história se passa com um cabeleireiro que precisa juntar dinheiro para abrir o seu salão. A estratégia dele é enviar mulheres bonitas e sensuais para a casa de homens ricos para que elas sejam suas manicuras e ganhem dinheiro dessa forma. O

filme já mostra o início do cinema pornochanchada, tendência que dominou a produção nacional dos anos 1980.

No fim dos anos 1990, a manicura Babalu, interpretada por Letícia Spíller, na novela *Quatro por Quatro*, foi o personagem que deu fama à atriz. Babalu era moça pobre, muito sensual e desejada no seu bairro, de personalidade forte e engraçada, apaixonada por um mecânico que a traiu, e a quem ela jura vingança. Entre 2003 e 2004, na novela *Celebridade*, da mesma emissora, a manicura Jaqueline Joy (interpretada por Juliana Paes) é uma garota muito bonita, cujo sonho é ser famosa. Ela trabalha no mesmo salão que Darlene, interpretada por Debora Secco, uma manicura mais ambiciosa e agressiva no seu plano de ser famosa e conquistar um homem rico. Em 2008, Rakelly, manicura interpretada por Isis Valverde na novela *Beleza Pura*, é uma jovem muito bonita que trabalha no salão da mãe. A personagem é cômica com seus erros de vocabulário, sua maneira destrambelhada e pretensamente sensual de agir e pela sua paixão por um pedreiro. Com exceção de Debora Secco, todas as atrizes mencionadas ficaram famosas depois da interpretação das personagens citadas, que eram engraçadas, bonitas e fúteis.

Já no final dos anos 2000, parece ter havido mudanças nas características das personagens que trabalham em salões de beleza. Com a retomada da exibição do seriado “A Grande Família”, apareceu a manicura Bebel, uma jovem boa filha, apaixonada pelo marido, embora viva brigando com ele. Ela trabalha como manicura no salão de uma amiga da família, Marilda. Por fim, a aparição mais recente de uma personagem manicura em novelas da Globo foi em *Avenida Brasil*, exibida em 2012. Nela, um salão de beleza reúne um grupo de personagens em torno de Monalisa (interpretada por Heloísa Perissé), manicura de origem nordestina, que, com muito trabalho, e dispensando o dinheiro de Tufão (jogador de futebol bem sucedido), consegue montar seu próprio salão. Essa personagem é muito mais próxima da realidade das manicuras que entrevistei e, não por acaso, pertenceu a uma das novelas mais elogiadas pela crítica por ter retratado a chamada “classe C”, alcunha usada nos textos jornalísticos para designar a grande quantidade de pessoas que passaram a ter poder de consumo nos últimos anos⁹.

⁹ Conforme informa BBC Brasil - Notícias - ‘Avenida Brasil’ Reflete ‘Uma Classe C Que Quer Se Ver’’, publicação em 19/10/2012.

Durante 2010, o GNT, canal de televisão brasileira, pago, exibia um programa de televisão sobre o mundo do salão de beleza, o “Conversa de Salão”, às sextas-feiras, às 22h¹⁰. O programa filmava mulheres em salões recebendo serviços de beleza e conversando. O assunto principal e mais frequente apresentado era o relacionamento amoroso entre heterossexuais. A partir do que se assistia nesse programa, o salão de beleza seria um lugar onde as mulheres vão para cuidar da aparência mas também para trocar conselhos sobre suas vidas amorosas. Em geral, as manicuras e cabeleireiras mostravam-se como mulheres que ouvem e aconselham, como se compartilhassem do mesmo mundo social da cliente. As experiências de cada uma sobre relacionamentos amorosos com homens tornavam-nas interlocutoras iguais, como se diferenças de classe social, capital escolar, e consequentemente, de capital simbólico¹¹, fossem consideradas menores.

Assim, o programa reforçava a ideia de que o salão de beleza é um tipo de arena de discussão do feminino, de afirmação de um tipo de feminilidade¹². Com isso, não é difícil compreender porque a manicura não é primeiro exemplo de mulher trabalhadora que vem à mente. No entanto, são muitas as mulheres sustentando famílias com este serviço, que é abundante nas áreas urbanas brasileiras. Dentre os oferecidos pelo salão de beleza, o serviço de manicure está entre os mais procurados.

Se o salão de beleza é de fato um ambiente de sociabilidade feminina, no qual se trocam informações cotidianas, até dicas valiosas sobre a vida

¹⁰ Segundo informação do *site* do canal GNT, em 12/01/2012. Reprises eram exibidas em outros horários durante a semana. Hoje o programa está fora do ar (segundo o *site*, em 04/06/2012).

¹¹ As noções de “capital escolar” e “capital simbólico”, derivadas de “capital social” são as propostas por Bourdieu para mostrar como as classes sociais existem não só no plano econômico mas também são afirmadas em luta num plano simbólico. O capital simbólico, comumente entendido como prestígio, é um conjunto de signos e práticas cotidianas que sinalizam o pertencimento a uma classe social. Sobre o capital simbólico como forma de distinção entre as classes sociais, ver Bourdieu (2013), onde se encontra a seguinte passagem: “Toda distribuição desigual de bens ou de serviços tende assim a ser percebida como sistema simbólico, ou seja, como sistema de marcas distintivas: distribuições como a dos automóveis, os lugares de residência, os esportes, os jogos de salão são, para a percepção comum, sistemas simbólicos em cujo interior cada prática (ou não prática) recebe um valor, e a soma dessas distribuições socialmente pertinentes desenha o sistema dos estilos de vida, sistema de separações diferenciais engendradas pelo gosto e por ele apreendidas como signos de bom ou mau gosto e ao mesmo tempo como títulos de nobreza capazes de gerar um lucro de distinção tão maior quanto maior for sua raridade distintiva, ou ainda como marca de infâmia” (p.111 – p.112).

¹² Segundo a explicação do próprio *site* do GNT, “Conversas de Salão” é uma “série documental sobre ser e se fazer mulher. Entre espelhos, jatos de água, esmalte, secadores e tinturas, o programa apresentará crônicas do universo feminino realizada a partir de encontros casuais entre personagens que frequentam salões de beleza. Cada episódio abordará um tema no qual todas as mulheres se reconhecem: o amor, a desgraça, a vida dos outros, desejo (ou falta dele), destino, expectativas, sucesso, segredos, vaidade, envelhecimento, família, sexualidade e traição”.

urbana - como demonstrou a etnografia de Patricia Bouzón¹³ - esse ambiente é criado fundamentalmente com trabalho. Há o visível trabalho de atender, servir, interagir com os clientes, e há as “atividades de bastidores” que são de preparação de todos os serviços prestados no salão, para que tudo funcione como a cliente espera. Para que o salão de beleza possa proporcionar todas as experiências de bem estar, embelezamento, sociabilidade, e até mesmo este cenário de exaltação de uma determinada feminilidade, é preciso trabalho cuidadosamente pensado. No entanto, ainda não há institucionalização acerca deste trabalho para que suas trabalhadoras sejam reconhecidas como detentoras de um saber específico.

Está em curso a profissionalização do serviço de manicure, que se originou do autocuidado em geral realizado pelas mulheres nelas mesmas, em familiares, em amigas ou na patroa – caso de muitas empregadas domésticas que se tornaram manicuras. Mesmo com a transformação desse autocuidado em embelezamento artístico, e com o surgimento de novas possibilidades de cores e texturas que tornam o serviço de manicure cada vez mais sofisticado, é bastante presente no senso comum de que a profissão de manicure não permite uma carreira profissional com ganhos financeiros vantajosos e reconhecimento social. Isso ficou claro quando, no final das entrevistas realizadas para a pesquisa de doutorado (Oliveira, 2014), perguntei às manicuras se gostariam que suas filhas ou filhos trabalhassem como elas.

Não. Porque eu quero que elas estudem. Tenham a profissão delas. Como que eu vou te explicar? Eu quero que elas estudem, que elas tenham mais oportunidade, entendeu? Porque eu comecei a estudar tarde. Eu não tive pai e mãe para me proporcionar estudo. Eu tive que pagar minha faculdade. Tive que ir atrás. Sempre teve interesse. E eu procuro proporcionar isso para elas. estudar, tempo para estudar. E eu quero que elas tenham uma outra profissão. (manicura Priscila¹⁴)

Mas, ao mesmo tempo em que se vêem em baixa posição na hierarquia social das profissões, apontam que há uma mudança em curso na imagem da manicura, e não deixam de desejar a transformação desse *status*:

Eu acho assim que as pessoas têm de mudar um pouco a visão em relação ao trabalho da manicura. Elas têm de mudar a visão. As

¹³ Bouzón, Patricia Gino. 2010. “Construindo identidades: um estudo etnográfico sobre manipulação da aparência em salões de beleza na cidade do Rio de Janeiro”. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

¹⁴ Todos os nomes próprios são fictícios, para preservar a identidade das entrevistadas.

As pessoas gostam de tratar a manicure como um trabalho inferior. Na verdade não é. É um trabalho assim, digamos, menos remunerado do que o engenheiro, o médico, mas ele não é menos importante. Porque se eu vou até a cliente, é porque ela precisa do meu trabalho. Se a cliente vai até o médico, ela precisa. É uma via de duas mãos. Uma precisa da outra. Aquela história de que a manicura é fofoqueira, isso não existe mais. Mudou. Elas estão atualizadas. As manicuras de hoje que eu conheço, muitas sustentam suas casas. E têm salário muito maior do que uma pessoa que tem uma faculdade. Então eu acho que as pessoas, essas clientes, elas devem se atualizar em relação a essa profissão. Porque eu conheço uma manicura no Brasil, que eu me inspirei nela para trabalhar aqui. Porque eu sempre prestava atenção quando ela tirava cutícula. Achava interessante. Sempre gostei do trabalho dela. E ela conquistou tudo com esse trabalho. Ganhando muito mais do que eu que estava sentada numa mesa de secretária executiva. Ela comprou a casa dela. Ela comprou o carro dela. Ela sustentava a família dela. Ela pagou os estudos do filho dela. (manicura Priscila)

Quais caminhos estão disponíveis às manicuras para conquistarem algum reconhecimento social da importância de seu trabalho? Algumas sustentaram uma fachada profissional durante as entrevistas, citando cursos e esforços contínuos de aperfeiçoamento, procurando ressaltar que manicurar é uma técnica, uma arte com conhecimentos específicos. No entanto, como não há exigência legal de certificação para quem quer exercer a profissão, persiste o método autodidata para aprender o ofício, sobretudo com a ajuda dos vídeos postados por usuários na plataforma digital do You Tube.

São abundantes os cursos para manicure, vendidos não somente por escolas privadas, mas também oferecidos por órgãos públicos de recolocação profissional. Não é difícil encontrar reportagens que divulguem a profissão como uma saída para o desemprego e a exclusão social. É frequente encontrar cursos oferecidos por prefeituras, organizações não governamentais que atuam em comunidades pobres, o oferecimento do curso de manicure como uma entrada rápida no mercado de trabalho.

Desde que iniciei minhas pesquisas sobre este assunto, em 2010, encontrei diversas escolas que oferecem cursos de manicure e pedicure. Em geral, duram de dois a três meses, com carga horária a ser cumprida em um período do dia, duas ou três vezes por semana, ou aos sábados.

Os cursos são oferecidos como uma porta de acesso ao mercado de trabalho: uma qualificação rápida que vai dar chances de ingresso numa ocupação que não enfrenta desemprego. Essa é a propaganda feita pela

maioria das escolas, o que de fato se confirma, já que nenhuma das manicuras abordadas em nossas entrevistas jamais reclamou de desemprego ou falta de clientes. Já existem franquias de escolas de técnicas de embelezamento pessoal, como é o caso do Instituto Embeleze. Segundo o seu próprio *site*¹⁵, são 350 franquias no Brasil.

Há, portanto, um mercado de formação profissional, movimentado pelos serviços de beleza, segundo seus professores e proprietários destes, haveria a tendência para exigir diploma, mesmo daquelas manicuras que já exercem a profissão. Mas, apesar do aumento dos cursos de formação de profissionais de estética pessoal, ainda não há nenhuma obrigação legal de curso específico para prestar esse serviço. Na lei que regulamenta as profissões de cabeleireiro, esteticista, manicure e pedicure, entre outras do ramo de embelezamento (Lei 12.595 de 19 de janeiro de 2012), foram vetados os artigos 2º e 3º, que mencionavam a necessidade de o(a) profissional ter o Ensino Fundamental Completo e um curso profissionalizante, pois, segundo o veto presidencial,

A Constituição, em seu art. 5o, inciso XIII, assegura o livre exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, cabendo a imposição de restrições apenas quando houver a possibilidade de ocorrer algum dano à sociedade." Essa, Senhor Presidente, a razão que me levou a vetar os dispositivos acima mencionados do projeto em causa, a qual ora submeto à elevada apreciação dos Senhores Membros do Congresso Nacional.

Desde os anos 1970, pesquisas já apontavam os possíveis danos à saúde das unhas das clientes (Johnson, 2001). Além disso, é necessário considerar os danos à saúde da trabalhadora. Pode-se observar, assim, que o veto contradiz exigências da própria lei, pois é sabido que certos procedimentos de higienização, esterilização e desinfecção, além do uso dos instrumentos perfurocortantes e de substâncias químicas, dependem de conhecimento técnico para serem realizados. Sem garantir nenhuma diferenciação entre a manicura e a mulher que habilmente faz suas unhas em casa, a lei que promulga que manicure é profissão é vista como insuficiente por algumas manicuras entrevistadas. O principal argumento em torno da exigência do curso relaciona a ocupação à saúde e não a estética. Sem a exigência de

¹⁵ Disponível em www.institutoembelleze.com. Acesso em 08/04/2019

qualificação, a lei ignora os potenciais riscos à saúde da cliente e da trabalhadora que a manicura não qualificada poderia causar, como verifica-se em revisão de literatura (Oliveira, 2017).

Assim, um dos principais requisitos para que uma profissão se estabeleça, segundo Freidson (1998), resta ausente: o respaldo institucional que garante a exclusividade do uso de um conhecimento específico.

Em 2016, como que antecipando as regras da reforma trabalhista realizada em 2017, foi promulgada a Lei Federal 13552/2016, chamada de Lei do Salão Parceiro, complementando e modificando artigos da primeira lei, criada em 2012. De acordo com Merísio (2017), a lei tem o objetivo de garantir o espírito do empreendedorismo aos profissionais-parceiros, que não se confundem com profissionais contratados com vínculo trabalhistas, mas que, como parceiros, são considerados como microempreendedores individuais ou pequenos empresários.

No contrato de parceria é obrigação do salão parceiro reter a cota parte do serviço prestado pelo profissional, e descontados seus custos com o negócio e a contribuições previdenciárias referentes ao profissional, repassar o restante, em periodicidade acordada em contrato. A responsabilidade pelas normas de saúde e segurança do trabalho segue com o empresário dono do estabelecimento. Assim, qual a diferença fundamental entre este contrato e um vínculo empregatício? Não há nesta relação, obrigação de pagamento de férias e décimo terceiro salário, e nem de seguro acidente de trabalho. Tudo pode ser negociado, assim como a obrigação de horário de trabalho fixo e até mesmo a exclusividade da prestação do serviço.

De fato, a prática de pagamento de profissionais por meio de uma comissão sobre o serviço prestado sempre foi corrente e a mais comum (Oliveira, 2014). A lei não traz uma novidade na forma de pagamento destes profissionais, que, por vezes, eram registrados em carteira de trabalho com uma remuneração mínima, menor do que a que recebiam de fato. Após a promulgação desta lei ainda não temos dados de pesquisa de campo para confirmar se houve ou não adesão de profissionais e salões.

Com o aumento do uso da internet para conectar consumidores e prestadores de serviços, a “uberização” chegou também a este setor, como é o caso da empresa Singu, que oferece serviços de embelezamento pessoal, mas

não tem nenhum salão de beleza e nenhum empregado da área da beleza. Assim como a Uber[®], o serviço principal oferecido é o aplicativo que faz a conexão entre clientes e prestadores de serviços, cobrando do prestador de serviço uma porcentagem no ganho recebido. A empresa seleciona trabalhadoras, oferece um contrato de prestação de serviço com um conjunto de regras que visam garantir a qualidade do serviço prestado, mas também que a manicura cumpra com um contrato de exclusividade, não oferecendo serviços sem o intermédio do aplicativo.

Em 2018, a Pesquisa “Trajetórias da Informalidade no Brasil”, da Fundação Perseu Abramo, entrevistou diversos profissionais que trabalham sem contrato formal de trabalho, e dentre eles, algumas manicuras. Em uma das entrevistas, Clara¹⁶ relatou como trocou o salão de beleza pelo aplicativo. A principal vantagem, na sua opinião, é que nesse sistema não lhe faltam clientes e ela não tem tempo ocioso. Sua rotina consiste em diariamente acessar um chat eletrônico onde são postados os serviços solicitados pelos clientes, como em um mural. De acordo com a localização de cada cliente, ela vai formando sua agenda do dia ou da semana. O tempo da prestação de serviço é estimulado pelo aplicativo, mas o tempo entre uma cliente e outra é Clara que agenda, de acordo com sua experiência de deslocamento pela cidade, e com o meio de transporte que ela tem a possibilidade de utilizar.

Isso faz com que ela tenha controle da extensão da sua jornada de trabalho. Não está submetida ao ritmo imposto pela gerência de salão, que poderia, sem aviso prévio, agendar uma cliente para um pouco depois do horário de fim de expediente. Ela sabe exatamente quando seu dia de trabalho vai começar e vai terminar, pois ela mesmo é a gerente da sua agenda. Esta autonomia sobre a sua jornada foi fundamental para que ela abandonasse os salões.

Clara pode também alocar em sua agenda horários de descanso, e escolher não trabalhar no fim de semana. Em salões de beleza, os sábados são obrigatórios, e isto prejudica a vida social e a relação com a família. No aplicativo é possível escolher, de vez em quando, folgar no sábado. Como desvantagens, Clara aponta os custos de um trabalho autônomo. Ela deve

¹⁶ O nome é fictício, para preservar o anonimato da entrevistada.

pagar pelo seu deslocamento, e ela que deve arcar com todo o material necessário, incluindo a esterilização dos equipamentos.

Mas se a manicura tem a autonomia de gerenciar seu horário de trabalho, tem também que cumprir algumas regras. Assim que chega à casa da cliente, deve ligar o aplicativo informando que o serviço começou a ser executado e quando foi finalizado. Isto, para que a empresa veja quanto tempo ela permaneceu na casa da cliente. Se Clara passa mais tempo na casa da cliente do que o costureiro para a realização do serviço agendado, a empresa pode desconfiar de que a trabalhadora vendeu um serviço “por fora”, e isso é proibido. Para a trabalhadora, a empresa diz que se esta fornece seu número de telefone e depois não puder atender, retira a oportunidade da cliente conhecer o serviço de outras colegas. Assim, a empresa tenta estimular um sentido de coletividade entre as manicuras cadastradas, como se elas fossem uma equipe que se reveza para atender aos pedidos feitos pelas clientes da empresa, no entanto elas não se conhecem pessoalmente e esta medida funciona como uma forma de não excluir a intermediação do aplicativo, para que a manicura não tenha acesso direto para agendar clientes.

Assim, a empresa-aplicativo (Abílio, 2017) atualmente paga 70% de comissão, e não oferece nenhum tipo de registro empregatício ou contrato de parceria. Mesmo assim, parece, para Clara, um melhor tipo de contrato de trabalho, ao menos por enquanto. É preciso assinalar que este é um contrato bastante fluido, cujos termos podem mudar de repente – não há a garantia dos 30 dias de aviso prévio, existentes na lei do Salão Parceiro. Pouco depois da entrevista, a mesma manicura informou que a empresa diminuiu a porcentagem da comissão paga. Se ela não quiser aceitar o novo valor, a opção é sair do aplicativo – sem negociações.

É certo que o serviço de manicure se popularizou e ganhou mais visibilidade como um trabalho específico de uma profissional. Justamente por não ter um código profissional que restrinja o ingresso, também se torna mais fácil de ser contratado via aplicativos ou por contrato de parceria. Se por um lado estas formas de contratação proporcionam mais acesso das profissionais às clientes, e, por conseguinte, mais possibilidades de ganhos, por outro, faz com que a própria profissional tenha que construir sozinha suas retaguardas: se adoecer, se se acidentar, e precisar de uma pausa para se recuperar de

saúde, é algo que a manicura só poderá fazer se ela mesma construir suas reservas financeiras, ou se fizer seu plano de previdência – público, como autônoma, ou privado. Um exemplo de que visibilidade e proteção social nem sempre andam juntos.

Referências

- Abílio, Ludmila. “Uberização do trabalho: subsunção real da viração”. In: *Passa Palavra*. Disponível em: <https://passapalavra.info/2017/02/110685/> Acesso em 08/04/2019.
- Bouzáon, Patrícia (2010). Construindo identidades: um estudo etnográfico sobre manipulação da aparência em salões de beleza na cidade do Rio de Janeiro. (Tese de doutorado). Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.
- Bourdieu, Pierre. (2013). Capital simbólico e classes sociais. *Novos estudos CEBRAP*, (96), 105-115. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002013000200008>
- BRASIL. Lei Federal 12.592, de 19 de janeiro de 2012. Dispõe sobre o exercício das atividades profissionais de Cabeleireiro, Barbeiro, Esteticista, Manicure, Pedicure, Depilador e Maquiador. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12592.htm. Acesso em 10/04/2019
- Freidson, Eliot. (1998) *Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política*. Tradução de Celso Mauro Paciornik. Edusp: São Paulo.
- Fundação Perseu Abramo. Pesquisa Trajetórias da Informalidade no Brasil. Projeto Reconexão Periferias. São Paulo: no prelo, 2018.
- Johnson, Ian L. (2001) Survey of Infection Control Procedures at Manicure and Pedicure Establishments in North York. *Canadian Journal of Public Health* 92, no. 2 134-7.
- Merísio, Patrick Maia e Maia, Silvana Liberto Alves. (2017). Contrato de parceria : o salão-parceiro (Lei n. 13.352/2016): aspectos práticos civis e trabalhistas. São Paulo: LTr, 2017.
- Oliveira, J. A. (2014). Fazendo a vida fazendo unhas: uma análise sociológica do trabalho de manicure. Doctoral Thesis, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, University of São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.8.2014.tde-05032015-104355. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-05032015-104355/en.php> Acesso em 10/04/2019.
- Oliveira, J.A. (2017) “O trabalho das manicures e as questões da literatura científica”. In: *International Journal on Working Conditions*, No.13, June 2017. Disponível em: http://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.13_JOliveira.123.139.pdf. Acesso em 10/04/201.

Return to work among breast cancer survival: factors involved

Retorno ao trabalho de sobreviventes de câncer de mama: fatores intervenientes¹

Laís Bonagurio Peressim

Inês Monteiro

<https://orcid.org/0000-0002-6004-8378>

Abstract

Breast cancer is a multifactorial disease, and age is considered the main risk factor for its development, especially when associated with environmental, behavioral, reproductive and hormonal history factors. The treatments of choice, in general, are conservative or radical surgery, radiotherapy, chemotherapy and/ or hormone therapy. This study aimed to survey the prevalence of return to work and intervening factors in women that received treatment for breast cancer. A cross-sectional study was developed with 104 women who received surgical treatment for breast cancer in the period from January to December 2007. They were contacted by telephone interview to answer the questionnaire. The mean age at surgery was 54.2 years, 81% of the volunteers returned to work and 76% remained working. It was identified that the factors reported by the women in this research as being difficult are of physical origin - muscle weakness, decreased range of motion and lymphedema. In the present study, welfare factors and seeing work as part of life were positively associated with returning and staying working, and the financial need presented this association only with keeping on working.

Keywords: return to work, breast cancer, work

Introdução

Contextualização do câncer de mama, tratamento e atividade laboral

Na população feminina o câncer de mama é o tipo mais comum e frequente no mundo e no Brasil, quando se exclui o de pele do tipo não melanoma. De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil, a estimativa para o ano de 2018 foi de 59700 novos casos de câncer de mama, o que corresponde a 25% da totalidade dos novos casos de câncer, com perspectiva de maior incidência para a região Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, respectivamente¹.

¹ Esta pesquisa integra a dissertação de mestrado “**Retorno ao trabalho de mulheres sobreviventes de câncer de mama: fatores intervenientes**”, de Laís Bonagurio Peressim, defendida em 26.7.2012, no PPG Enfermagem – Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

O câncer de mama é uma doença multifatorial, porém a idade é apontada como o principal fator de risco para seu desenvolvimento, principalmente quando associada a fatores ambientais, comportamentais, de história reprodutiva e hormonal. O INCA indica que quatro a cada cinco casos de diagnóstico da doença ocorre após os 50 anos, no entanto, nos casos de hereditariedade genética o diagnóstico pode acontecer antes dos 50 anos².

Assim, muitas mulheres têm recebido o diagnóstico em idade considerada produtiva³⁻⁵ e, muitas vezes, a doença diagnosticada em mulheres mais jovens e em estádios iniciais resulta em maiores taxas de sobrevida e retorno a produtividade⁶⁻⁹.

Os tratamentos de escolha para o câncer de mama são, em geral, a cirurgia conservadora ou radical, radioterapia (RT), quimioterapia (QT) e, ou hormonioterapia (HT), e podem ocorrer de maneira isolada ou conjunta, tendo como objetivos curar, evitar a recidiva e aumentar a sobrevida com qualidade^{10,11}. O tratamento proposto é definido pelo estadiamento, além de idade, estado menopausal e presença de receptor de estrógeno e progesterona⁹.

A somatória dos fatores aumento na incidência do câncer de mama, detecção precoce e tratamentos mais efetivos resultam na expectativa de grande número de mulheres retornando às atividades produtivas^{12,13}, fato este considerado como retorno às atividades normais e primordial para a reabilitação após o tratamento de câncer¹³, além de prover melhorias na qualidade de vida e recuperação social^{14,15}.

No entanto, mudanças temporárias podem ser necessárias durante o período de tratamento¹⁶, tempo este que pode variar de seis a nove meses, quando as mulheres são submetidas a terapias adjuvantes (QT, RT e HT), as quais podem causar limitações físicas e psicológicas a curto e longo prazo^{17,18}. Por este motivo, os estudos direcionados a pesquisar a prevalência de retorno ao trabalho de mulheres tratadas por câncer de mama são realizados com intervalo de tempo com grandes variações entre o diagnóstico e a entrevista, de seis meses¹⁹ a nove anos¹³.

Apesar de os tratamentos serem cada vez mais precisos, eficientes e menos agressivos os efeitos adversos ainda podem ocorrer^{20,21}. Dentre eles destacam-se lesão do nervo intercostobraquial, seguido de distúrbios

sensoriais, diminuição da amplitude de movimento, linfedema^{22,23}, depressão, ansiedade, insônia, fadiga, stress psicológico, vômito, náuseas, limitações das habilidades²⁴⁻²⁶ e dor^{23,27}, podendo resultar em forte impacto na qualidade de vida²⁸. Desta forma, muitas questões podem estar envolvidas no prognóstico, entre elas os problemas físicos e mentais e aspectos da vida diária, incluindo a atividade profissional²⁹.

Diagnóstico e tratamento para o câncer de mama e retorno ao trabalho

Há diversos estudos que investigam o impacto do diagnóstico do câncer de mama nas atividades laborais realizadas previamente, porém a heterogeneidade da doença e do tratamento, características físicas, psicológicas e sociais dificultam a caracterização desse quadro.

Estudiosos observaram que mulheres submetidas à cirurgia e QT permaneciam igualmente afastadas do trabalho, quando comparadas às submetidas apenas à cirurgia⁹, ou seja, nesse estudo a realização de tratamento adjuvante do tipo QT não influenciou em ampliar o período de afastamento.

Quando investigada a diminuição de produtividade em estudo realizado em Nova Iorque - EUA, utilizando o instrumento 'Work Limitations Questionnaire', o tipo de cirurgia, RT, QT e HT não foram apontados como preditores da diminuição da produtividade³⁰. Porém, em outra pesquisa em que a idade avançada foi analisada em conjunto com as terapêuticas não cirúrgicas, a QT apresentou associação com as mudanças no trabalho, fato não observado com aplicação de RT¹⁷.

A abordagem axilar parece influenciar no retorno ao trabalho³¹ e na qualidade de vida^{26,32}, sendo a linfonodectomia axilar um fator negativo quando comparada à biópsia do linfonodo sentinela (BLS) - técnica esta que permite preservar linfonodos axilares na ausência de comprometimento dos mesmos³³. Dessa maneira sugere-se que o tipo de cirurgia tem influência no retorno às atividades normais, inclusive ao trabalho³⁴.

Diversos estudos identificaram que a maioria das mulheres estava apta a retornar ao trabalho que realizavam previamente ao diagnóstico de câncer de mama^{6,31,35-38}. Os estudos que focam os fatores psicossociais relacionados a

esta prática retrataram que suporte social, do Serviço de Saúde Ocupacional e as acomodações no local de trabalho, são fatores que podem estar associados à maior facilidade de retorno as atividades laborais prévias³⁶. No entanto, os efeitos secundários do tratamento de câncer de mama podem afetar a capacidade de trabalho, mesmo após o término do tratamento³⁹.

O retorno ao trabalho após a exposição às modalidades terapêuticas é importante para as pacientes, empregadores e sociedade^{4,40} resultando em diversos benefícios, como auxílio na recuperação do tratamento, melhora da autoestima, maior controle emocional, redução da ansiedade^{29,41} e suporte financeiro⁴². No entanto, não são todas as mulheres que desejam continuar trabalhando durante o tratamento, e muitas interrompem as atividades laborais temporária ou definitivamente^{29,31,43-47}.

Alguns estudos sugerem que as dificuldades para o retorno e/ou manutenção das atividades laborais se relacionam ao próprio trabalho, à doença, ao tratamento²⁹, às características pessoais e à situação financeira⁴⁵. A fadiga se destaca entre as queixas referidas pelas mulheres e, assim, passa a ser considerada como principal fator limitante para a realização das atividades laborais^{48,49}.

A fadiga é um sintoma encontrado frequentemente na prática médica e, em geral, de difícil diagnóstico, podendo ser indicadora de uma variedade de alterações na saúde física e mental⁵⁰. É um processo gradual e cumulativo, que diminui o desempenho do indivíduo e representa um fenômeno psicofisiológico geral, acompanhado de diminuição da habilidade para a realização de tarefas. Por este motivo, é um sintoma indagado em pesquisas que abordam o retorno ao trabalho após o diagnóstico e tratamento para câncer de mama, com resultados similares que indicam esta queixa como fator dificultador do retorno ao trabalho^{13,30}. É importante ressaltar que as cirurgias radicais e a QT aumentam a chance de desenvolvimento deste sintoma⁵¹.

Vários fatores podem estar ainda associados à baixa adesão de retorno ao trabalho, tais como, idade; raça negra; baixa renda familiar anual; baixa escolaridade; percepção do estado de saúde como regular ou ruim antes de receber o diagnóstico de câncer de mama; estadiamento do tumor avançado; tipo de trabalho; sentimento de discriminação causado pelos empregadores

devido ao diagnóstico da doença⁵²; falta de recursos no trabalho e pessimismo¹².

As sobreviventes de câncer de mama podem apresentar limitações e resistência para retorno e, ou manutenção no trabalho, como explanado até aqui. Dessa maneira é importante que os profissionais de saúde identifiquem os possíveis fatores associados a esta condição, para elaborar medidas específicas de auxílio⁴, como as realizadas em países de alta renda³, sendo este recurso fundamental para a reabilitação global das mulheres.

As intervenções devem ser destinadas para que as sobreviventes de câncer de mama retornem ao trabalho ou tenham novas oportunidades de emprego, adequado às limitações. Portanto, os profissionais de saúde devem precocemente questionar essa população sobre o retorno ao trabalho e possíveis dificuldades nesse processo e, quando necessário, encaminhar a profissionais especializados na área³.

Esta pesquisa objetivou investigar o retorno ao trabalho de mulheres tratadas por câncer de mama em um hospital universitário na cidade de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil.

Método

Realizou-se um estudo transversal em parceria com o Ambulatório de Fisioterapia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas – SP. A identificação da população a ser estudada iniciou pela análise da tabulação de dados, realizada pelo Serviço de Fisioterapia do CAISM/UNICAMP, de mulheres submetidas ao tratamento para câncer de mama, no período de 01 janeiro a 31 de dezembro de 2007, e atendidas por fisioterapeutas do Serviço.

Os dados de mulheres submetidas ao tratamento para câncer de mama previamente tabulados foram utilizados em pesquisa do referido Serviço cujo título é “Acompanhamento fisioterapêutico no ambulatório de oncologia mamária do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - CAISM - Biênio 2006-2007”.

Os critérios de elegibilidade para o presente estudo foram: ter sido submetida à cirurgia radical ou conservadora associada à linfonodectomia parcial ou total no CAISM/UNICAMP e, consecutivamente, ter recebido orientações fisioterapêuticas no pós-operatório imediato sobre cuidados gerais com o membro homolateral à cirurgia e cinesioterapia, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007; realizar atividades laborais previamente ao diagnóstico de câncer de mama; mulheres cujo prontuário médico apresentava informações completas sobre terapêuticas cirúrgicas e não cirúrgicas; mulheres que foi possível o contato telefônico no ano de 2011.

O número do telefone das mulheres foi identificado por sistema informatizado do CAISM/UNICAMP, obtido por meio do número do prontuário. Posteriormente, as mulheres foram contatadas para aplicação do questionário.

Foi elaborado um questionário baseado em estudos da literatura, visto que não existia instrumento brasileiro validado que contemplasse os objetivos deste estudo^{9,13,30} e para isso foi realizado o processo de validação de conteúdo.

O questionário possui questões relativas aos dados sociodemográficos, ao tratamento e ao trabalho. Informações referentes às terapias neoadjuvantes e/ou adjuvantes foram questionadas, no entanto em casos que as mulheres demonstraram dúvida ou dificuldade para responder, as informações foram checadas no prontuário médico. Há questões relacionadas ao tipo de trabalho exercido antes e após o diagnóstico de câncer de mama, e questões que identificam a prevalência de retorno ao trabalho, assim como tempo necessário para esse retorno e tempo de afastamento. Há também duas questões abertas sobre fatores facilitadores e dificultadores do retorno ao trabalho e uma questão fechada sobre saúde comparada.

Por meio deste questionário estudaram-se as variáveis: retorno ao trabalho, em qualquer período, entre o tratamento cirúrgico para câncer de mama (2007) até a data da entrevista da pesquisa (2011); manter-se trabalhando, esta variável foi considerada nos casos em que durante a entrevista a mulher relatou estar trabalhando; e mudança ocorrida na quantidade de horas trabalhadas, independente de ser por dia, semana ou ambas

Inicialmente havia 279 mulheres elegíveis para a pesquisa, destas, excluiu-se 141 por não conseguir o contato telefônico, mesmo após diversas tentativas; e 34 por não se enquadrarem nos critérios de elegibilidade; assim 104 mulheres participaram do estudo.

As mulheres selecionadas foram informadas sobre a justificativa e os objetivos da pesquisa. Por se tratar de entrevistas por telefone, o consentimento livre e esclarecido escrito foi substituído pelo consentimento verbal obtido no momento do contato telefônico⁶⁴.

Garantiu-se as mulheres o direito de se recusar em participar do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a possíveis tratamentos de saúde realizados no hospital universitário. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM/UNICAMP - parecer número 1096/2009 no dia 24/05/2011 e pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia do CAISM/UNICAMP.

Para realização da análise descritiva da amostra utilizou-se o programa SPSS® 15.0, com tabelas de frequência para as variáveis categóricas e tabelas contendo média, mediana, desvio padrão (DP), mínimo e máximo para as variáveis contínuas.

As análises comparativas das variáveis categóricas foram realizadas por meio dos testes qui-quadrado e Exato de Fisher com o objetivo de definir fatores associados com o retorno ao trabalho, manter-se trabalhando e a ocorrência de mudança na quantidade de horas trabalhadas. Para comparação das variáveis contínuas utilizou-se o teste Mann-Whitney. A análise múltipla foi realizada pelo programa SAS® 9.2, pelo modelo de regressão logística e o processo de seleção de variáveis empregado foi o *stepwise*⁶⁵. Valores de p menores que 0,05 foram considerados como indicativos de significância estatística.

Resultados e discussão

A característica sociodemográfica da amostra estudada apontou idade média das mulheres no momento da cirurgia de 54,2 anos (DP 12,8). A idade foi categorizada e assim pôde-se observar igualdade no percentual das faixas etárias de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, sendo que a soma de ambas

representa aproximadamente metade da população estudada (52%). Apenas 14 mulheres (13%) tinham idade maior ou igual a 70 anos e a mesma quantidade com idade inferior a 40 anos. Prevaleceu o estado civil casada/união estável (62%), com ensino fundamental incompleto (53%) (tabela 1).

Tabela 1 Características sociodemográficas das 104 sobreviventes de câncer de mama.

Características sociodemográficas	n	%
Idade no momento da cirurgia		
< 40 anos	14	13
40 – 49 anos	27	26
50 – 59 anos	27	26
60 – 69 anos	22	22
≥ 70 anos	14	13
Estado Civil		
Solteira	13	12
Casada/ União estável	64	62
Separada	1	1
Divorciada	6	6
Viúva	20	19
Escolaridade		
Não estudou	14	13
Ensino fundamental incompleto	55	53
Ensino fundamental completo/ médio incompleto	3/ 3	3/ 3
Ensino médio completo/ superior incompleto	19/ 9	18/ 9
Ensino superior completo	1	1
Total	104	100

Os fatores idade, estado civil e escolaridade não estiveram associados neste estudo com o retorno ao trabalho, manutenção e mudança nas horas trabalhadas.

Após o tratamento para câncer de mama 10% das 104 mulheres aposentaram e 30% afastaram-se do trabalho em algum momento, no período decorrido do tratamento cirúrgico até a entrevista. Das que se mantiveram

trabalhando pôde-se averiguar pequenas diferenças nos tipos de vínculos, como o aumento do percentual de mulheres “do lar” (50% para 52%) e a diminuição do vínculo com instituição privada (16% para 14%). As mulheres apresentaram ainda, mudanças no tipo de atividade exercida e local de trabalho, sem necessariamente mudar o tipo de vínculo empregatício. Observou-se que 14% apresentaram mudança no local de trabalho, 28% no tipo de atividade que exerciam e 50% na quantidade de horas trabalhadas (tabela 2).

Tabela 2 Características relacionadas ao trabalho exercido antes e após o diagnóstico de câncer de mama.

Características do trabalho	n	%
Retornou ao trabalho ^a	84	81
Manteve-se trabalhando ^a	79	76
Afastou-se do trabalho	31	30
Aposentada quando diagnosticado o câncer de mama ^a	26	25
Aposentou após tratamento para câncer de mama	10	10
Tipo de trabalho quando diagnosticado o câncer de mama ^a		
“Do lar”	52	50
Autônoma	26	25
Instituição privada	17	16
Instituição pública	9	9
Tipo de trabalho quando entrevistada ^b		
“Do lar”	41	52
Autônoma	20	25
Instituição privada	11	14
Instituição pública	7	9
Mudança no local de trabalho ^b	11	14
Mudança no tipo de atividade de trabalho ^b	22	28
Mudança na quantidade de horas trabalhadas ^c	26	50

^aValores correspondentes a 104 mulheres inclusas no estudo.

^bValores correspondentes a 79 mulheres que mantiveram-se trabalhando até o momento da entrevista.

^cValores correspondentes a 52 mulheres que mantiveram-se trabalhando, as demais não souberam responder a quantidade de horas trabalhadas por dia ou por semana.

Em média as mulheres demoraram 11 meses (DP 9,8) para retornar ao trabalho, entretanto, em alguns casos este período foi menor que um mês e,

em outros, a duração foi de até 42 meses. Em casos de afastamento do trabalho, o tempo médio foi de 19 meses (DP 12), com variação de um a 57 meses e observou-se que ter em algum momento se afastado do trabalho, esteve associado com não retornar ao trabalho ($p=0,028$) e não manter-se trabalhando ($p=0,005$) ambos pela análise com teste qui-quadrado.

Dentre as mulheres entrevistadas no presente estudo, 25% já eram aposentadas quando receberam o diagnóstico de câncer de mama, porém, mantinham-se trabalhando “no lar”, como autônomas e com vínculo empregatício em instituição pública e, uma, em instituição privada. Esta variável apresentou relação negativa com o retorno ao trabalho e manter-se nele engajada.

A questão sobre quantidade de horas trabalhadas por dia e por semana foi respondida por 52 mulheres, as demais não souberam responder sobre este questionamento, pois não possuíam horário fixo para realização das atividades de trabalho e, em média, as mulheres reduziram a jornada de trabalho em 4,25 horas (DP 16,5) por semana.

Assim, se investigou os possíveis fatores influenciadores em retornar ao trabalho, manter-se trabalhando e mudanças nas horas de trabalho. Pôde-se observar que a não realização de QT neoadjuvante foi um fator associado à manutenção no trabalho ($p=0,035$) constatado em 75 (95%) das 79 mulheres que se mantiveram trabalhando. Os demais tratamentos, assim como as diferentes cirurgias e a realização ou não de reconstrução mamária não influenciaram nas variáveis estudadas (tabela 3).

Investigou-se a relação de antecedentes patológicos ao diagnóstico de câncer de mama com as variáveis do estudo e observou-se tendência das mulheres manterem-se trabalhando quando não apresentam como antecedentes doenças relacionadas ao membro superior, sendo que 70 (89%) das 79 mulheres que se mantiveram trabalhando não apresentavam esta disfunção.

No presente estudo, das 84 mulheres que retornaram ao trabalho, 60 (71%) não referiram dor no membro superior, 78 (92%) não referiram dores em outros locais do corpo e 81 (96%) não referiram alterações musculoesqueléticas. A ausência destes relatos como fator dificultador esteve associada com o retorno ao trabalho, entretanto quando realizada a mesma

análise com manter-se trabalhando observou-se associação apenas com a ausência de relato de dor em outro local do corpo, não referida por 74 (94%) das 79 mulheres que se mantiveram trabalhando.

Tabela 3 Características relacionadas ao estadiamento e tratamento do câncer de mama.

	Entrevista das por telefone	Retorno ao trabalho			Manter-se trabalhando			Mudanças nas horas de trabalho ^e		
	n (%)	n (%)		p valor a	n (%)		p valor a	n (%)		p valor a
		Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não	
Estadiamento clínico ^c										
Is-II	67 (74)	56 (78)	11 (61)	0,12	52 (78)	15 (65)	0,24	17 (77)	17 (77)	1,00
III-IV	23 (26)	16 (22)	7 (39)	7 ^b	15 (22)	8 (35)	0	5 (23)	5 (23)	0
Tipo de cirurgia										
Radical	68 (65)	56 (67)	12 (60)	0,57 3	52 (66)	16 (64)	0,86 7	15 (58)	17 (65)	0,56 9
Conservadora	36 (35)	28 (33)	8 (40)		27 (34)	9 (36)		11 (42)	9 (35)	
Reconstrução mamária ^d										
Realizou	19 (28)	15 (27)	4 (33)	0,44	15 (29)	4 (25)	0,51	6 (40)	7 (41)	0,94
Não realizou	49 (72)	41 (73)	8 (67)	5 ^b	37 (71)	12 (75)	8 ^b	9 (60)	10 (59)	6
QT neoadjuvante										
Sim	9 (9)	5 (6)	4 (20)	0,06	4 (5)	5 (20)	0,03	2 (8)	1 (4)	0,50
Não	95 (91)	79 (94)	16 (80)	7 ^b	75 (95)	20 (80)	5 ^b	24 (92)	25 (96)	0 ^b
QT adjuvante										
Sim	74 (71)	59 (70)	15 (75)	0,67	54 (68)	20 (80)	0,26	21 (81)	17 (65)	0,21
Não	30 (29)	25 (30)	5 (25)	3	25 (32)	5 (20)	3	5 (19)	9 (35)	1
RT										
Sim	64 (62)	50 (60)	14 (70)	0,27	46 (58)	18 (72)	0,21	17 (65)	16 (62)	0,77
Não	40 (38)	34 (40)	6 (30)	4	33 (42)	7 (28)	7	9 (35)	10 (38)	3
HT										
Sim	70 (67)	55 (65)	15 (75)	0,41	50 (63)	20 (80)	0,12	16 (62)	16 (62)	1,00
Não	34 (33)	29 (34)	5 (25)	4	29 (37)	5 (20)	1	10 (38)	10 (38)	0
Total	104 (100)	84 (100)	20 (100)		79 (100)	25 (100)		26 (100)	26 (100)	

^aTeste qui-quadrado; ^bTeste exato de Fisher

^cInformações referentes a 90 mulheres. As demais não possuíam dados completos de estadiamento pelo Serviço de Fisioterapia e prontuário médico.

^dInformações das 68 mulheres que realizaram as cirurgias radicais.

^eValores correspondentes a 52 mulheres que mantiveram-se trabalhando, as demais não souberam responder a quantidade de horas trabalhadas por dia ou por semana.

Em relação aos fatores facilitadores o número de respostas nas questões abertas foi menor em comparação aos dificultadores. Os fatores associados com o retorno ao trabalho foram o bem-estar, referido por 14 (17%)

das 84 mulheres; e o trabalho como fazendo parte da vida, referido por 19 (23%) das 84 mulheres.

Entre as 79 mulheres que se mantiveram trabalhando 14 (18%) referiram o bem-estar, e 19 (24%) referiram o trabalho como parte da vida, e estas variáveis, assim como no retorno ao trabalho, apresentaram associação com a manutenção do mesmo. Entretanto, houve associação ainda da necessidade financeira, como fator que impulsionou a manutenção no trabalho, referido por 18 (23%) das 79 mulheres.

A porcentagem de retorno ao trabalho pode variar de um país para outro, devido a auxílios disponibilizados para diagnóstico, tratamento e reabilitação. No presente estudo, o percentual de retorno foi de 81%, no entanto, até o momento da entrevista, 5% haviam deixado de trabalhar.

Nos Estados Unidos da América (EUA) há consenso de alto percentual de retorno ao trabalho, de 83% a 93%, em mulheres diagnosticadas com câncer de mama^{16,19,52}. Na União Europeia há diferença na taxa de retorno entre os diferentes países, variando de 82% a 100%^{9,40,53,54} e outros com valores menores, em torno de 50%³⁴, similar ao relatado para a Coreia do Sul (59%)¹³.

No presente estudo, identificou-se que 10% das mulheres se aposentaram após o tratamento para o câncer, resultado similar ao obtido em estudo realizado em Madri, Espanha, com 96 mulheres, com idade entre 18 e 65 anos, e tempo médio de diagnóstico de três anos, das quais 11% se aposentaram⁵⁵. No referido estudo não foi relatado se as mulheres que se aposentaram retornaram ao trabalho.

Estudo realizado na Suécia que avaliou 102 mulheres, 10 meses após o tratamento cirúrgico para câncer de mama, apontou que o tempo de licença médica menor que 30 dias foi fator preceptor de retorno ao trabalho³⁴, porém, 10 meses é um tempo em que as mulheres ainda poderiam estar afastadas para realização de terapias adjuvantes e assim não poderiam retornar ao trabalho.

Ao analisar o retorno ao trabalho na Holanda, no período de seis, 12 e 18 meses após o diagnóstico do câncer de mama, pesquisadores apontaram que o retorno e a habilidade no trabalho aumentaram até os 12 primeiros meses e depois estabilizam. Nesta mesma abordagem, foi identificado que a

realização isolada de cirurgia, ou seja, sem QT, RT e HT, apresentou-se associada com o desenvolvimento de habilidade no trabalho⁴.

Em Massachusetts - EUA, pesquisadores investigaram mudanças no retorno ao trabalho de mulheres tratadas por câncer de mama, e consideraram como mudança a aposentadoria e a incapacidade para o trabalho e observaram que a QT aumentou 1,8 vezes a chance de estas mudanças ocorrerem, especificamente na amostra com idade maior que 51 anos. Já a RT, só influenciou quando associada à comorbidades e metástase. Foi destacado ainda que os efeitos colaterais que perduraram em longo prazo foram mais prováveis de causar estas mudanças que os efeitos agudos¹⁶.

Os efeitos colaterais da QT são normalmente relatados por sobreviventes de câncer de mama como potencial influenciador na capacidade de trabalhar a curto e longo prazo^{19,34}. Sabe-se que tais efeitos interferem principalmente por causar fadiga e exaustão, fatores apontados mais de uma vez como dificultadores do retorno ao trabalho^{13,30,45}, além de causar alterações emocionais, desencadear maiores preocupações com a doença⁹, e serem mediadores de alterações cognitivas⁵⁶.

A presença de fadiga, dor, diminuição da amplitude de movimento e linfedema influenciaram diretamente em pesquisa que investigou a produtividade das mulheres tratadas por câncer de mama que se encontravam trabalhando, em estudo realizado nos EUA³⁰. A discriminação no local de trabalho é outro fator importante, identificado em pesquisa realizada em Quebec, Canadá, conduzida por entrevista telefônica, três anos após o câncer de mama, com o objetivo de investigar a ocorrência de mudanças negativas no local de trabalho associadas ao câncer⁵⁷.

A discriminação vem sendo investigada e desencorajada por pesquisadores¹². No presente estudo, não houve associação positiva das variáveis relacionadas ao trabalho com o relato de apoio dos empregadores, mas também não pôde ser observada associação pela dificuldade impostas por estes, como por exemplo, por discriminação.

Em inquérito qualitativo sobre fatores intervenientes no retorno ao trabalho, mulheres relataram que o suporte e as relações de familiares e amigos se fizeram necessários⁵⁸.

No presente estudo houve relato similar, porém, em menor número, sem associação com as variáveis estudadas.

O trabalho que exige esforço físico e a ocorrência de fraqueza muscular são requisitos que fazem com que as mulheres permaneçam mais tempo afastadas do trabalho ou mesmo não retornem a ele⁵², porém, muitas se mantêm trabalhando, pois têm necessidade financeira, sentem responsabilidade e sentimentos de lealdade com o trabalho, encaram o trabalho como distração⁴⁵ e como parte da vida, por isso necessitam dele para o retorno ao que consideravam como vida normal^{40,45}.

Enfim, o retorno ao trabalho tem sido identificado como um processo multidisciplinar, e a legislação de cada país afeta o grau de envolvimento dos diferentes fatores intervenientes aqui citados⁵⁹. A legislação dos países ou de diferentes regiões, em um mesmo país, pode prescrever ou permitir suporte que facilite o retorno ao trabalho e fornecer meios para que sejam aplicados⁵⁸.

Conclusão

O estudo apresentado investigou o percentual de retorno, manutenção e mudanças no trabalho e fatores intervenientes, pois a ausência de conhecimento sobre esta situação dificulta a projeção de medidas de auxílio e mesmo análises mais apuradas sobre as condições de trabalho.

Optou-se por não excluir as mulheres que trabalhavam apenas com as atividades “do lar”, pois as limitações físicas secundárias ao tratamento para câncer de mama podem interferir diretamente na realização de serviços domésticos e assim causar alterações no processo de reabilitação. Por este motivo, a investigação com este grupo é indispensável, entretanto, são necessárias pesquisas com tamanho amostral maior para realizar análises com grupos distintos de mulheres com atividades “do lar” e atividades remuneradas.

No presente estudo, identificou-se que 10% das mulheres se aposentaram após o tratamento para o câncer. Ressalta-se que houve casos de retorno ao trabalho mesmo após a aposentadoria, porém, aposentar-se após o tratamento esteve associado significativamente com menor retorno e manutenção ao trabalho após o tratamento para câncer de mama.

Constatou-se que as mulheres que se afastaram, independentemente do tempo, apresentaram associação negativa com manutenção no trabalho. Houve também tendência em retornarem menos ao trabalho, mesmo passados os quatro anos do tratamento cirúrgico.

Quando analisadas as respostas das mulheres do presente estudo, apenas 12 relataram fadiga, sem significativa influência no retorno e na manutenção no trabalho. O mesmo aconteceu com o relato da depressão e outros possíveis efeitos colaterais dos tratamentos de QT, RT e HT.

Identifica-se que os fatores relatados pelas mulheres desta pesquisa como dificultadores são de origem física, porém, há outros fatores que preocupam os profissionais de saúde na prática clínica que foram mencionados, porém por poucas mulheres, e estes não apresentaram associação com as variáveis do estudo. São eles a fraqueza muscular, diminuição da amplitude de movimento e linfedema.

No presente estudo, os fatores bem-estar e considerar o trabalho como parte da vida foram associados positivamente a retornar e manter-se trabalhando, e a necessidade financeira apresentou esta associação somente com manter-se trabalhando.

Na atualidade há diversas pesquisas que apontam a variedade de fatores intervenientes, muitas sem consenso na literatura pelas diferenças metodológicas, porém se faz necessária a elaboração de medidas de intervenção com as mulheres, focando nas dificuldades por vezes apresentada, e implementação de estratégias de educação dos empregadores e profissionais da saúde, para que se tornem aptos a reintegrar estas mulheres ao mercado de trabalho.

Agradecimento

Ao Departamento de Fisioterapia do Hospital da Mulher (CAISM) – da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp – Campinas, SP, Brasil.

Referências

1. Ministério da Saúde. Estimativa 2018: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA 2017.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer: câncer de mama. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acessado em: 04/01/2019.
3. Hoving JL, Broekuzing MLA, Frings-Desen MHW. Return to work cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer*. 2009, 9:117.
4. Boer AG, Verbeek JHAN, Spelten ER, Uitterhoeve ALJ, Ansink AC, Reijke TM, Kammeijer M, Sprangers MAG, Dijk FJH. Work ability and return-to-work in cancer patients. *British J Cancer*. 2008, 98:1342–47.
5. Bradley CJ, Bednarek HL, Neumark D. Breast cancer and women's labor supply. *Health Serv Res*. 2002, 37:1309–28.
6. Roelen CAM, Koopmans PC, Graaf J H, Balak F, Groothoff JW. Sickness absence and return to work rates in women with breast cancer. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009, 82:543–6.
7. Talbäck M, Stenbeck M, Rosén M, Barlow L, Glimelius B. Cancer survival in Sweden 1960-1998. *Acta Oncol*. 2003, 42:637-59.
8. Spelten ER, Sprangers MA, Verbeek JH. Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology*. 2002, 11:124–31.
9. Balak F, Roelen CAM, Koopmans PC, Berge EE, Groothoff JW. Return to Work After Early-stage Breast Cancer: A Cohort Study into the Effects of Treatment and Cancer-related Symptoms. *J Occup Rehabil*. 2008, 18:267–72
10. Freitas Júnior R, Ribeiro LFR, Taia L, Kajita D, Fernandes MV, Queiroz GS. Linfedema em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001; 23:205-8.
11. Sakorafas GH. Breast cancer surgery. *Acta Oncol*. 2001; 40(1): 5-18.
12. Hakanen JJ, Lindbohm ML. Work engagement among breast cancer survivors and the referents: The importance of optimism and social resources at work. *J Cancer Surviv*. 2008, 2:283-95.
13. Ahn E, Cho J, Shin DW, Park BW, Ahn SH, Noh DY, Nam SJ, Lee ES, Yun YH. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on work-related life and factors affecting them. *Breast Cancer Res Treat*. 2009, 116:609-16.
14. Van der Wouden J, Greaves-Otte J, Kruijt P, Van de Leeuwen O, Van der Dores E. Occupational reintegration of long-term cancer survivors. *J Occup Med*. 1992, 34:1084-9.
15. Kagawa–Singer M. Redefining health: living with cancer. *Soc Sci Med*. 1993, 37:295-304.
16. Hassett MJ, O'Malley AJ, Keating NL. Factors influencing changes in employment among women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*. 2009, 2775-82.
17. The Institute of Medicine and National Research Council. From cancer patients to cancer survivors: Lost in transition. National Academia Press: Washington 2006. In: Bradley C, Neumark D, Luo Z, Schenk M. Employment and cancer: Findings from a longitudinal study of breast and prostate cancer survivors. *Cancer Investigation*. 2007, 25:47-54.

18. Ahles TA, Saykin AJ, Furstenberg CT, Cole B, Mott LA, Whendon MB, et al. Neuropsychologic impact of standar dose systematic chemotherapy in long-term survivors of breast cancer and lymphoma. *J Clin Oncol*. 2002; 20:485-93.
19. Bradley C, Neumark D, Luo Z, Schenk M. Employment and cancer: Findings from a longitudinal study of breast and prostate cancer survivors. *Cancer Investigation*. 2007; 25:47-54.
20. Pollock RE, Doroshow JH, Khayat D, Nakao A, O'Sullivan B. Manual de oncologia clínica da UICC. União Internacional Contra Câncer. 8a ed. São Paulo. Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.
21. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó JrJ. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Rev Psiq Clín*. 2006; 33(3):124-33.
22. Kwan W, Jackson J, Weir LM, Dingee C, McGregor G, Olivotto IA. Chronic Arm Morbidity After Curative Breast Cancer Treatment: Prevalence and Impact on Quality of Life. *J Clinical Oncology*. 2002; 20(20): 4242-8.
23. Collins LG, Nash R, Round T, Newman B. Perceptions of upper-body problems during recovery from breast cancer treatment. *Support Care Cancer*. 2004; 12:106-13.
24. Curt GA, Breithant W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new finding from the fatigue coalition. *Oncologist*. 2000; 5(3):353-60.
25. Manocchia M, Reller S, Ware JE. Sleep problems, health- related quality of life, work functioning and health core utilization among the cronicolly ill. *Qual Life Res*. 2001; 10(3):331-45.
26. Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, Van de Lelie J, De Reijke TM, et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work: a prospective cohort study. *Eur J Cancer* 2003; 39(11):1562-7.
27. Li XM, Yan H, Zhou KN, Dang SN, Wang DL, Zhang YP. Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial. *Breast Cancer Res Treat*. 2011; 128:411-9.
28. Blinder VS, Murphy MM, Vahdat LT, Gold HT, Melo-Martin I, Hayes MK, et al. Employment After a Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Study of Ethnically Diverse Urban Women. *J Community Health*. 2011 nov 23. doi: 10.1007/s10900-011-9509-9.
29. Tiedtke C, Rijk A, Casterlé BD, Christiaens MR, Donceel P. Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. *Psychooncology*. 2010; 19(7):677-83.
30. Lavigne JE, Griggs JJ, Tu XM, Lerner DJ. Hot flashes, fatigue, treatment exposures and work productivity in breast cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2008; 2:296-302.
31. Short PF, Vasey JJ, Tunceli K. Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer*. 2005; 103:1292-301.
32. Silva MPP, Sarian LO, Morais SS, Amaral MTP, Oliveira MMF, Derchain S. Implications of a Postoperative Rehabilitation Program on Quality of Life in Women with Primary Breast Cancer Treated with Sentinel Lymph Node Biopsy or Complete Axillary Lymph Node Dissection. *Annals of Surgical Oncology*. 2008; 15(12): 3342-9.
33. Barranger E, Dubernard G, Fleurence J, Antoine M, Darai E, Uzan S. Subjective morbidity and quality of life after sentinel node biopsy and axillary lymph node dissection for breast cancer. *J Surg Oncol*. 2005; 92:17-22.
34. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist L, Vaez M, Alexanderson K, Olsson M. Predictors of return to work ten months after primary breast cancer surgery. *Acta Oncol*. 2009; 48: 93-8.

35. Amir Z, Brocky J. Cancer survivorship and employment: epidemiology. *Occup Med.* 2009; 59:373–77.
36. Taskila T, Lindohm ML. Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncol.* 2007; 46(4):446–51.
37. Reiso H, Nygard JF, Jorgensen GS, Holanger R, Soldal D, Bruusgaard D. Back to work: predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick: a two-year follow-up study. *Spine.* 2003; 28:1468– 73
38. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. Work situation after breast cancer: Results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst.* 2004; 96:1813-22.
39. Johnsson A, Fornander T, Olsson M, Nystedt M, Johansson H, Rutqvist L. Factors associated with return to work after breast cancer treatment. *Acta Oncologica.* 2007; 46:90-6
40. Amir Z, Moran T, Walsh L, Iddenden R, Luker K. Return to paid work after cancer: A British experience. *J Cancer Surviv.* 2007; 1:129–36.
41. Peteet JR. Cancer and the meaning of work. *General Hospital Psychiatry.* 2002; 22:200–05.
42. Ferrell B, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Garcia N. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psycho-Oncology.* 1997; 6:13–23.
43. Chirikos TN, Russell-Jacobs A, Cantor AB. Indirect economic effects of long-term breast cancer survival. *Cancer Pract.* 2002; 10:248-55.
44. Anderson N, Armstead CA. Toward understanding the association of socioeconomic status and health: a new challenge for the biopsychosocial approach. *Psychosom Med.* 1995; 57:213-25.
45. Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *Eur J Cancer Care.* 2007; 16:17–25.
46. Bradley CJ, Bednarek HL. Employment patterns of long-term cancer survivors. *Psychooncology.* 2002; 11:188-98.
47. Park JH, Park EC, Park JH, Kim SG, Lee SY. Job loss and re-employment of cancer patients in Korean employees: a nationwide retrospective cohort study. *J Clin Oncol.* 2008; 26:1302-09.
48. Mock V. Breast cancer and fatigue: issues for the workplace. *AAOHN Journal.* 1998; 46:425–31.
49. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Berlin TR. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *Clin Oncol.* 2000; 18:743–53.
50. Yamazaki S, Fukuhara S, Suzukamo Y, Morita S, Okamura T, Tanaka T, Ueshima H. Lifestyle and work predictors of fatigue in Japanese manufacturing workers. *Occupational Medicine.* 2007; 57:262-69.
51. De Jong N, Candel MJ, Schouten HC, Abu-Saad HH, Courtens AM. Prevalence and cause of fatigue in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Ann Oncol.* 2004; 15:896-905.
52. Bouknight RR, Bradley CJ, Luo Z. Correlates of return to work for breast cancer survivors. *J Clinical Oncology.* 2006; 24:345-53
53. Fantoni FQ, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer A. Factors Related to Return to Work by Women with Breast Cancer in Northern France. *J Occup Rehabil.* 2009 nov 10. doi: 10.1007/s10926-009-9215-y.

54. Cooper AF, Hankins M, Rixon L, Eaton E, Grunfeld EA. Distinct work-related, clinical and psychological factors predict return to work following treatment in four different cancer types. *Psychooncology*. 2012 mar 12. doi: 10.1002/pon.3049.
55. Villaverde RM, Batlle JF, Yllan AV, Gordo AMJ, Sánchez AR, Valiente BSJ, Baron MG. Employment in a cohort of breast cancer patients. *Occup Med (Lond)*. 2008; 58(7):509-11
56. Munir F, Burrows J, Yarker J, Kalawsky K, Bains M. Women's perceptions of chemotherapy-induced cognitive side effects on work ability: a focus group study. *J Clinical Nursing*. 2010 may 5. 19: 1362–1370. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03006.x
57. Maunsell E, Drolet M, Brisson J, Brisson C, Mâsse B, Deschênes L. Work situation after breast cancer: results from a population-based study. *J Natl Cancer Inst*. 2004; 96(24):1813-22.
58. Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Frings-Dresen MHW. Breast cancer survivors' views of factors that influence the return-to-work process - a qualitative study. *Scand J Work Environ Health*. 2011 oct 10. doi: 3199. doi: 10.5271/sjweh.3199
59. Tiedtke C, Donceel P, Knops L, Désiron H, Dierckx de Casterlé B, de Rijk A. Supporting Return-to-Work in the Face of Legislation: Stakeholders' Experiences with Return-to-Work After Breast Cancer in Belgium. *J Occup Rehabil*. 2011 nov 22. doi: 10.1007/s10926-011-9342-0.

Trends and challenges for health care provision on 2020's: towards an expanded role for nurses *

Inês Monteiro

<https://orcid.org/0000-0002-6004-8378>

Abstract

We are living a period of transition from what is known and the new developments in knowledge areas, under the strong requisites of economic firms, a huge change in the way we work, and technology incorporation. The aim of this chapter is to develop a critical thinking about trends on health care and the role assumed by nursing workers around the world, as a way to improve health conditions and to achieve part of the Sustainable Development Goals - SDG. The main challenges are lifelong learning provision; work career and the different generations at workplace; population aging and health care workforce aging, and health care provision. Trends: economic investment and outcomes; nurses as entrepreneurs or intrapreneurs; and innovation.

Keywords: nurse, health care provision, work condition, challenge, trends

“Society and health, by its nature, is a highly political issue”¹.

Michael Marmot (2016)

Introduction

We are living in a changing world, which is under pressure concerned to global warming, a slowdown on global economic growth, a political dispute among countries for economic leadership, and an increase on technological development, among other issues.

The Sustainable Development Goals - SDGs are playing an important role currently, worldwide, concerned to the need to change the way we think, act and interact with nature. Currently is possible to observe a movement resulting in some companies trying to change the way they conduct their business, and, in the same way, international research funds (from government

* This study received Grant from the National Council for Scientific and Technological Development (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq) – Project number 311763/2016-2, for Inês Monteiro.

and also from Non-governmental organizations - NGO) are giving support for research that makes difference for society.

In this text the highlights is for the following SDGs goals: no poverty; good health and well-being; quality education; gender equality; decent work and economic growth; and reduce inequalities.

The SDGs' aim is to have “ [...] strategies that build economic growth and address a range of social needs including education, health, social protection, and job opportunities, while tackling climate change and environmental protection” ².

Furthermore, it is important to address the issue of health and the sectors that have a huge influence on it. According to Marmot, who is a reference on the theme of health and inequality, the “higher goal should be health and well-being” ¹, as a driver for economic growth, and not the inverse situation.

The aim of this chapter was to develop a critical thinking about trends on health care, the provision of health care on 2020's and beyond, and the role assumed by nurses around the world, as a way to improve health conditions and to achieve some of the Sustainable Development Goals – SDG.

It is a theoretical thinking having as background an interdisciplinary approach and diversity.

Education

The access to education is essential for human development and helps people to flourish along their life cycles. People can decode the world in another way, if they have access to education, leading to an active participation towards a fair and sustainable society.

The conference on higher education held in Nagoya – Japan, in November 2014, highlights on the Nagoya Declaration on Higher Education for Sustainable Development ³:

Recognizing the crucial role and responsibility of higher education institutions to develop students and all types of learners into critical and creative thinkers and professionals to acquire relevant competences and capabilities for future-oriented innovation in order to find solutions to complex, transdisciplinary and transboundary issues, and to foster understanding and practice of collective values

and principles that guide attitudes and transformations, respecting the environmental limits of our planet, through education, training, research and outreach activities.

Currently, there is a discussion about literacy – on health issues and digital literacy. They give support for people to take care and control their lives.

Work

Work has an important role for workers in general, from any age bracket, not only as a way of have income, but also for learning skills, updating and lifelong learning.

Another perspective is presented by a researcher from the European Union. “Paid work contributes to quality of life both positively and negatively. Paid work provides income as well as identity and social interactions, but it may also be a source of negative experiences and risks” ^{4:2}.

Currently it is emphasized in many countries the importance of work ability maintenance / improvement related to its consequences for work life and also for life after retirement, and having impact not only on workers individually, but also on society. The concept of work ability and The Work Ability Index was developed by researchers from the Finnish Institute of Occupational Health - Finland, which are conducting research in this theme since the 1990's.

In addition, recently researchers from the Eurofound (European Union) present a definition for the development of a *job quality model* – “job quality refers to the potential impact of the characteristics of jobs on the well-being of workers” ^{4:6}. It is a new approach from recent years, especially on the European Union, with reference to the incorporation of well-being on studies about work.

Gender and Occupational safety and health (OSH)

About one decade ago, Marmot and Bell emphasized the importance of occupational health practitioners on the way to reduce health inequalities, and referred that they “have a central role to play in advocacy, design and delivery of services that promote health and well-being” ⁵.

The European Agency for Safety and Health at work – EU – OSHA ^{6:1} and the Partnership for European Research in Occupational Safety and Health - PEROSH, from the European Union, highlight in a position paper published in 2015 ‘The changing world of work and OSH’, that

Adverse working conditions considerably contribute to the development of socio-economic inequalities in health. [...] Employment and working conditions have a significant impact on inequalities in health. The role of work, employment and working conditions as an important social and environmental determinant of health has to be better recognized.

It is important to be aware of the features of women and men at work, and age bracket to implement tailored OHS actions.

The EU-OSHA refers the importance of consider gender issues concerning to OSH and presents the key results of the research “Women and the ageing workforce: implications for OSH” ^{7:6}:

- Sex – gender – related differences in working conditions persist throughout the working life. [...]
- The cumulative physical and emotional impacts of women’s work should not be underestimated.
- In the workplace, support for risk assessments of the cumulative exposure to hazards that incorporate the complexities of age and gender is needed.
- Segregation into low-level jobs without career promotion can lead to long-term exposure to hazards.
- The barriers to equal access to rehabilitation and vocational training need to be tackled.
- Simple non-stigmatising workplace measures can support women going through the menopause.
- Workplace health promotion strategies need different approaches for male and female audiences.
- Flexible work measures need to be relevant to carers of older relatives and to both men and women.
- labour inspectorates need diversity strategies [...].

Another position paper from EU-OSHA and PEROSH about “health, demographic change and well-being’ discuss that ⁸

A more targeted gender-sensitive approach of the different effects of exposure to hazardous substances on men and women, including their impact on reproductive health, the physical demands of heavy work, the ergonomic design of workplaces, and the length of the working day considering also domestic duties is needed. It is necessary to integrate gender aspect into all work-related research topics in a more consistent way

Nursing profession

Nurses are professionals with high competence and they can work in different levels - local, regional, national and international. Additionally, nurses have a general background and they can specialise in many areas. They can work in different fields, such as hospitals, community, enterprises, charities, Non-governmental organizations – NGOS, schools, in public, private and philanthropic institutions. Moreover, depending on the country's legislation they can have their private practice office, such as in Brazil.

Nowadays, governments, international institutions and health care providers consider nurses as professionals performing a pivotal role to achieve the goals of universal health.

It is relevant to remember the importance of follow the advances in health care provision, the needs of population and the market needs too.

The International Council of Nurses – ICN was founded in 1899 and it is composed by 133 National Nurses Associations, having as mission “to represent nursing worldwide, advance the nursing profession, promote the well-being of nurses, and to advocate for health in all policies”⁹.

In addition, the ICN has as strategic priorities areas “universal health coverage; non-communicable diseases; primary health care; human resources for health; person centred care; patient safety; antimicrobial resistance; mental health; immunization, and the Sustainable Development Goals”¹⁰.

The World Health Organization – WHO and International Council of Nurses - ICN with the support of national institutions around the world launched ‘the Nursing now’ campaign, in February 2018, which emphasizes the core role of nurses¹¹

[...] in tackling the health challenges of the 21st century. Nursing Now places particular emphasis on extending nursing influence over policy, developing leadership, and building a stronger evidence base to understand the triple impact of nursing on health, women's empowerment and the economy.

Violence at work is an important issue concerning to professionals' retention and the use of simulation can give support for lifelong learning of the nursing personnel and students' curriculum¹².

The nursing workforce[#] in Brazil according to the Federal Council of Nursing – COFEN, is composed by 2.151.114 professionals: 524 625 Registered nurses, 1 214 076 nursing technicians and 412 152 auxiliary nursing (which education is not available anymore in the country) and 261 midwives ¹³. The vast majority of them are women.

Working conditions

The ICN organized in 2019 ‘the International Workforce Forum’ and the main goal was to examine the issue of global shortage of nurses. There is “predictions of a shortfall of 18 million health care professionals worldwide by 2030, 50% of whom will be nurses” ¹⁴.

The work conditions is one of the most important drivers on the shortage of nurses, including other factors, such as “staff shortages; poor work conditions; increased violence in the workplace; mandatory overtime; problems with recruitment and retention; [and] unfair, unequal and inadequate remuneration” ¹⁴. Furthermore, the document emphasizes the importance of the nurses’ practice “at an advanced level” and the current goal worldwide of achieve universal health coverage.

A cohort study conducted in Finland with the aim of identify “social and work-related determinants of health and well-being” ^{15:462} found that “repeated and increased exposures to a range of adverse psychosocial and physical working conditions were associated with a higher likelihood of common mental disorders” ^{15:462}. The authors emphasized the importance to be aware of them on the prevention of common mental health disease.

Equally important is the issue of migration, considering the pivotal role occupied by nurses and auxiliary nursing (depending on the country, it is possible to find different categories on nursing workers) on the achievement of better health.

The data "refers to active subscriptions. Thus, if the same professional has more than one entry, either in the same category (secondary enrolment) or in different categories, it has been accounted for more than once" COFEN.

In addition, it is important to mention the World Health Organization - 'WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel', which presents in its guide principles ¹⁶.

The health of all people is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest cooperation of individuals and states. Governments have a responsibility for the health of their people, which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. Member States should take the Code into account when developing their national health policies [...].

Addressing present and expected shortages in the health workforce is crucial to protecting global health. International migration of health personnel can make a sound contribution to the development and strengthening of health systems, if recruitment is properly managed.

Trends

Economic investment and outcomes

The investment in health workforce – nurses and midwives, can improve countries' economy.

Nurses as entrepreneur and intrepeneur

Nurses can improve the management and the acquisition of high standard patterns at health services, acting as intrepeneurs, advancing the quality of care, and safety issues.

On the other hand, they can also acts as entrepreneurs, where the countries legislation gives support to it.

Innovation

The introduction of disruptive technologies in health care requiring an update on nurses' curriculum and lifelong learning.

Challenges

Lifelong learning

There are currently a high number of undergraduate nursing courses in Brazil ¹⁷, part of which is offered by private institutions. I highlight here that part

of the private institutions is composed by mercantile colleges, controlled by large international groups, with low quality of education, which does not meet the proposed criteria for the education of health professionals with autonomy, preparing them to stay at the core of decisions in a changing world.

How to provide lifelong learning to improve nurses' practice and the care at an advanced level?

Work career and the generations

How to integrate nurses and nursing personnel from different generations, and respecting the values, characteristics and knowledge of each generation?

How to prepare nurses and other professionals for a long career, extending over 45 – 50 years?

The extension of the work life has expanded currently, not only out of economic reasons, but also belonging, to some extent, the centrality of work in some cultures.

Population aging and workforce aging

How to provide a good quality care based on the needs of population and evidence-based?

I agree with the EU-OSHA that “Strong policy frameworks, investments and resources are crucial for supporting actions, at strategic and practical levels, on the complex intersection between age and gender” ^{18:6}.

How to improve workplace health promotion to give support for different generations?

Health care and innovation

Currently, there is a change not only on the users/client profile, but also on their needs. The way to interact with them changed too. Giving counselling, coaching, sharing knowledge it is not enough. There is a demand to interact with users/clients in their way – with or without technologies, respecting their culture, beliefs, and the most important, their needs.

It is essential to consider the ethical aspects when use technology in health care provision.

Final remarks

To achieve part of the Sustainable Development Goals – SDG is essential to give incentive and good working conditions, wage and respect for nurses and nursing personnel to improve health conditions and to achieve.

Conflict of interest

None.

Acknowledgement

To Prof Maria Helena Salgado Bagnato, from the Faculty of Education at University of Campinas – Unicamp – Brazil, which still young, became a star. Probably, considering her idea of development and how to meet life's challenges, she is now a neutron star – with high density and changing structures around her.

She was an educator, researcher, poet, and a kindly friend for everyone. In addition, she was a pioneer developing inter and transdisciplinarity in Brazil, for more than two decades.

She was also an unforgettable fellow in pursuing dreams to improve the society and the world.

You are and will be an eternal presence in our lives. Your ideas and actions to change the world will be with your family, kids, colleagues, students, professionals, patients and people, which you influence on your entire life. You were a warrior!

Gratitude for everything!

References

- 1 Marmot M. The health gap. The challenge of an unequal world. Bloomsbury: London – UK; 2016.
- 2 United Nations - UN. Sustainable Development Goals SDGs 2030. Available at: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> Access on 20 Oct 2018.
- 3 United Nations. The Nagoya Declaration on Higher Education for Sustainable Development. 2015. Available at: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/5864Declaration%20-%20Higher%20Education%20for%20Sustainable%20Development%20Nagoya%202014.pdf>. Access on 30 April 2019.
- 4 Vermeylen G. Sustainable work over the life course for men and women in Europe. Eurofound. Brussels - BE; 2016. 37 screens.
- 5 Marmot M, Bell R. Challenging health inequalities – implications for the workplace. *Occup Med.* 2010;60(3):162-4.
- 6 European Agency for Safety and Health at Work – EU – OSHA and the PEROSH– Partnership for European Research in Occupational Safety and Health. Position paper 1. Challenge of Europe in a changing world – inclusive, innovative and reflective societies: The changing world of work and OSH. 18. June. 2015. Available at: <https://osha.europa.eu/en/position-paper1-changing-world-of-work-and-OSH/view> Access on 30 October 2018.
- 7 European Agency for Safety and Health at Work – EU – OSHA . Women and the ageing workforce: implications for OSH – A review – Executive summary. Available at: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/safer-and-healthier-work-any-age-women-and-ageing-workforce-1/view> Access on 30 October 2018.
- 8 European Agency for Safety and Health at Work – EU – OSHA and the PEROSH – Partnership for European Research in Occupational Safety and Health. Position paper 3. Health, demographic change and wellbeing: Occupational safety and health in the context of demographic change. Available at: <https://osha.europa.eu/en/position-paper3-osh-in-context-of-demographic-change> Access on 30 October 2018.
- 9 International Council of Nurses. ICN. Mission, vision and strategic plan. Available at: <https://www.icn.ch/who-we-are/icn-mission-vision-and-strategic-plan>
- 10 International Council of Nurses. ICN. Strategic priorities. Available at: <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities>. Access on 13 April 2019.
- 11 Crisp N, Iro E. Nursing Now campaign: raising the status of nurses. *Lancet* 2018;391(10124):920-1.
- 12 Bordignon M, Monteiro MI. Use of simulation in training on violence in nursing practice. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(3):341-9. Available at: http://www.scielo.br/pdf/apel/v32n3/en_1982-0194-ape-32-03-0341.pdf

13 Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Brasil. Enfermagem em Números. [Federal Council of Nursing. COFEN. Brazil. Nursing in numbers]. Available at: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>. Access on 24 May 2019

14 International Council of Nurses – ICN. International Workforce Forum 2019. 12-13 February 2019. Beirut, Lebanon. Available at: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%202019%20IWWF%20Communiqu%C3%A9-%20Beirut%20-Lebanon-FINAL.pdf>.

15 Kouvonen A, Mänty M, Lallukka T, Lahelma E, Rahkonen O. Changes in psychosocial and physical working conditions and common mental disorders. *Eur J Public Health*. 2016;26(3):458-63.

16 World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva, May, 2010. Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16. 15 pages.

17 Teixeira E, Fernandes JD, Andrade A de C, Silva KL, Rocha ME, Lima RJ. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares nacionais [Overview of Nursing Graduation courses in Brazil in the national Curriculum Guidelines decade]. *Rev Bras Enferm*. 2013;66 Spec:102-10. Available at <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea14.pdf>

18 EU – OSHA (European Union. European Agency for Safety and Health at Work). Women and the ageing workforce: implications for OSH – A review – Executive summary. 2016. Available at: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/safer-and-healthier-work-any-age-women-and-ageing-workforce-0>

Prevalências e fatores associados à IST/AIDS na população carcerária da Penitenciária feminina de Campinas*

Prevalence and factors associated with STI / AIDS in the prison population of the female Penitentiary of Campinas

Vanessa Cristina Fanger

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

Celene Aparecida Ferrari Audi

Abstract

Objective: To evaluate the prevalence and associated factors of STI / AIDS, among the reeducandas of the Feminine Penitentiary. Method: A cross-sectional study with 1,013 re-education. A descriptive analysis was performed with the presentation of the frequencies for the set of variables and for the factors associated with STI / AIDS. A logistic regression analysis was performed. RESULTS: The factors associated with STI / AIDS were: low schooling, have son, reporting gynecological problems, having suffered physical violence before the age of 15, as well as having suffered violence in the last year before being arrested. Conclusion: The main factors related to HIV infection and other STIs are maternity, existence of gynecological problems and violence in childhood and in adult life.

Key words: Women's Health. Prisoners. Sexually Transmitted Diseases. HIV.

Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) estão entre as condições agudas mais comuns no mundo, são graves problemas de Saúde Pública, de grande magnitude apesar da existência de medidas de prevenção e controle efetivas. Estima-se que, anualmente no mundo, 357 milhões de novos casos a maioria em países em desenvolvimento, no grupo etário dos 15 aos 49 anos de idade: 131 milhões devido a infecções por clamídia, 78 milhões devido a gonorreia, 6 milhões devido a sífilis e 142 milhões devido a tricomoníase.^{1;2}

*Este manuscrito originou-se a partir do projeto: **Atenção integral à saúde da mulher no cárcere e dos servidores em uma penitenciária feminina no interior do estado de São Paulo**, realizado no período de agosto de 2012 a julho de 2013.

Fontes de Financiamento:

- Projeto de iniciação científica financiado pela FAPESP - número: 2015/24580-1.
- A pesquisa “Atenção integral à saúde da mulher no cárcere e dos servidores em uma penitenciária feminina no interior do estado de São Paulo” foi financiada pelo convênio Ministério da Saúde/Organização Pan Americana de Saúde - Funcamp/Unicamp (MS/OPAS-UNICAMP/FUNCAMP Projeto nº 4681). Apoio Bolsa de Pós-doutoramento: FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) Ref.: Processo 2012/14163-6.

Embora, no Brasil, a verdadeira situação epidemiológica dessas doenças e de suas complicações não são bem conhecidas, devido ao fato da maioria das IST não ser de notificação compulsória, além da escassez de estudos sentinelas e de base populacional ³, de 2007 até junho de 2016, foram notificados 136.945 casos, sendo que destes 44.766 foram em mulheres, ³condição esta que pode se agravar na população privada de liberdade que se destaca entre as populações específicas e em situação de maior vulnerabilidade.⁴

A população privada de liberdade mundialmente está crescendo, em especial, a população carcerária feminina. De acordo com o Ministério da Justiça Brasileiro, no período de 2000 a 2014 o aumento da população feminina foi de 567,4%, enquanto a média de crescimento masculino, no mesmo período, foi de 220,20%. ⁵

Em relação à IST/AIDS estudo realizado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas (UNAIDS), constatou que a prevalência de AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) entre as pessoas privadas de liberdade é mais alta que entre a população geral. Diversos fatores associados são identificados, como condições de confinamento, assistência inadequada, falta de perspectiva, compartilhamento de material usado para consumo de drogas, tatuagens, lâminas de barbear, esterilização inadequada de instrumentos médicos ou odontológicos, por exemplo. ⁶

Entender como as ISTs se distribui nas reeducandas é fundamental para garantir as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento dessas pessoas, que ao retornar a sociedade possa estar livre destas ISTs além de estar consciente sobre as formas de prevenção.

Vale ressaltar que adotou-se, neste estudo o termo 'reeducanda' em relação às mulheres presas, por ser assim referido pela legislação brasileira, amplamente difundido no sistema prisional e utilizado na instituição. Todavia, a instituição prisional cumpre o papel, pelas suas condições insalubres, de deseducar e de marginalizar as mulheres. ⁷

O Objetivo deste estudo foi avaliar prevalência e fatores associados das IST/AIDS, entre as reeducandas da Penitenciária Feminina.

Métodos

A instituição prisional onde foi realizada a pesquisa é considerada a segunda maior PF do Estado de São Paulo. O estabelecimento era um local de detenção masculina e, em março de 1993, passou a ser uma PF, com objetivo de abrigar mulheres em prisão temporária e cumprimento de pena. Tem capacidade para 556 mulheres, mas, à época da realização da pesquisa, albergava cerca de 1013 mulheres.

Foi desenvolvido um estudo transversal, no período de agosto de 2012 a julho de 2013, como parte de um projeto maior, intitulado 'Atenção integral à saúde da mulher no cárcere e dos servidores em uma penitenciária feminina no interior do estado de São Paulo'. O estudo envolveu todas as reeducandas, que estavam na instituição à época da pesquisa e aceitaram participar do estudo.⁸

Duas enfermeiras e uma pesquisadora da área de saúde coletiva da universidade foram capacitadas para a realização das entrevistas e a coleta de dados. A partir de uma listagem das 39 celas, cada mulher foi convidada a participar da pesquisa e, para todas as entrevistadas foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicavam os objetivos do estudo. Foi garantida a confidencialidade dos dados, a participação voluntária e a possibilidade de abandonar o estudo, a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.

O local de coleta que se mostrou mais adequado foi o 'salão de beleza' das próprias reeducandas, sugerido por elas, e esta proximidade com a realidade das mulheres foi facilitadora para a realização da pesquisa.

Enquanto o local era utilizado para a pesquisa, as outras atividades do salão de beleza ficavam suspensas, garantindo a privacidade das mulheres durante os procedimentos. As entrevistas tiveram duração de 30 a 40 minutos.

Para as entrevistas foi elaborado um instrumento que contemplavam as variáveis ⁸:

- Condições sociodemográficas: faixa etária, situação conjugal, cor da pele referida, escolaridade em anos de estudo e número de filhos.

- Morbidade referida e história reprodutiva: problemas ginecológicos, infecção urinária, transtorno mental comum com ponto de corte $\geq 8^9$, doenças sexualmente transmissíveis (IST), idade da 1ª relação sexual, recebe visita íntima, fez teste HIV ao chegar na penitenciária, uso de tranquilizantes.

- Violência e uso de drogas: violência psicológica, física ou sexual no último ano antes de ser presa, violência antes dos 15 anos (presenciou agressão física na família, sofreu agressão física na família, foi tocada sexualmente sem que desejasse), uso de drogas no último ano antes de ser presa.

Foram, inicialmente, realizados procedimentos descritivos para cálculo das prevalências e testes bivariados para estimativas de riscos não ajustados, considerando mulheres que referiram se tinham alguma IST/AIDS como variável dependente e as características sociodemográficas, estilo de vida, transtorno mental comum e violências sofridas antes dos 15 anos de idade, como variáveis independentes.

Após a realização dos testes bivariados de associação foi realizado análise múltipla por meio do modelo de regressão logística. Foram selecionadas para o modelo de regressão, todas as variáveis que mostraram associação com a variável dependente em nível de significância de 20% ($p < 0,20$). Foi utilizado procedimento *stepwise forward* para a elaboração do modelo múltiplo, permanecendo a variável no modelo se $p \leq 0,005$, utilizando o programa SPSS®. A força de associação entre as variáveis independentes e dependentes foi expressa em valores estimados Odds Ratio (brutos e ajustados), com intervalo de confiança de 95%.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Administração Penitenciária (CEP/SAP) em 27/10/2011, tendo recebido parecer favorável em 21/06/2012 (Parecer no 045/2011).

Resultados

Entre as 1.013 reeducandas entrevistadas, 30 (3%) estavam grávidas. A maioria das mulheres tinha idade entre 20 e 39 anos (737= 77,3%); solteiras (574=65,0%), católicas (359=42,6%), não brancas (450=51,4%) e tinham escolaridade igual ou inferior a 3 anos de estudo (545= 61,4%), sendo que, cor

da pele não branca e ter filhos apresentam na análise bivariada associadas a IST/AIDS. Relataram ter IST/AIDS (118=11,6%) das entrevistadas.

A idade da primeira relação sexual antes dos 16 anos de idade foi referida por (707=81,2%) das entrevistadas e (60=6,6%) recebem visita íntima na penitenciária. Ter algum problema ginecológico foi referido por (292=32,6%), assim como o TMC por (588=66,7%). Em relação realização do teste para verificar se tem o vírus HIV (140=15,7%) relataram não ter feito o teste no momento em que chegou à penitenciária (tabela 1).

Tabela 1. Prevalência e análises bivariadas referentes história reprodutiva, morbidade referida, comportamento relacionados à saúde e à saúde mental em reeducandas da PF, interior do estado de São Paulo, Brasil, 2012-2013.

Variáveis	Total		IST/AIDS		Valor p
	N	%	N	%	
	1013	100	118	11,6	
Fez teste AIDS					
Sim	750	84,3	104	88,1	0,273
Não	140	15,7	14	11,9	
Idade da 1ª relação sexual					
<=16 anos	707	81,2	102	87,2	0,113
>16 anos	164	18,8	15	12,8	
Recebe Visita Íntima					
Sim	60	6,7	7	5,9	0,751
Não	835	93,3	111	94,1	
Problema Ginecológico					
Sim	292	32,6	53	44,9	0,008
Não	603	67,4	65	55,1	
Usuária de tranquilizantes					
Sim	168	18,9	25	21,2	0,545
Não	723	81,1	93	70,8	
TMC					
>=8	588	65,7	87	73,7	0,082
<8	307	34,3	31	26,3	
Uso de drogas					
Sim	554	61,9	78	66,1	0,376
Não	341	38,1	40	33,9	

Teste chi-quadrado de Pearson

Foi constatado o uso de tranquilizantes em (168=18,9%) das entrevistadas e (554=61,9%) foi usuária de drogas antes de virem presas. Ter referido problema ginecológico apresentou associação positiva com IST/AIDS (tabela 1).

Ter presenciado (360=40,2%) e ter sofrido (226=25,3%) violência na infância apresentaram associação com a IST/AIDS na análise bivariada, assim como, ter sofrido violência no último antes de ser presa (307=34,3%) (tabela 2).

Tabela 2. Prevalências e análises bivariadas das violências perpetrada no último ano, infância, violência física, psicológica, sexual e presenciada na família antes dos 15 anos de idade pelas reeducandas de PF do interior do estado de São Paulo, Brasil, 2012-2013

Variáveis	Total		IST/AIDS		Valor p
	N	%	N	%	
	1013	100	118	11,6	
Presenciou violência física antes dos 15 anos					
Sim	360	40,2	61	51,7	0,017
Não	535	59,8	57	48,3	
Sofreu agressão física antes dos 15 anos					
Sim	226	25,3	47	39,8	0,001
Não	669	74,7	71	60,2	
Foi tocada sexualmente, sem que quisesse, antes dos 15 anos					
Sim	155	17,3	28	23,7	0,089
Não	740	82,7	90	76,3	
Violência psicológica no último ano antes de ser presa					
Sim	272	30,4	46	39,0	0,059
Não	623	69,6	72	61,0	
No último ano antes de vir presa sofreu algum tipo de violência					
Sim					0,015
Não	307	34,3	54	45,8	
	588	5,7	64	54,1	

Teste chi-quadrado de Pearson

Tabela 3. Análise de regressão logística dos fatores associados à IST/HIV, entre as reeducandas de PF do interior do estado de São Paulo, Brasil, 2012-2013.

Variável		OR	OR	IC	p
		Bruto	Ajustado	Ajustado	
IST/AIDS	Ter Filhos	3,29	3,32	1,65-6,72	0,001
Hosmer/Lemeshow					
(0,85)	Problema Ginecológico	1,68	1,67	1,09-2,40	0,018
	Sofreu violência no último ano				
	antes de ser presa	1,67	1,56	1,05-2,31	0,027
	Sofreu violência física antes dos				
	15 anos	1,96	1,88	1,25-2,82	0,002

A tabela 3 apresenta estatísticas obtidas dos procedimentos de análise de regressão logística múltipla para as categorias de IST/AIDS. Apresentaram mais de três vezes chance de ter referido IST/AIDS as reeducandas que

relataram ter filhos (OR 3,36 IC 1,65-6,72), problema ginecológico (OR 1,67 IC 1,09-2,40), assim como, ter sofrido violência física antes dos 15 anos de idade IST/AIDS (OR 1,88% IC 95% 1,25-2,88), ter sofrido violência no último antes de ser presa (OR 1,56 IC 1,05-2,31).

Discussão

Ao realizar a pesquisa bibliográfica na base de dados nacional e internacional, percebeu-se a carência de estudos sobre penitenciárias femininas e suas particularidades, e que o conhecimento das suas condições de saúde, assim como elaboração de estratégias para melhorá-las pode auxiliar profundamente na ressocialização e na, de fato, reeducação das mulheres reclusas.

O perfil da mulher presa na Penitenciária de Campinas é bastante semelhante ao relatado no Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil^{7,8}, que mostra que a mulher presa no Brasil é jovem, mãe solteira e afrodescendente.

Está ocorrendo no Brasil a feminização da epidemia do HIV/AIDS. A razão de masculinidade diminuiu de 26 para 1,5 homem para cada mulher nos últimos 10 anos.^{10,11} Segundo Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias de junho de 2014, a incidência de HIV/AIDS nos homens presidiários é consideravelmente menor do que a de mulheres privadas de liberdade.⁵ Sabe-se que a mulher com HIV é mais vulnerável à violência em comparação com aquelas não infectadas, e uma em cada sete infecções poderia ter sido evitada se as mulheres não fossem submetidas à violência.^{10,11}

A violência foi relatada 35,6% das mulheres das entrevistadas, e houve associação positiva entre ter sofrido violência antes dos 15 anos e ter infecção por HIV ou outras DSTs. Estudo brasileiro estimou que 72% das mulheres com HIV sofrem violência de gênero, seja psicológica, física e/ou sexual.^{11,12}

Durante décadas, a desigualdade de gênero, a discriminação e a violência colocaram mulheres, meninas e populações vulneráveis em situações de maior risco de infecção por HIV e prejudicaram seu acesso aos benefícios dos serviços de saúde para o HIV. A violência – ou o medo da violência – impede que as mulheres insistam em sexo seguro e se beneficiem de prevenção, teste e tratamento para o HIV, além de intervenções e serviços de

saúde sexual e reprodutiva. Em algumas regiões, as mulheres que são sujeitas à violência de parceiros íntimos são, em média, 1,5 vezes mais propensas à infecção por HIV. A violência contra as mulheres também está associada à adesão enfraquecida da Profilaxia Pós-exposição (PEP), Profilaxia Pré-exposição (PrEP) e tratamento contra o HIV – inclusive para mulheres grávidas – além de estar associada a resultados clínicos ruins para mulheres em tratamento antirretroviral.^{12,13,14}

As reeducandas com menor escolaridade (até 3 anos de estudo) representaram 61,4%, e a menor escolaridade apresentou associação positiva com a infecção por HIV e/ou demais ISTs. Mulheres em vulnerabilidade social estão mais expostas a uso de drogas, início da vida sexual mais precoce, baixa aderência ao uso de preservativos assim como violência sexual.^{15,16}

A cor da pele aparece associada a infecções IST/HIV. Tanto no Brasil como em outros lugares do mundo, ser negro apresenta diversas vulnerabilidades, e quando se trata de mulheres negras, a situação é ainda mais calamitosa. Em relação ao risco relativo de HIV/ISTs nesta população, de acordo com dados do SINAI, em 2006 o RR da população negra em comparação à branca foi de 1,25, ou seja, os negros tiveram 25% mais chance de ter AIDS do que brancos.¹⁵

Embora não seja objeto deste estudo, as condições precárias de privação de liberdade também podem ter um impacto negativo sobre a saúde da população privada de liberdade vivendo com IST/AIDS ao aumentar sua exposição a doenças infecciosas tais como tuberculose e hepatite; ao acomodar esta população em ambientes sem higiene e saneamento; ao confiná-los em espaços que não correspondam às exigências mínimas de tamanho e de iluminação e ventilação naturais; ao limitar-lhes o acesso ao ar livre e a atividades educacionais, sociais e laborais; e ao deixar de prover-lhes acesso a saúde, alimentação, nutrição e/ou água potável, além de higiene pessoal básica.^{17,18} Condições precárias de reclusão e fatores de estresse delas decorrentes podem também afetar negativamente a saúde mental, ou mesmo acentuar problemas preexistentes, da população privada de liberdade

19,20

Com o desenvolvimento deste estudo, foi possível conhecer o perfil sociodemográfico, condições de vida e saúde e as condições de violência sofrida pelas reeducandas e o autorrelato sobre as ISTs/AIDS.

Em geral essa população tem acesso restrito aos serviços de saúde, portanto, a prisão deve ser considerada oportuna para o diagnóstico e tratamento desta e de outras infecções. A instituição prisional deve ser orientada por políticas públicas que assegurem a população carcerária o direito a tratamento oportuno, assim como, os profissionais que atuam nestas instituições devem estar capacitados para priorizar e desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde, diagnóstico e tratamento as pessoas portadoras de IST/AIDS na penitenciária.

Dentre as limitações do estudo podemos considerar que por ser autorreferida ter ou não ISTs/AIDS, pode haver uma referência abaixo do que realmente exista por não ter conhecimento ou por medo/vergonha de se expor. O estudo ainda não permite analisar as condições de vida antes da prisão, assim como, saber quando foi feito o diagnóstico de IST/AIDS.

Referências

1. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015. 10.1016/S0140-6736(15)60692-4
2. Newman L, Rowley J, Hoorn SV, Wijesooriya NS, Une-mo M, Low N, Stevens G, Gottlieb S, Kiarie J, Temmer-man M. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PLoS ONE* 2015; 10(12):e0143304.
3. Pinto VM; Basso CR; Barros CRS; Gutierrez EB. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc. saúde colet*. 23 (7) Jul 2018 <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016>
4. Soares Filho MM, Bueno PMMG. Demography, vulnerabilities and right to health to Brazilian prison population. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(7):1999-2010.
5. Ministério da Justiça (BR). Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Infopen – junho de 2014. Disponível em: <<https://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2016.
6. World Health Organization. 138th session provisional agenda item 9.2. Draft global health sector strategies. Sexually transmitted infections, 2016-2021 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2017 Aug 10]. 11 p. Available in: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_31-en.pdf
7. Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher. Relatório sobre mulheres encarceradas no Brasil. Fev. 2007. Acesso em: 22/08/2017. Disponível em: <<http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Relato%CC%81rio-para-OEA-sobre-Mulheres-Encarceradas-no-Brasil-2007.pdf>>.

8. Audi FCA; Santiago SM; Andrade MGG; Francisco PMSB. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 100-111, ABR-JUN 2016.
9. Mari J, Willians PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. 1986. *Brit. J. Psychiatry*, 148: 23-26.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
11. Ceccon RF, Meneghel SN, Hirakata VN. Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(5): 758-765.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 224 p.
13. Procópio EVP, Feliciano CG, Silva KVP, Katz CRT. Representação social da violência sexual e sua relação com a adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV em mulheres jovens e adolescentes. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2014 Junho; 19(6): 1961-1969. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601961&lng=en. > Acesso em: 28/08/2017
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV- AIDS. Ano V. nº01. 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf>. Acesso em: 20/07/2017.
15. Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 602-618. 2016.
16. Ministério da Saúde (BR). Consulta Nacional sobre HIV/AIDS no Sistema Penitenciário. Brasília-DF. abril de 2009. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consulta_nacional_hiv_sistema_penitenciario> Acesso em: 30/07/2017
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância Epidemiológica em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Implicações éticas de diagnóstico e da triagem sorológica do HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
18. Organização das Nações Unidas. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime. HIV/ AIDS em ambientes prisionais: prevenção, atenção, tratamento e apoio. Nova York: Nações Unidas; 2007.
19. Audi FCA; Santiago SM; Andrade MGG; Francisco PMSB Exame de Papanicolaou em mulheres encarceradas. *Rev Bras Epidemiologia* JUL-SET 2016; 19(3): 675-678 DOI: 10.1590/19805497201600030017.
20. UNAIDS. Ending AIDS: Progress Towards the 90-90-90 targets. Global AIDS update. 2017. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf>. Acesso em: 30/07/2017.