

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL**

JOSIENE KARLA ALVES DA SILVA

**UM OLHAR DE GÊNERO SOBRE SAÚDE E TRABALHO: estudo de caso
de uma empresa multinacional**

Niterói, 2012

**UM OLHAR DE GÊNERO SOBRE SAÚDE E TRABALHO: estudo de caso
de uma empresa multinacional**

JOSIENE KARLA ALVES DA SILVA

**HILDETE PEREIRA DE MELO
ORIENTADORA**

**MOEMA DE CASTRO GUEDES
CO-ORIENTADORA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense - UFF, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em ____/____/____

PROF. Dr. Luiz Otávio Ferreira (FIOCRUZ)

PROF^a. Dr^a. Rita de Cássia Santos Freitas (UFF)

PROF^a. Dr^a. Hildete Pereira de Melo (Orientadora)

PROF^a. Dr^a. Moema de Castro Guedes (Co-orientadora)

Dedico este trabalho ao meu companheiro Vitor
e às mulheres que passaram, estão e passarão por minha vida.
Mães, sogras, amigas, colegas, professoras, trabalhadoras.
A todas com o desejo de saúde e sucesso.

Agradecimentos

Agradecer é uma forma de reconhecer com gratidão àqueles e àquelas que colaboraram para a existência deste trabalho.

A Dácia Teles pela iniciação no tema gênero;

A Sabrina Navarro e Sabrina Paiva, amigas e professoras que me ajudaram com suas críticas e observações a melhorar o projeto apresentado à Pós-Graduação de Política Social;

Ao Vitor e sua família por me fazerem parte dela;

Aos meus pais e irmão que mesmo distantes se fazem presentes;

Aos colegas da graduação em Serviço Social da UFJF e da pós-graduação em Política Social da UFF pela convivência, trocas, aprendizagem e amizade;

Aos professores que seguiram comigo nesta empreitada, principalmente à professora Hildete pela paciência e acolhimento nas orientações aos sábados pela manhã. E à professora Moema que com seu conhecimento e atenção, me ajudou a conferir a este trabalho um salto de qualidade.

A gestão da empresa pesquisada, que permitiu a realização deste estudo em seu espaço confiando na ética acadêmica.

A Deus pelos momentos de iluminação e sustentação.

A todos (as) os trabalhadores e trabalhadoras que com seu suor e sonhos seguem construindo as nações e renovando esperanças de dias mais equânimes para todos nós.

RESUMO

O presente estudo realiza uma análise de como as questões de gênero se relacionam com a saúde dos (as) trabalhadores (as) em uma empresa multinacional. Em um contexto mundial, no qual o tempo do trabalho invade cada vez mais o tempo do não trabalho, buscamos refletir sobre as diferenças marcadas por gênero no perfil epidemiológico desses (as) trabalhadores (as).

Nossa análise se vale do estudo de caso utilizando a estatística descritiva para apreciação do banco de dados, que é composto pelo registro de dados coletivos de saúde da força de trabalho da empresa estudada no período de 2003 a 2008. Observamos algumas diferenças marcadas por gênero no perfil de licenças médicas dos (as) trabalhadores (as) com uma concentração maior de determinados adoecimentos ligados ao sexo feminino com prevalência de doenças relativas a transtornos mentais e de comportamento e doenças osteomusculares. Diferentemente, os homens apresentam um perfil de adoecimento mais relacionado às doenças respiratórias, osteomusculares e cardiovasculares.

Buscamos desenvolver com esse trabalho um olhar capaz de considerar as diferenças e peculiaridades no perfil de adoecimento de uma população de trabalhadores (as) muito escolarizados (as). A reflexão sobre as doenças que impactam a saúde de homens e mulheres pode nos auxiliar a pensar como as diferenças de gênero incidem na saúde das pessoas, considerando que o processo saúde-doença se constitui e se conforma no bojo das relações sociais.

Palavras-chave: Saúde, Trabalho e Gênero

ABSTRACT

This study conducts an analysis of how gender issues relate to the health of (the) employee (s) in a multinational company. In a world in which work time invades more and more time not working, we reflect on the marked differences by gender in the epidemiology of (the) employee (s).

Our analysis relies on the case study using descriptive statistics for the assessment of the database, which consists of the data record collective health of the workforce of the company studied the period from 2003 to 2008. We observed some marked differences by gender in the profile of medical license (s) employee (s) with a higher concentration of certain illnesses linked to female prevalence of diseases related to mental and behavioral disorders and musculoskeletal diseases. In contrast, men have a pattern of illness more closely related to respiratory diseases, musculoskeletal and cardiovascular diseases.

We seek to develop this work with a look that considers the differences and peculiarities in the pattern of illness in a population of workers (the) very educated (as). Reflections on the diseases that impact the health of men and women can help us think about how gender differences affect people's health, considering that the health-disease process is established and it conforms in the midst of social relations.

Keywords: Health, Work and Gender

SUMÁRIO

Introdução.....	8
CAPÍTULO 1 - O Processo de Trabalho e o Processo Saúde-Doença – Breve Contextualização.....	11
1.1 Da Medicina do Trabalho à Moderna Concepção da Promoção da Saúde.....	21
1.2 O Movimento “Contemporâneo” de Promoção da Saúde.....	27
CAPÍTULO 2 - Estatísticas Descritivas: O Perfil da Força de Trabalho Pertencente ao Setor Internacional de uma Grande Empresa.....	31
2.1. Perfil Geral da Força de Trabalho da Angelina Magalhães Operações Internacionais – AMOI.....	33
2.2. Perfil Funcional da Força de Trabalho da Angelina Magalhães Operações Internacionais – AMOI.....	40
Capítulo 3 - O Perfil das Licenças de Saúde da Força de Trabalho da Empresa Estudada de 2003 a 2008.....	47
3.1. Características das Patologias Registradas.....	53
Conclusão.....	66
Referências Bibliográficas.....	68

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende analisar como as questões de gênero se relacionam com a saúde dos (as) trabalhadores (as) em uma empresa multinacional. Em um contexto mundial, no qual o tempo do trabalho invade cada vez mais o tempo do não trabalho, buscamos refletir sobre as diferenças marcadas por gênero no perfil epidemiológico desses (as) trabalhadores (as).

O tema de pesquisa se delineou no decorrer de minha experiência profissional atuando com o setor saúde desde o ano de 2004. Por meio da análise de dados coletivos de saúde da força de trabalho de uma determinada empresa com a qual trabalhamos, observamos algumas diferenças marcadas por gênero no perfil de licenças médicas dos (as) trabalhadores (as). Ao analisarmos tais licenças nesta grande empresa no período de 2003 a 2008, notamos que há uma concentração maior de determinados adoecimentos ligados ao sexo feminino com prevalência de doenças relativas a transtornos mentais e doenças osteomusculares. Diferentemente, os homens apresentam um perfil de adoecimento mais relacionado às doenças respiratórias, osteomusculares e cardiovasculares.

A população estudada é composta por trabalhadores (as) muito escolarizados, que trabalham em ambiente de escritório e que dispõe de uma série de benefícios e assistência médica, psicológica e social, configurando um perfil elitizado em relação à população mais ampla de trabalhadores.

As trabalhadoras neste contexto são minoria entre a força de trabalho, a proporção é de três homens para cada mulher no ano de 2008. Apesar disso, no período analisado, observamos que o número absoluto de licenças das mulheres é superior ao dos homens, o que nos provocou inquietação e questionamentos em torno de tais constatações.

Em sua tese de doutorado Estela Aquino (1996) discute a dupla jornada de trabalho como fator de risco para hipertensão arterial junto a enfermeiras em um hospital de referência em Salvador BA. A autora destaca que durante muito tempo a literatura enfatizou o ambiente profissional como o principal espaço produtor de estresse compreendendo o ambiente doméstico como isento de desgastes. No entanto, pesquisas neuroendócrinas evidenciaram que homens e mulheres não apresentavam diferenças marcantes nas respostas ao estresse

no trabalho, mas, ao retornarem para casa, os padrões hormonais apresentavam-se de formas distintas, com homens retornando aos seus níveis basais e as mulheres mantendo a tendência de elevação da produção hormonal de corticosteróides e da pressão arterial.

Conforme Melo (2010) as mulheres saíram para o mundo público e vivenciaram profundas transformações no final do século XX, resultado das lutas feministas, no entanto, seguem acumulando o trabalho reprodutivo e produtivo. Sendo este último hierarquizado em relação aos trabalhos tipicamente masculinos

A fim de pensar o trabalho em uma perspectiva ampliada, que busca articular os conceitos de saúde e gênero, nos propusemos a analisar um setor de negócios de uma empresa multinacional e o perfil epidemiológico dos (as) seus (as) trabalhadores (as). Por questões éticas e de sigilo no tratamento e uso das informações, o referido setor será identificado com o nome fantasia de Angelina Magalhães Operações Internacionais. Para tal utilizamos o estudo de caso, dada a possibilidade que este método nos oferece de conhecer com profundidade um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento. Utilizamos ainda o estudo estatístico descritivo através do programa SPSS, para a apreciação das fontes de informação constituídas por dados coletivos e indicadores de gestão em saúde produzidos ao longo do período de 2003 a 2008 e armazenados no banco de dados informatizado da empresa pesquisada.

Empregamos ainda a literatura disponível sobre trabalho, gênero e saúde visando promover a articulação desses conceitos no desenvolvimento de nossa análise. De acordo com Aquino (Ibid) são poucos os estudos que visam articular saúde e questões de gênero, há muita produção sobre o tema nos periódicos médicos mas ainda é pouco explorado pelas ciências sociais. Neste sentido, buscamos contribuir com a produção de conhecimento nessa área.

A dissertação apresenta a seguinte estrutura: No Capítulo 1 buscamos contextualizar o processo de trabalho e os processos de adoecimento, fazendo uma breve revisão da literatura que trata sobre saúde, trabalho e gênero. No Capítulo 2 detalhamos o perfil da força de trabalho que constitui a empresa estudada, articulando as evidências encontradas com a discussão de trabalho e gênero. Finalmente no Capítulo 3 fazemos uma análise das licenças médicas

de saúde da força de trabalho, por sexo e patologia, durante um período de 6 anos buscando conhecer as diferenças marcadas por gênero no perfil de adoecimento e em seguida concluímos articulando as discussões dos três capítulos e sintetizando nossas considerações.

CAPÍTULO I

O PROCESSO DE TRABALHO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

O cenário mundial contemporâneo vem sendo marcado por inúmeras e complexas transformações político-econômicas e sócio-culturais, de modo especial a partir da década de 1980 e particularmente no Brasil a partir de 1990. Essas transformações têm, em parte, origem nas relações desenvolvidas no cerne da denominada modernidade e se agravado na atualidade, sendo caracterizadas basicamente pela mundialização econômica, desenvolvimento tecnológico com ênfase na microeletrônica e intensificação das tecnologias de informação culminando em uma reestruturação da produção e da organização do trabalho sem precedentes.

Segundo Antunes (1999) o processo de produção de mercadorias passou por alterações importantes em busca da recuperação do ciclo de expansão do capitalismo, gestando formas inovadoras em relação aos modelos fordistas/tayloristas destacando-se a acumulação flexível. Tal reorganização não impactou apenas os processos de trabalho, promoveu também alterações na própria sociabilidade e subjetividade do trabalhador constituindo um projeto de hegemonia ideológico, em que os valores individualistas e fragmentários são incensados e as experiências coletivistas e solidárias desacreditadas.

Esta “reengenharia” do sistema produtivo foi responsável, segundo Antunes (Ibid), por condições econômicas, materiais e ideológicas que pavimentaram o caminho para as experiências neoliberais. Caracterizado pela defesa do Estado mínimo e do mercado não regulado, o neoliberalismo promoveu o desmantelamento das propriedades estatais, a desregulamentação dos direitos sociais, provocando impactos dramáticos para a classe trabalhadora e a falência do Estado de Bem-Estar Social.

De acordo com Cesar (1998) essas novas transformações levaram à formação de um novo tipo de trabalhador e à re-qualificação dos que já estão inseridos no mercado de trabalho, demandando o seu ajustamento às novas atribuições e comportamentos solicitados pelo mercado. Considerando as

características requisitadas para esse “novo” trabalhador, entre outras, em maior ou menor medida:

- A exigência de trabalhadores multifuncionais, polivalentes, dinâmicos, inovadores, capazes de lidar com habilidade e iniciativa diante de imprevistos relacionados ao contexto ocupacional.
- A aceleração do ritmo de trabalho necessário, ao passo que a força física empregada nas atividades laborais diminui consideravelmente. No entanto, o volume de informações produzidas é gigantesco o que demanda do trabalhador respostas rápidas em um contexto de trabalho no qual o espaço tempo é cada vez mais compactado.
- Solicitação por parte das organizações de maior envolvimento da subjetividade do trabalhador, o que se expressa no comprometimento com os resultados almejados, extrapolando por vezes o tempo do não trabalho em nome do alcance dos objetivos estratégicos.
- Diminuição do volume e fluxo de documentos físicos com aumento proporcional de arquivos virtuais (CESAR, 1998).

Tais alterações nas exigências do perfil profissional e nas expectativas de desempenho dos trabalhadores impactam os processos biopsíquicos e sociais dos indivíduos, podendo contribuir com o surgimento de novas formas de adoecimento e sofrimento. Essa realidade interfere na configuração dos modos de vida, organizados a partir do trabalho, formando um contexto no qual a produtividade domina o cotidiano dos indivíduos e ultrapassa a linha formal delimitada pelo contrato de trabalho.

Desta forma, recorreremos a conceitos que nos auxiliam na compreensão das relações trabalho-saúde e nas formas e expressões no trabalhador do processo de produção social de questões biológicas. De acordo com Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997) o trabalho organiza o modo de vida da sociedade, sendo que as relações sociais e seus rebatimentos sobre a saúde ocupam lugar central neste contexto. Consideramos a categoria trabalho “*uma*

categoria social e, por isso, deve ser tratada como tal em suas determinações múltiplas e não só como um fator de risco ambiental' Laurell (1981, p.13). Assim, nos propomos a conduzir esta investigação a partir das relações sociais e de saúde, em uma perspectiva de ampliação acerca do entendimento das relações de trabalho agregando para tal o conceito de gênero.

Para conceituarmos gênero é necessário observar além das características sexuais de homens e mulheres focando os papéis sociais vivenciados pelos indivíduos. O conceito de gênero começou a ser utilizado para explicar que as diferenças entre homens e mulheres não são apenas de ordem física e biológica. A diferença biológica é apenas o ponto de partida para a construção social do que é ser homem ou ser mulher. *“O sexo é atribuído ao biológico, enquanto gênero é uma construção social e histórica. A noção de gênero aponta para a dimensão das relações sociais do feminino e do masculino”* (BRAGA, 2007, p.28).

Buscamos contribuir com a produção do conhecimento observando a relação entre saúde, trabalho e gênero, considerando as questões históricas demarcadas pela centralidade do trabalho na organização da vida social. O trabalho, em nossa perspectiva de análise, é entendido como atividade estruturante, produtor de sentidos e determinante na vida das pessoas. Pensar a saúde como produção social requer a observância das relações trabalho-saúde como um processo de construção histórica.

No campo de estudos da Saúde do Trabalhador, observamos conceitos que se propõem a romper com uma perspectiva monocausal ou multicausal, cujo objetivo se restringe ao estudo sobre os impactos do trabalho, centralizando-se na individualização dos casos de adoecimento. Laurell e Noriega (1989) argumentam que o trabalho não pode ser considerado em uma única dimensão, dado que trabalho e saúde estão inter-relacionados, assim sendo o adoecimento também não pode ser observado apenas pelo âmbito dos riscos (monocausal). A relação saúde-doença deve ser considerada *“não somente como processo biológico, mas antes de tudo como um processo social (...)”* Laurel e Noriega (1989, p.100).

Ao observarmos essa discussão pela ótica do gênero associada à saúde dos (as) trabalhadores (as), buscamos desenvolver uma abordagem que considera as relações de gênero e a divisão sexual do trabalho em um

exercício de ampliação da questão saúde. Compartilhamos o entendimento de Brito (2000, p.196) ao assinalar que:

“A saúde é expressão de condições sociais, culturais e históricas das coletividades em que o trabalho desempenha papel crucial. O trabalho realizado em nossa sociedade é determinado por complexo entrelaçamento de relações de poder, sociais, econômicas e políticas. Nesse momento de globalização e reestruturação produtiva, aumenta a necessidade de dar um passo na apreensão da realidade vivida pelos (as) trabalhadores (as) não só no ambiente interno de trabalho, como também em seu cotidiano, nos locais de convívio e moradia, ampliando o leque de interrogações e incorporando enfoques que colaborem para a apreensão das desigualdades e heterogeneidades produzidas. Os estudos concernentes à divisão sexual do trabalho e às relações de gênero se inserem nesta perspectiva. Propõe-se que esses conceitos sejam assimilados nas análises que enfocam saúde e trabalho, em virtude de sua capacidade de trazer à tona problemas coletivos que permanecem ocultos quando as diferenças são negadas.”

Ao refletirmos sobre saúde e trabalho nos dias atuais faz-se necessário utilizar um conceito ampliado de trabalho que considere o trabalho doméstico, suas respectivas interações com os modos de vida e conseqüentemente com a organização e reprodução social. Conforme pontua Brito (1995) a saúde é produzida a partir das relações sociais, de classe e de sexo, para tal o conceito de divisão sexual do trabalho é essencial para nos ajudar a pensar esta questão.

É sabido que o mundo do trabalho se organizou a partir da divisão sexual do trabalho que separou e hierarquizou o trabalho de homens e mulheres, de forma que o trabalho produtivo foi conferido, ao mundo masculino e o trabalho reprodutivo reservado às mulheres. Sendo trabalho de mulheres o cuidado em relação à vida, predominantemente no mundo privado, é historicamente considerado de menor valor, apesar de ser por meio de tais cuidados imprescindíveis que se organiza a sociedade como um todo. Sobre esta questão Ávila (2011) comenta que:

“No campo produtivo, há uma representação simbólica do trabalho de homens e do trabalho de mulheres e há uma divisão de tarefas que respondem a essa representação. Essa divisão incide também sobre o valor do trabalho de homem e de mulher expresso no valor diferenciado de salários e no desvalor do trabalho doméstico que, dessa forma, além de ser apropriado para uma maior exploração do trabalho das mulheres, pode funcionar também como um meio de reafirmar a naturalização dessas habilidades que se desenvolvem na prática concreta do trabalho doméstico.” (ÁVILA: 2011. In Anais Seminário Autonomia Econômica e Empoderamento da Mulher)

A perpetuação da menor valia do trabalho no âmbito doméstico/privado contribui de forma determinante para a lógica de reprodução da divisão sexual do trabalho nas estruturas sociais, políticas e econômicas, colocando as mulheres em posição de vulnerabilidade. Ao discutir esse fenômeno Hirata, (2002, p.25) apud Ávila (2011) argumenta que a manutenção dessa divisão repousa na sustentação de suas bases, uma vez que as responsabilidades domésticas seguem sendo socialmente atribuídas unicamente às mulheres como função “natural”.

As mulheres conseguiram no século XX e especialmente nas últimas décadas inegáveis avanços no campo econômico, político e social, com entrada significativa no mercado de trabalho e alguma participação em espaços de poder. Uma das questões centrais para a maior participação feminina na esfera produtiva refere-se ao MELHOR controle da fecundidade, que foi possível a partir da utilização da pílula contraceptiva.

Anteriormente inseparáveis, as funções sexual e reprodutora finalmente são dissociadas com o advento da pílula, o que auxiliou a mulher a potencializar o desempenho do seu papel econômico e afirmar-se como sujeito. Outros fatores como a industrialização e a urbanização foram determinantes para a entrada feminina no mercado de trabalho assim como os espaços ocupacionais destinados às mulheres. Segundo Scott (1991, p.445) a *“história típica do trabalho feminino baseia-se em um modelo esquemático, que transfere as atividades realizadas na indústria doméstica para a manufatura”,* estabelecendo um grande contraste *“entre um mundo pré-industrial em que o trabalho feminino era informal, freqüentemente não remunerado, em que a*

prioridade era dada à família” e de outro lado o trabalho na fábrica “que exigia uma atividade de tempo integral, assalariada e afastada do lar”. Scott (Ibid).

O sexo era normalmente tido em conta em matéria de emprego. O trabalho para que eram contratadas as mulheres era definido como “trabalho de mulher”, adequado de algum modo às suas capacidades físicas e aos seus níveis inatos de produtividade. Este discurso produziu uma divisão sexual no mercado de trabalho, concentrando as mulheres em alguns empregos e não em outros, colocando-as sempre na base de qualquer hierarquia ocupacional e estabelecendo os seus salários abaixo do nível médio básico de subsistência”. (SCOTT, 1991, p. 454).

A industrialização não causou necessariamente uma separação entre o espaço doméstico e o trabalho produtivo, pelo contrário, reproduziu na esfera produtiva os pressupostos de menos valia atribuídos à esfera reprodutiva, promovendo uma inserção subordinada das mulheres no mercado de trabalho. Embora tenha havido forte entrada feminina no mercado de trabalho, esta configuração não veio acompanhada de uma redistribuição/reorganização de estratégias para viabilizar a esfera dos cuidados e das responsabilidades familiares. Essa reflexão sobre as necessidades de conciliação é especialmente importante, pois se relaciona intimamente com aspectos que determinam as trajetórias profissionais das mulheres.

De acordo com Vasconcelos (2010), esse tema se articula com toda a idéia de mercado de trabalho e marca a recepção e a ascensão das mulheres nesse espaço bem como as preocupações delas, que quando inseridas no contexto laboral são marcadas por uma responsabilidade maior, quase sempre exclusiva, pela esfera reprodutiva da vida no interior do trabalho produtivo.

Essa repetição entre a esfera do trabalho produtivo e a esfera do trabalho reprodutivo aumenta nos últimos anos. Segundo Vasconcelos (Ibid) as mulheres encontram-se em um momento de jornadas de trabalho intensivas, o que remete a uma pressão no que se refere à questão das remunerações. Principalmente em momentos de crise, há uma reorganização do mercado de trabalho que exige maior presença e disponibilidade de trabalhadores e trabalhadoras para as instituições, empresas e organizações nas quais ambos se inserem.

Nesse contexto as mulheres tem sido responsáveis por encontrar e construir sozinhas estratégias de conciliação entre as suas responsabilidades no âmbito privado, no espaço da reprodução da vida, com maior presença no trabalho produtivo no mercado de trabalho. A responsabilidade de conciliar as esferas produtiva e reprodutiva ainda tem recaído majoritariamente sobre as mulheres. Essa realidade produz impactos que vão além da vida individual com aspectos já bastante conhecidos, como a dupla jornada de trabalho e os impactos sobre a saúde das mulheres.

De acordo com Brito (1995) nos últimos anos surgem estudos específicos da relação saúde/trabalho a partir de um olhar sobre a mulher trabalhadora, evidenciando *a impossibilidade de separar, analítica e concretamente, os espaços de trabalho e de consumo, o trabalho e o descanso, o trabalho remunerado e não remunerado, apontando novos temas de pesquisa* (apud NORIEGA, 1995, p.100).

Desta forma, buscamos analisar sob uma perspectiva de gênero como a dimensão trabalho se articula com a noção de condição de saúde e a resultante da interseção destas com as relações sociais. De acordo com Brito (Ibid) a divisão sexual do trabalho impõe jornadas ilimitadas às mulheres, uma vez que elas seguem respondendo ao trabalho dentro e fora de seus lares representando esforço excessivo o que contribui para a progressiva deterioração da saúde feminina.

Laurel e Noriega (1989) denominam como cargas de trabalho os elementos que interferem na saúde dos (das) trabalhadores (as), provenientes do processo de trabalho. Estas cargas podem ser compreendidas como os elementos que atuam dinamicamente entre si e com o corpo do (a) trabalhador (a) no processo de trabalho, podendo ser decompostas em grupos específicos assumindo uma materialidade tanto externa (físicas, químicas, biológicas e mecânicas), quanto interna (fisiológicas e psíquicas).

O conceito de carga mental é importante para a apreensão da complexidade relacional das esferas produtiva e reprodutiva para as mulheres. De acordo com Brito (Ibid) este conceito foi formulado para dar conta da atividade de gestão dos espaços e tempos presentes no trabalho não remunerado e que também é exigência da conciliação de funções relativas ao trabalho remunerado e não remunerado.

Além dos tipos de cargas mencionadas, acrescenta-se o conceito de carga social, proposto por Freire (2006, p.41), que se expressa “*em fatos como desigualdade, autoritarismo, privação de poder (...), incluindo questões de gênero, idade e etnia (...)*”. A carga social, igualmente às demais cargas, decorre das relações e da organização do trabalho, sendo construída e reproduzida pelo processo de trabalho e referindo-se às relações sociopolíticas dos sujeitos.

A dimensão da carga social introduz, no âmbito da análise sobre a produção social da saúde, a “potencialidade social” do (a) trabalhador (a) (FREIRE, 2006, p.41), ou seja, a capacidade do sujeito em enfrentar as questões postas pelo trabalho. Uma vez que se identifique a negação desta potencialidade, segundo Laurel (Ibid), temos uma “atrofia” do potencial humano em sua capacidade de mudar uma situação, enfrentá-la, ou ainda discuti-la, individual ou coletivamente, podendo se expressar nas experiências de desmotivação das pessoas, resistências a contribuir no trabalho e problemas de clima organizacional decorrentes desse processo, entre outros.

Sendo assim, a utilização do conceito de carga de trabalho, incluindo os aspectos físicos, químicos, biológicos, mecânicos, fisiológicos, psíquicos e sociais, deve ser compreendida a partir da dinâmica do processo de trabalho. Caso contrário, podemos incorrer no uso do conceito de causa e efeito e, exclusivamente, de adoecimento, desconsiderando a dimensão social e histórica do processo saúde-doença. Do mesmo modo, as cargas devem ser contextualizadas pela lógica global do processo de trabalho, inclusive no âmbito doméstico, no cerne das transformações de ritmos e tempos do processo produtivo, não se restringindo à conotação de peso e dificuldade, mas como “demandas do processo de trabalho”.

Considerando a saúde como demanda dos trabalhadores e também dos empregadores (FREIRE, 2006), a carga de trabalho torna-se um conceito fundamental, uma vez que influencia a capacidade de reprodução da força de trabalho, haja vista que as cargas se potencializam entre si. Sob estas condições o (a) trabalhador (a) pode adoecer ou adaptar-se às situações precárias e condições específicas de trabalho que lhes são impostas. Situações essas que resultam em uma sobrevivência também precária, às quais se submetem o (a) trabalhador (a) ou, ainda, na “destruição de sua

integridade corporal”. Esta relação é denominada no campo teórico, como “desgaste” (LAURELL e NORIEGA; 1989; SELIGMANN-SILVA, 1994; 1995).

Segundo Laurell e Noriega (1989, p.115), o conceito de desgaste refere-se à forma como ocorre o processo biológico e psíquico e traz a dimensão da historicidade deste processo. Trata-se da observação sobre o processo de interação, podendo ser definido “*como perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica, (...) [e] se refere, (...) ao conjunto dos processos biopsíquicos*”.

Igualmente, deve-se dimensionar que o desgaste manifesta-se no trabalhador individualmente, mas assume significado através da expressão coletiva, uma vez que depende das condições construídas no coletivo.

Portanto, o desgaste produzido socialmente, é produto da relação entre o trabalho e o (a) trabalhador (a) e pode comprometer a capacidade de reposição e reprodução da força de trabalho, que constituem condições necessárias ao trabalho. Dentro da lógica global de produção é preciso considerar que o desgaste torna-se muito maior do que a capacidade de repor e desenvolver a força de trabalho.

No cenário mundial, as mudanças ocorridas no processo produtivo, segundo as análises feitas por Lacaz (2000) e Abramides e Cabral (2003), ratificam a relevância sobre esta temática. Isto porque esses autores relembram e informam que as alterações nas formas de trabalho, não reduziram os adoecimentos, mas apenas *modificaram* seu perfil, demandando dos profissionais que atendem os (as) trabalhadores (as) uma série de reflexões na forma de pensar e intervir nas demandas que lhes são postas cotidianamente.

Considerando a complexidade do processo saúde-doença, em decorrência dos determinantes e condicionantes do contexto contemporâneo, compreendemos que a discussão acerca do trabalho e da saúde dos (as) trabalhadores (as) precisa se articular com a abordagem de gênero buscando contemplar as interações entre o espaço do trabalho e a vida fora dele.

Um conceito que nos auxilia na abordagem a este tema é a concepção de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) que valoriza as mudanças na organização do trabalho e a participação dos (as) trabalhadores (as), conforme preconizado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1976 apud

Lacaz, 2000, p.151). De acordo com Aquino (1996) ao se discutir alternativas para diminuir os efeitos danosos e enfatizar os benefícios do trabalho sobre a saúde física e mental, a literatura aponta para a necessidade de ampliar o controle dos (das) trabalhadores (as) na organização de suas tarefas com maior liberdade, fomentando estruturas mais democráticas que permitam a influência individual e coletiva dos mesmos sobre as decisões nos diferentes níveis de hierarquia. Em se tratando de mulheres a discussão não pode ficar circunscrita ao âmbito profissional, mas precisa ser remetida para o espaço doméstico, onde as relações de poder encontram-se naturalizadas e as trabalhadoras contribuem para a reprodução dos mecanismos que as exploram e oprimem.

As noções envolvidas com o conceito de qualidade de vida referem-se à satisfação, motivação, saúde e segurança no trabalho, novas formas de organização do trabalho e novas tecnologias bem como seus impactos para a saúde e o meio-ambiente - defendidas pela OIT a partir de 1976, com o desenvolvimento do Programa Internacional para o Melhoramento das Condições e dos Ambientes de Trabalho (PIACT) – e direcionadas para a melhoria da qualidade geral de vida para além do espaço de trabalho e para uma maior participação dos (as) trabalhadores (as) nas decisões que se relacionam com sua vida profissional.

Tal perspectiva supera uma abordagem de prevenção de acidentes e doenças do trabalho compreendidos como típicos e avança na discussão sobre os agravos “relacionados ao trabalho”, incorporando grupos de doenças e acidentes que também ocorrem na população geral, mas que assumem particularidades em determinadas categorias de trabalhadores (as), sem desconsiderar outros nexos de saúde (RIBEIRO, 1999; LACAZ, 2000; MENDES, 1995; SELIGMANN-SILVA, 2001).

Nessa direção, considera-se como QVT o processo que associa o incentivo de práticas de hábitos de vida saudáveis dos indivíduos com iniciativas que venham repercutir nas relações, condições e organização do processo de trabalho - fundamentais para se entender os principais problemas contemporâneos de saúde dos (as) trabalhadores (as).

Ao discutir qualidade de vida no trabalho, consideramos a categoria controle, referente à autonomia e poder que os trabalhadores têm sobre os

processos de trabalho, no sentido de conhecerem o que os incomoda, adoecem e pode causar acidentes, associada à possibilidade de interferir na realidade como sujeitos na situação. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que sua ausência pode relacionar-se com agravos à saúde como doenças cardiovasculares, acidentes de trabalho e sofrimento mental (GARDELL; KARASEK; SELIGMANN-SILVA, et al; apud LACAZ, 2000).

Pelo exposto, nos propomos a conhecer as possíveis implicações na saúde dos (as) trabalhadores (as) em uma grande empresa multinacional de energia, destacando as diferenças entre homens e mulheres. Em que medida as questões de gênero se relacionam com fatores ligados à saúde destes (as) trabalhadores (as) que contam com toda a assistência possível, mas que mesmo assim, não estão isentos dos processos de adoecimento. Buscamos ainda, contribuir com a discussão e produção do conhecimento no que se refere às áreas de estudo: trabalho, saúde e gênero.

1.1. DA MEDICINA DO TRABALHO À MODERNA CONCEPÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Como especialidade médica a medicina do trabalho surge na Inglaterra no século XVIII durante a Revolução Industrial em um contexto de super exploração da força de trabalho. As condições de trabalho nesse período eram tão precárias que comprometiam não apenas a saúde dos trabalhadores (as), mas a própria capacidade do sistema de produção e acumulação dado que causavam prejuízos às condições mais básicas de reprodução dos trabalhadores. De acordo com Mendes (1991) as expectativas patronais em torno da medicina do trabalho se caracterizavam pela centralidade da figura do médico, agente de confiança e de “defesa” do empresário que transferia a este profissional a responsabilidade pela ocorrência das questões de saúde ocorridas no espaço da fábrica.

A abordagem caracterizava-se por uma atuação eminentemente assistencial-curativa e reabilitadora, com foco no controle da capacidade produtiva e da doença desconsiderando a participação do trabalhador. A visão, segundo esta perspectiva, concentrava-se nos aspectos biológicos e individual

salientando uma relação unicausal¹ ao tratar as causas de doenças e acidentes desconsiderando seus determinantes de acordo com Minayo-Gomez & Thedim-Costa (1997).

Em um ambiente em que inexistiam serviços públicos de saúde e a assistência provinha essencialmente da filantropia, a medicina do trabalho passa a ocupar papel de destaque constituindo uma ferramenta de controle e dependência dos trabalhadores que extrapolava o espaço da fábrica e se estendia mesmo às famílias dos trabalhadores. Mendes (Ibid) argumenta que é inerente à medicina do trabalho cuidar da “adaptação física e mental dos trabalhadores” com a pretensão de alocá-los no espaço laboral de acordo com suas aptidões buscando promover uma adequação dos trabalhadores aos postos de trabalho por meio de atividades educativas. Tal perspectiva traz uma visão mecanicista da medicina consolidando a figura onipotente do médico que tudo conhece e decide sobre a saúde das pessoas, mas que estava bastante afinada com o modo de produção daquele período. Segundo Mendes:

“a expectativa de promover a “adaptação” do trabalhador ao trabalho, quanto à da manutenção de sua saúde, refletem a influência do pensamento mecanicista na medicina científica e na fisiologia. No campo das ciências da administração, o mecanicismo vai sustentar o desenvolvimento da “administração científica do trabalho”, onde os princípios de Taylor, ampliados por Ford, encontraram na medicina do trabalho uma aliada para a perseguição do seu “telos” último: a produtividade.(1991: 343)”

Após a Segunda Guerra Mundial, o esforço de reconstrução e retomada da industrialização demandava mão de obra produtiva, esta por sua vez encontrava-se em grande parte comprometida, devido aos acidentes de trabalho e doenças profissionais agravados durante os períodos de guerras em razão da super exploração. Em paralelo, observamos a evolução da tecnologia industrial com novos produtos e equipamentos traduzindo um novo arranjo na divisão internacional do trabalho.

¹ Essa concepção da unicausalidade das doenças tinha, entre seus principais referenciais teóricos, os chamados Postulados de Koch, originalmente formulados por Henle (1840) e adaptados por Robert Koch, em 1877. De acordo com essa concepção, a cada doença infecciosa deveria corresponder um agente etiológico específico.

Diante de uma realidade desafiadora, a medicina do trabalho vê-se questionada por empregadores e trabalhadores dado sua relativa impossibilidade de responder com efetividade aos agravos de saúde decorrentes do processo produtivo. De acordo com Mendes (Ibid) a solução apresentada foi a ampliação da atuação médica que passaria a intervir também sobre o ambiente, surge assim a Saúde Ocupacional.

Com foco na higiene industrial, tal perspectiva possui como características principais a classificação dos trabalhadores em grupos de risco expostos e não expostos, a manutenção do ambiente e doença em condições com a produção, as atividades de especialistas baseiam-se majoritariamente na clínica e epidemiologia considerando na intervenção um conhecimento parcializado das diferentes variáveis o que segue contribuindo para a alienação do trabalhador e informação restrita.

De acordo com Minayo-Gomez; Thedim-Costa (Ibid) a Saúde Ocupacional privilegia uma abordagem focada nos *“agentes/riscos assumidos como peculiaridades ‘naturalizadas’ de objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se situam em sua origem”*.

Com uma perspectiva que enfocava o ambiente e a multidisciplinaridade dos saberes para controle dos riscos ambientais, a saúde ocupacional apesar de refletir a influência das escolas de saúde pública daquele período principalmente nos EUA, não conseguiu atingir integralmente seus objetivos. Mendes (Ibid) elenca alguns fatores que podem explicar o insucesso como a manutenção do referencial mecanicista da medicina do trabalho além das dificuldades na materialização da interdisciplinaridade em razão dos interesses corporativistas. Além disso, a velocidade das modificações dos processos de trabalho foram superiores à capacidade de adequação e capacitação em termos de recursos humanos.

Apesar do discurso coletivista do modelo de Saúde Ocupacional a abordagem e intervenção direcionadas aos trabalhadores seguiram unilaterais, focando o trabalhador como o objeto das ações de saúde em detrimento de sua participação no processo, promovendo um isolamento na discussão mais ampla do setor saúde.

Evidentemente as modificações das perspectivas que abordam a saúde no contexto do trabalho não estão desligadas das condições políticas e

sociais de seus respectivos tempos. Nesse sentido o questionamento da insuficiência do modelo de saúde ocupacional tem como pano de fundo um movimento social mais amplo que nasce nos países ocidentais industrializados (França, Itália, EUA, Inglaterra). A década de 60 traz indagações sobre o sentido da vida e o significado do trabalho estimulando formas de participação dos trabalhadores nas questões relacionadas à saúde e segurança, inclusive com a sua legitimação no que se refere à legislação.

A partir da década de 70 o cenário mundial se agita com transformações políticas e econômicas agravadas nas últimas décadas. Há um acirramento da questão social com os avanços da perspectiva neoliberal através de diversas estratégias, tais como: estabilização da economia, abertura ao capital estrangeiro, minimização do Estado, enxugamento das políticas sociais e privatizações, entre outros, em meio a uma busca incessante pela criação de novas formas de acumulação, com garantias de concentração de riquezas cada vez maiores, trata-se do fenômeno denominado globalização.

Trazendo essa discussão para o campo da saúde, a utilização de novas tecnologias, de forma especial as que se referem a automação e informatização nos processos de trabalho, introduzem novos riscos à saúde que decorrem na maioria das vezes da organização do trabalho dificultando abordagens medicalizantes. De acordo com Mendes:

As modificações dos processos de trabalho em nível "macro" (terciarização da economia), e "micro" (automação e informatização), acrescentados à eliminação dos riscos nas antigas condições de trabalho, provocam um *deslocamento do perfil de morbidade* causada pelo trabalho: as doenças profissionais clássicas tendem a desaparecer, e a preocupação desloca-se para as outras "doenças relacionadas com o trabalho" (work related diseases). Passam a ser valorizadas as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial e doença coronariana), os distúrbios mentais, o estresse e o câncer, entre outras. Desloca-se, assim, a vocação da saúde ocupacional, passando esta a se ocupar da "promoção de saúde", cuja estratégia principal é a de, através de um processo de educação, modificar o comportamento das pessoas e seu "estilo de vida".(1991:346)

O campo da Saúde do Trabalhador se constitui no bojo desse intenso processo social de mudanças nas últimas duas décadas no âmbito da Saúde Pública. De acordo com Mendes (Ibid) o objeto da perspectiva Saúde do Trabalhador é definido a partir do processo saúde e doença dos grupos de pessoas em sua relação com o trabalho em um esforço de compreensão de como esses campos se articulam e se determinam. Busca desenvolver alternativas de intervenção que privilegiem a apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana no trabalho em consonância com a perspectiva teleológica. Considera o trabalho como organizador da vida social, sendo arena de dominação e submissão do trabalhador, mas contraditoriamente abre espaços para a resistência levando em conta a historicidade envolvida.

Tal perspectiva se diferencia de acordo com o país e o período mantendo seu traço principal: a busca dos trabalhadores pelo reconhecimento de seus saberes de forma a exercerem seu direito a informação e à recusa ao trabalho perigoso para a saúde. De acordo com Mendes (Ibid) *a prática com foco na saúde do trabalhador visa promover um esforço de integração das dimensões individual x coletivo, biológico x social, técnico x político, particular x geral*. Trata-se de um exercício no qual se juntam profissionais de saúde e trabalhadores com o intuito de reunir e articular os conhecimentos produzidos a serviço do (a) homem/mulher.

No Brasil, a emergência da saúde do trabalhador ocorre na década de 80, tendo como marco principal o processo de redemocratização. Lacaz (2007) argumenta que a saúde do trabalhador constitui um campo de práticas cujo enfoque teórico-metodológico emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer as relações do trabalho e saúde-doença com referência em um ator social emergente: a classe trabalhadora industrial. Segundo Lacaz:

“ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetiva superá-los, identificando-se a partir de conceitos originários de um feixe de discursos dispersos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à determinação social do processo saúde-doença; pela Saúde Pública em sua vertente programática e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos.” (2007, p.758)

Em síntese, por Saúde do Trabalhador *entende-se um feixe de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas - e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum* (MINAYO-GOMEZ e THEDIM-COSTA 1997). Tal perspectiva é herança acumulada pelo campo da Saúde Coletiva, com estreitas ligações no movimento de Medicina Social latino-americana além das influências da experiência italiana. É durante a década de 60 e início de 70 que observamos um aumento de um conjunto de conhecimentos e referências no campo da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Saúde Pública, produzindo questionamentos sobre as abordagens funcionalistas o que resultou na ampliação do entendimento acerca do processo saúde-doença e sua articulação com o trabalho. Na crítica ao modelo médico tradicional, atinge-se a compreensão de que *"a medicina não apenas cria e recria condições materiais necessárias à produção econômica, mas participa ainda da determinação do valor histórico da força de trabalho e situa-se, portanto, para além dos seus objetivos tecnicamente definidos"* (DONNANGELO, 1979, p.34).

A reflexão crítica produzida nesse período sobre a limitação das perspectivas hegemônicas estabelece bases para a construção de uma nova forma de apreender os vínculos entre trabalho-saúde assim como de intervenção nos ambientes laborais. O novo entendimento informa uma prática de atenção à saúde dos trabalhadores que se enfronha na Saúde Pública comunicando-se com as propostas da Reforma Sanitária Brasileira. Contribui para o estabelecimento de um modelo referenciado nas Ciências Sociais notadamente o pensamento marxista promovendo uma dilatação no entendimento proveniente da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

1.2) O MOVIMENTO “CONTEMPORÂNEO” DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Podemos entender a promoção da saúde, basicamente há duas décadas, como “*uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século*” (BUSS, 2000). Tal perspectiva promove uma ampliação acerca do entendimento sobre o processo saúde-doença assim como seus determinantes, articulando saberes técnicos e populares além de recursos comunitários, institucionais, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução.

A literatura cita a Carta de Ottawa² de 1996 como um dos documentos fundadores da promoção da saúde contemporânea. A carta destaca a necessidade de capacitação comunitária e do controle social para a saúde das pessoas, conceitos que informam uma nova perspectiva de atenção e cuidado em saúde. De acordo com Buss (Ibid) o termo promoção da saúde se associa a um conjunto de valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Trabalha com a idéia de múltipla responsabilização ao combinar estratégias e ações do Estado (por meio das políticas públicas), com o reforço da ação comunitária através do desenvolvimento de habilidades pessoais. Além disso, prevê a reorientação do sistema de saúde de forma a estimular parcerias intersetoriais.

O relatório Lalonde - *A new perspective on the health of Canadians 1974* – também é apontado como um documento que informa este novo paradigma de saúde. Realizado a partir do pensamento sanitário canadense, enfatiza os determinantes de saúde como estilo de vida, ambiente físico e social e serviços de saúde como elementos preponderantes na promoção da saúde.

Por determinantes de saúde podemos entender, entre outros, o ambiente que se relaciona com os aspectos de saúde externos ao corpo humano e sobre os quais os indivíduos têm pouco ou nenhum controle. O estilo

² Documento aprovado na primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa em 21 de Novembro de 1996. A carta de Ottawa foi baseada nos progressos da Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata e no documento As Metas da Saúde para Todos da Organização Mundial de Saúde bem como no recente debate sobre a ação intersetorial para a saúde, realizado na Assembléia Mundial de Saúde.

de vida, que representa o conjunto de decisões que o indivíduo toma em relação a sua saúde e sobre os quais exerce determinado grau de controle. Nesse caso, são propostas mudanças de hábitos e comportamentos que podem ser considerados de risco para a garantia de uma boa saúde e pelo desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis. Os serviços de assistência à saúde podem ser entendidos como *qualidade, ordem, índole e relações entre pessoas e recursos na prestação da atenção à saúde. São os serviços e recursos destinados à garantia da saúde através do “sistema de saúde”* (LALONDE, 1996).

Há diferentes entendimentos na literatura acerca do movimento de promoção da saúde as quais descreveremos abaixo de forma resumida. A perspectiva crítica concebe a promoção da saúde como uma estratégia de cooptação do capital que vê na responsabilização individual uma forma de economizar com os serviços sociais. Por outro lado, existem compreensões que consideram a promoção da saúde como um meio importante para concretizar experiências de participação social e cuidados com a saúde de forma ampla.

De acordo com Minayo (Ibid) a literatura da medicina social apresenta a relação entre condições e qualidade de vida e saúde, em uma discussão que vem se revigorando na área tendo o conceito de promoção da saúde como estratégia principal. O discurso principal na perspectiva da promoção da saúde trata da integralidade no entendimento e enfrentamento dos problemas de saúde – doença – cuidado.

Contemporaneamente a promoção da saúde adquiriu um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado, apresentando um conjunto de valores baseados em solidariedade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria que, segundo Minayo (Ibid), conforma uma miríade de combinações estratégicas. Tais combinações a nível estatal se dariam por meio das denominadas políticas públicas saudáveis, na comunidade com o reforço da ação comunitária, no que se refere aos indivíduos o discurso enfatiza o desenvolvimento de habilidades pessoais culminando por fim na reorientação do sistema de saúde com o fomento das parcerias intersetoriais.

De acordo com Czeresnia (2003) a perspectiva de promoção da saúde, no contexto de sociedades capitalistas neoliberais, promove o fortalecimento da idéia de “autonomia dos sujeitos e grupos sociais” ao passo que diminui a tendência das responsabilidades do Estado, delegando as tarefas de cuidado aos sujeitos.

De forma diferente Buss (2003) ressalta um outro panorama em que a promoção da saúde “(...) *consiste em atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-se no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das ‘culturas’ da comunidade em que se encontram*” (BUSS, 2003, p.18). De acordo com Buss (Ibid) os programas e atividades de promoção da saúde concentram-se em componentes educativos que se relacionam com os riscos comportamentais individuais passíveis de modificação, por isso mesmo *sob controle dos próprios indivíduos* (2003, p.18-19).

Tal perspectiva adota como estratégia de efetivação a elaboração de políticas intersetoriais, com foco na melhoria da qualidade de vida das populações, ampliando a abrangência do campo saúde à medida que considera as dimensões físicas, psíquicas, sociais, locais e global. “*O enfoque da promoção da saúde é mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macro-determinantes do processo saúde-doença* (BUSS, 2003, p.33). Se propõe a superar a medicalização em uma abordagem na qual a saúde é entendida não só como a ausência de doenças, mas relacionada aos macro-determinantes, ou seja, às condições de vida e de trabalho. Além disso, promove a valorização do conhecimento popular e estimula a participação social através dos movimentos sociais, tais como o ambiental e o feminista.

A criação de ambientes favoráveis, a defesa do meio ambiente, o aumento da expectativa de vida saudável, com qualidade e a equidade na distribuição de renda, a igualdade de condições no trabalho para ambos os sexos e o acesso a bens e serviços são ações determinantes para a promoção da saúde e essenciais ao desenvolvimento humano e social.

A efetividade das estratégias de promoção da saúde que buscam consolidar a cidadania irá depender de como os conceitos que as informam serão aplicados. De acordo com a teoria social crítica de Marx o caráter

contraditório não deriva dele próprio, mas decorre das relações sociais em seu movimento e suas contradições (IAMAMOTO, 2006).

No Brasil a promoção da saúde para as mulheres pode ser considerada pela ótica do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - PNPM (2005, 2008) que prioriza as questões de igualdade entre homens e mulheres tendo o Estado como principal intermediador para a realização dos programas de promoção de saúde nas áreas da saúde, educação e trabalho. Além dele, as políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde de atenção à saúde da mulher constituem avanços conseguidos pelos movimentos sociais, especialmente pelo movimento feminista nas décadas de 1970, 1980 e 1990 oferecendo suporte na construção de tais políticas sociais.

De acordo com Vedovato (2010), o movimento feminista imprimiu seu ideal no Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM - criado em 1983) ficando sob responsabilidade do estado brasileiro a manutenção de ações prioritárias de saúde para a população feminina tais como clínica ginecológica, planejamento reprodutivo, gestação, parto, puerpério, amamentação bem como doenças crônicas e agudas, significando uma ruptura com o modelo materno-infantil.

Iniciativas tais como o PNPM estimulam e ajudam a concretizar as estratégias de promoção da saúde que se espraiam para outros campos tais como educação, lazer e trabalho. Dimensões essenciais para o equilíbrio e satisfação das necessidades objetivas e subjetivas das pessoas.

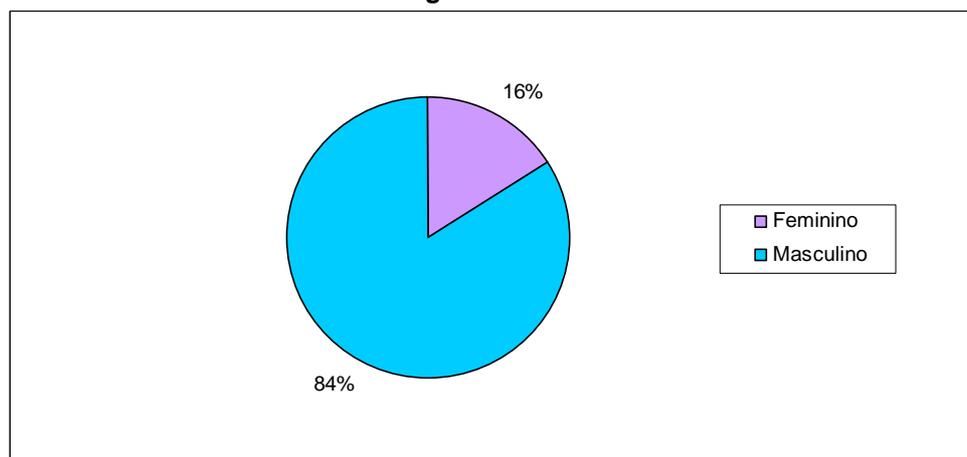
As observações empreendidas neste primeiro capítulo constituem a recente discussão nos campos da saúde, do trabalho e gênero, discussões em que nos baseamos para informar e conduzir o estudo de caso realizado o qual apresentamos em seguida.

CAPÍTULO 2

ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS: O PERFIL DA FORÇA DE TRABALHO PERTENCENTE AO SETOR INTERNACIONAL DE UMA GRANDE EMPRESA

Nosso estudo tem como campo de análise o setor de negócios de uma empresa multinacional, que por questões de sigilo no tratamento e uso das informações será identificada com o nome fantasia de Angelina Magalhães. A referida empresa dispõe de um efetivo total de mais de 15.000 trabalhadores e trabalhadoras, sendo 84% homens e 16% mulheres no ano de 2008:

GRÁFICO 1 – Distribuição relativa de trabalhadores da ANGELINA MAGALHÃES segundo o sexo



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

A empresa Angelina Magalhães é composta por cinco diferentes áreas de negócio. A área escolhida para nosso estudo é a que trata das operações internacionais, concentrando atividades muito semelhantes à cadeia de produção geral da empresa e atuando como uma pequena réplica da matriz no exterior sendo seu “braço” corporativo. Chamaremos esta área de negócio de Angelina Magalhães Operações Internacionais – AMOI. Tal área conta com trabalhadores (as) muito escolarizados (as), podendo ser considerados (as) uma “elite trabalhadora” em razão das características que reúnem às quais iremos detalhar ao longo deste capítulo.

De acordo com Guedes (2010), as mulheres de nível superior representam avanços alcançados para relações de gênero mais igualitárias, expressando as tensões e contradições inerentes a este processo, o que nos auxilia a pensar sobre dinâmicas sociais mais amplas que vem ocorrendo na sociedade contemporânea.

Nosso interesse com este trabalho é conhecer e analisar em que medida as questões de gênero podem determinar as relações de trabalho e os fatores ligados à saúde. Em um contexto mundial, no qual o tempo do trabalho invade cada vez mais o tempo do não trabalho, buscamos refletir se existem diferenças marcadas por gênero no perfil das licenças por causas ligadas à saúde dos (as) trabalhadores (as) da AMOI.

Para realizar o estudo utilizamos como fonte de informações o acervo existente na empresa em questão, constituído por dados de Recursos Humanos (RH) relacionados ao efetivo e indicadores de gestão em saúde, compostos por dados coletivos produzidos a partir dos exames de saúde ocupacionais dos (as) trabalhadores (as) além dos atendimentos médicos realizados pelo setor de saúde da referida empresa.

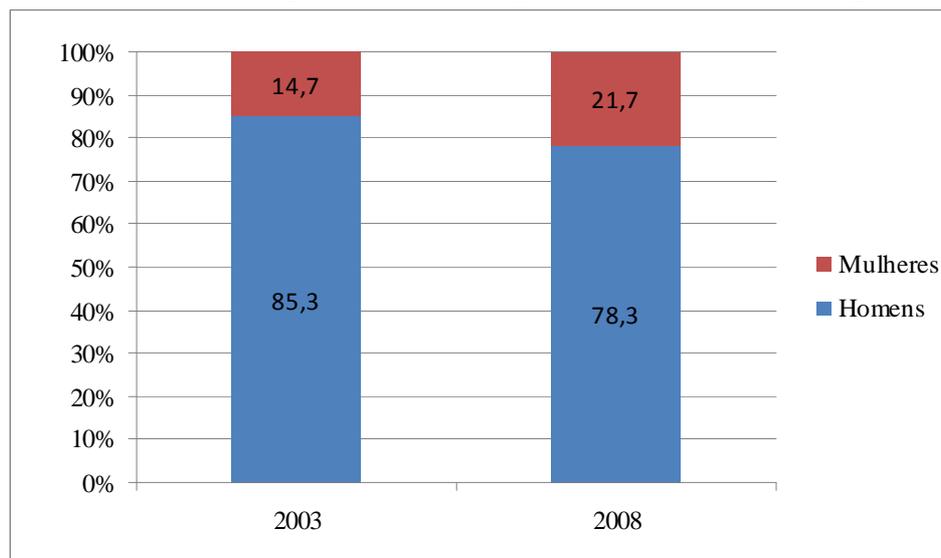
Os dados utilizados correspondem ao período de 2003 a 2008 na AMOI. Escolhemos este período para realizar o estudo em virtude da maior completude de informações. Devido à troca do sistema de dados para a gestão em saúde pela empresa Angelina Magalhães no ano de 2009, houve uma diferença na linearidade dos registros impactando no formato dos indicadores de saúde produzidos. Por este motivo, optamos em trabalhar com o banco de dados antigo.

Neste primeiro momento analisaremos apenas o perfil dos (as) trabalhadores (as) para em seguida articular os dados à questão da saúde. De posse das informações coletivas de saúde dos trabalhadores (as) da AMOI assim como os dados de efetivo, consultamos a literatura disponível sobre trabalho e gênero buscando articular estas categorias de análise, tecendo assim nossas considerações.

2.1. PERFIL GERAL DA FORÇA DE TRABALHO DA ANGELINA MAGALHÃES OPERAÇÕES INTERNACIONAIS – AMOI

A força de trabalho da Angelina Magalhães Operações Internacionais no ano de 2003 corresponde a 259 profissionais, sendo 221 homens e 38 mulheres, o que representa 85% de homens e 14,7% de mulheres.

GRÁFICO 2 – Distribuição relativa da força de trabalho da AMOI segundo o sexo



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

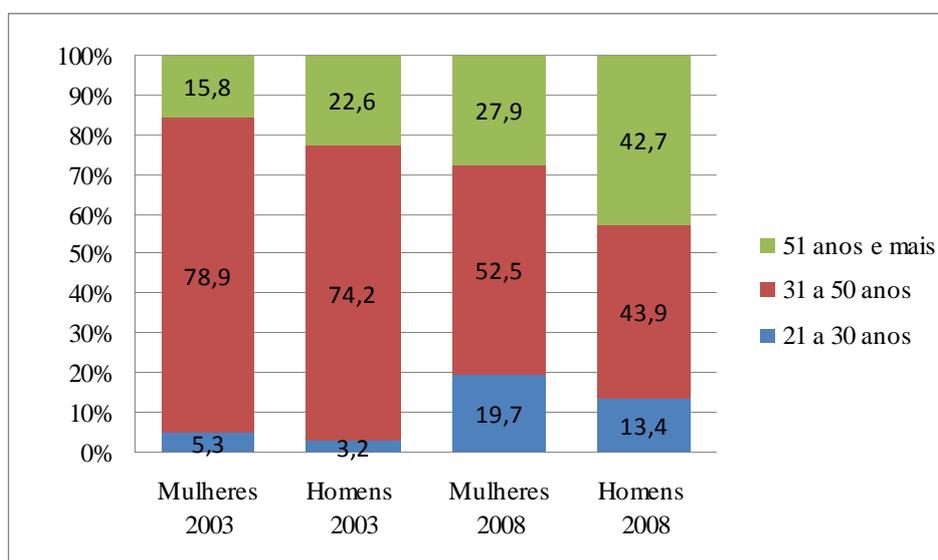
No ano de 2008, a força de trabalho que atua na AMOI é composta por 562 profissionais, sendo 440 homens e 122 mulheres (homens constituem 78,3% e as mulheres de 21,7% da força de trabalho). Os números refletem o enorme crescimento experimentado pela empresa pesquisada, resultado do aumento das atividades da empresa e da política de contratação estabelecida que demandava, no caso da AMOI, trabalhadores (as) mais escolarizados (as) na composição dos seus quadros funcionais.

Ao longo do período de 2003 a 2008 a força de trabalho total da AMOI aumentou 117%. O efetivo masculino cresceu 99%. Embora o efetivo feminino tenha sido minoria ao longo do período estudado, este apresentou um aumento bastante significativo de 221%. Este diferencial reflete o avanço da participação feminina no mercado de trabalho em postos mais valorizados nos últimos anos. Sobre esta questão, Melo e Sabbato (2011) argumentam que o século XX registrou mudanças importantes relacionadas à maior inserção das mulheres

nos espaços de trabalho e poder. De acordo com os autores, esta transformação se deu em razão da combinação de fatores econômicos e culturais, tais como o avanço da industrialização que promoveu alterações na estrutura produtiva dando continuidade ao processo de urbanização e a queda na taxa de fecundidade. Com o advento da pílula anticoncepcional as atividades sexuais e reprodutivas, anteriormente ligadas, foram separadas proporcionando autonomia às mulheres e revolucionando a identidade feminina. Essas mudanças perpassaram todas as classes sociais e possibilitaram a ocupação de postos de trabalho na sociedade pelas mulheres no Brasil e no mundo.

Ao analisarmos a faixa etária dos (as) trabalhadores (as) observamos que em 2003 e 2008 a distribuição entre homens e mulheres é relativamente parecida. Embora ocorra um aumento de 3,2% para 13,4% de homens mais jovens de 2003 para 2008, a principal diferenciação no período estudado ocorre com o aumento expressivo do percentual relativo de homens para o grupo etário mais velho (mais que 51 anos) que salta de 22,6% para 42,7%.

GRÁFICO 3 – Distribuição relativa da força de trabalho da AMOI por faixa etária segundo o sexo

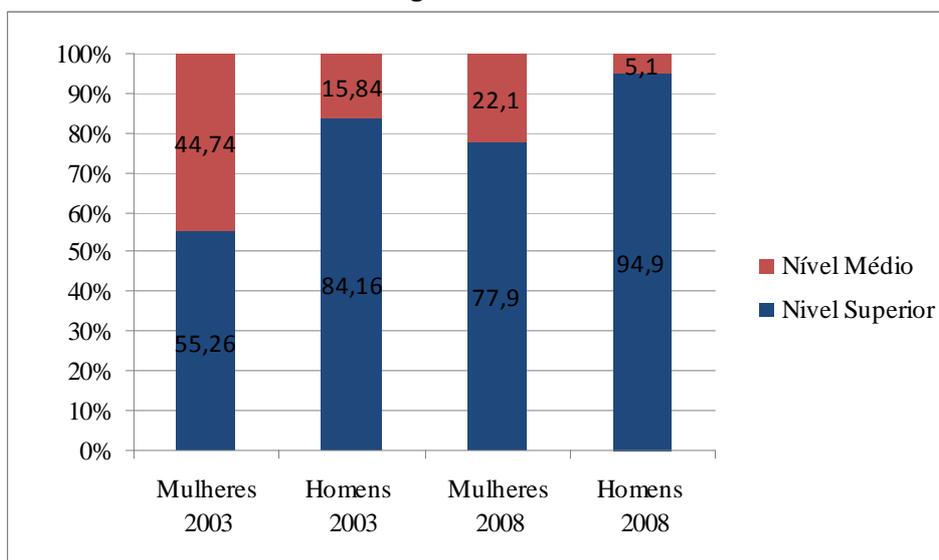


Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

No grupo feminino, aumenta o percentual relativo de mulheres mais jovens, que em 2003 representavam 5,3% do efetivo feminino e em 2008 passam a representar 19,7% refletindo uma entrada importante de mulheres

mais jovens e escolarizadas nos quadros funcionais da empresa estudada, ao passo que ocorre uma redução no percentual relativo do grupo feminino intermediário (31 a 50 anos de idade) de 78,9% em 2003 para 52,5% em 2008.

GRÁFICO 4 – Distribuição relativa da força de trabalho da AMOI pela escolaridade segundo o sexo



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

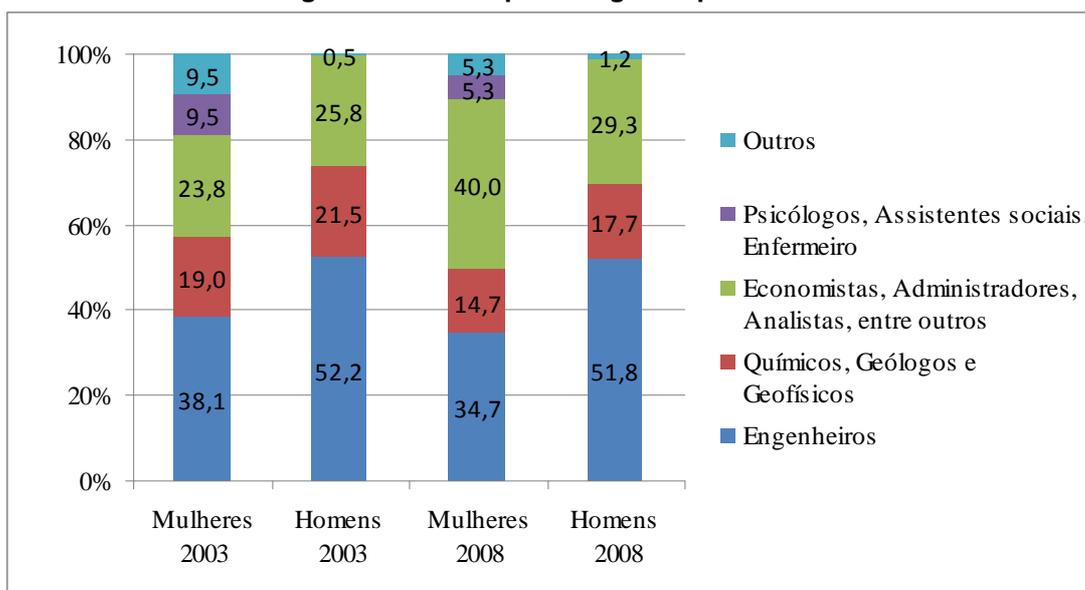
O perfil dos (as) trabalhadores (as) da AMOI revela uma alta escolarização, sendo a ampla maioria com nível superior, tanto no ano de 2003 como no ano de 2008. O grupo masculino sofre pouca variação, no ano de 2003 já reunia trabalhadores muito escolarizados (84,16%) o percentual aumenta em 2008 para 94,9%.

Chama nossa atenção a redução expressiva do percentual relativo de mulheres menos escolarizadas ao longo do período estudado, que de 44,74% no ano de 2003 decresce para 22,1% no ano de 2008. Estes dados das trabalhadoras da AMOI espelham o aumento significativo da maior escolarização feminina, e o acesso crescente desta população a melhores postos de trabalho.

De acordo com Guedes (2008), a educação formal promoveu uma ampliação das possibilidades das escolhas femininas, introduzindo novos desejos e pressionando com novos pressupostos as esferas da família e do trabalho. Anteriormente a educação feminina era focada nos papéis de mãe e esposa, mas com a maior entrada feminina nas universidades a perspectiva se

direciona mais para o mundo público, para o mercado de trabalho e para novos valores tais como carreira e desenvolvimento pessoal. Estas mudanças favoreceram a modificação do perfil funcional das trabalhadoras contribuindo para a emancipação feminina e para novas configurações do mercado de trabalho.

GRÁFICO 5 – Distribuição relativa da força de trabalho de nível universitário da AMOI segundo o sexo e por categorias profissionais



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

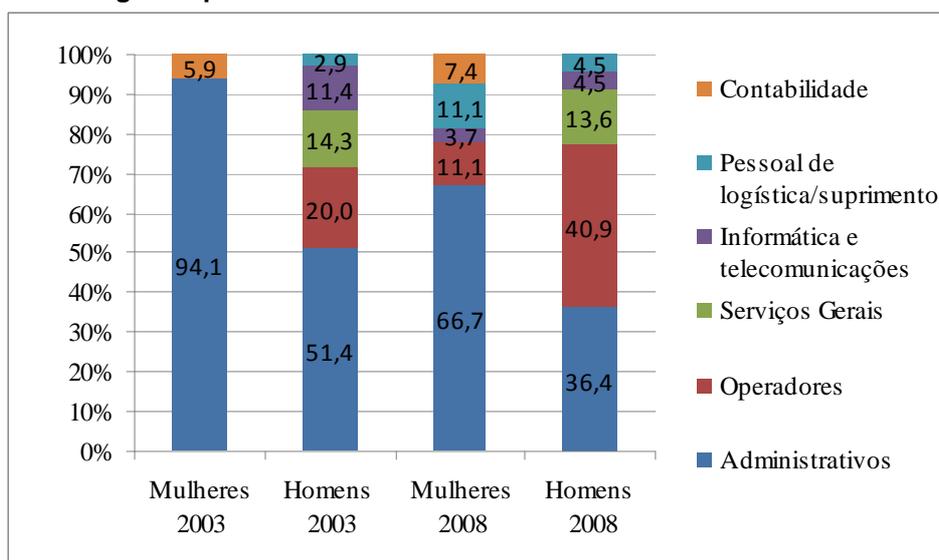
Na AMOI os (as) trabalhadores (as) são separados (as) em duas grandes linhas de atuação: a linha da engenharia que concentra todos (as) os (as) profissionais com formação nas engenharias, geologia, químicas e geofísica. E a linha administrativa que reúne todos os (as) demais profissionais com formações diversas, desde economia, direito e medicina a administração e psicologia.

No gráfico 5 observamos uma grande expansão das profissões ligadas à linha administrativa, como economia e administração entre outras, passando de 23,8% no ano de 2003 para 40% no ano de 2008. Já no ano de 2003 o perfil de cargos ocupados por mulheres se concentra, a princípio, nas profissões de engenharia o que se modifica em 2008 com redução desse percentual para 34,7%. Ao analisarmos o grupo masculino, notamos pouca variação no que se refere às profissões ao longo do período estudado.

Em estudo anterior Guedes (Ibid) comenta que a expansão de vagas nas universidades na década de 1970 promoveu uma modificação no perfil das profissões o que resultou em um direcionamento para maior especialização e assalariamento em detrimento da autonomia profissional. As mulheres cresceram nas profissões universitárias. Este fenômeno é importante na estruturação de novas identidades de gênero ao considerarmos aquelas carreiras de maior prestígio social. A tendência, ainda de acordo com Guedes (Ibid), estrutura representações do feminino orientados para o mundo do trabalho e para um tipo de profissional altamente qualificado, visado pelas empresas, principalmente em tempos de globalização e reestruturação produtiva experimentados recentemente (década de 1990) pela sociedade brasileira³.

Em relação ao efetivo masculino, observamos pouca variação no que se refere ao perfil profissional, com uma redução de 4% no peso relativo das profissões de químicos, geólogos e geofísicos ao passo que aumentou a participação de profissionais economistas, administradores e analistas de sistema.

GRÁFICO 6 – Distribuição relativa da força de trabalho de nível médio segundo o sexo e categorias profissionais associadas a este nível de escolaridade



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

³ Embora o estudo de Guedes se refira a um fenômeno mais amplo ocorrido na década de 1970 na sociedade brasileira, a reflexão que este comporta nos auxilia na observação das transformações ocorridas ao longo do período estudado no âmbito da AMOI.

Entre os (as) trabalhadores (as) de nível médio as mulheres estão mais concentradas nos postos administrativos, tanto no ano de 2003 como no ano de 2008. Ao longo do período ocorre a redução nesta disparidade. No entanto, verificamos uma diversificação das ocupações femininas de nível médio em 2008, o que reflete o avanço feminino na ocupação de postos de trabalho mais qualificados, tais como contabilidade, logística e operações.

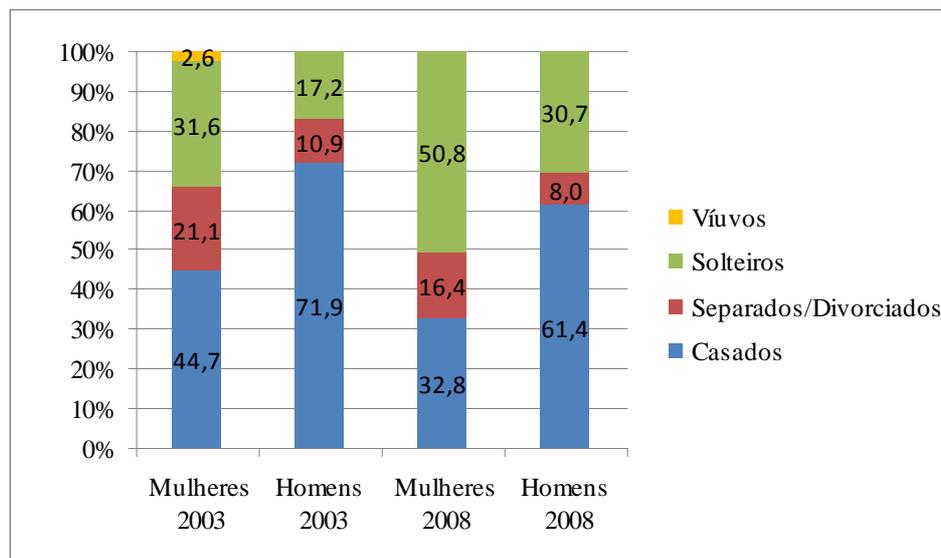
O perfil ocupacional masculino dos trabalhadores de nível médio se diversificou bastante, sendo majoritariamente constituído em 2003 por postos administrativos (51,4%). Esse percentual se reduz em 2008 para 36,4% ao passo que o percentual de posições ocupadas por operadores dobra ao longo do período estudado. Este crescimento pode ser explicado pelo aumento de operações da AMOI no período estudado, que passou a demandar trabalhos mais ligados à atividade fim da empresa.

Os (as) trabalhadores (as) na AMOI têm benefícios igualitários que independem do nível educacional tais como plano de saúde completo (de baixo e alto riscos) serviços odontológicos e benefícios educacionais para si e seus dependentes, além de acesso a programas de atenção⁴ e promoção da saúde dentro da empresa estudada. A diferenciação salarial ocorre basicamente através do bônus anual (participação nos lucros) dado que cada trabalhador (a) recebe seu bônus de acordo com a posição que ocupa na empresa e não necessariamente por sua produção individual. Assim, trabalhadores (as)⁵ que venham a exercer posições gerenciais, sendo eles (as) de nível médio ou superior, são mais bem remunerados, tanto nos salários quanto no bônus.

⁴ Como salas de aleitamento materno, posto médico interno para atendimento aos trabalhadores em caso de emergência e programas de caminhada e exercícios físicos que são facultativos.

⁵ Trabalhadores (as) na empresa estudada podem ter nível superior mas ocupar posições que exijam nível médio, isso vai depender do processo de recrutamento e seleção.

GRÁFICO 7 – Distribuição relativa da força de trabalho da AMOI de acordo com o sexo e estado civil



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

No que se refere ao estado civil, observamos grande variação no perfil feminino de 2003 para 2008. Há um crescimento acentuado na proporção de mulheres solteiras em 2008 ao passo que reduz a proporção de mulheres casadas e separadas. Com o aumento da composição da força de trabalho da AMOI por mulheres, conforme anteriormente verificado, a proporção de trabalhadoras mais jovens aumenta, refletindo prioridades e escolhas que se diversificam, mostrando que experiências anteriormente tradicionais como o casamento, por exemplo, podem ou não acontecer na vida da mulher contemporânea.

A proporção de casados entre os homens apresenta uma pequena redução de 2003 para 2008, ainda assim, os trabalhadores casados seguem proporcionalmente superiores em relação aos solteiros e separados/divorciados.

Embora não tenhamos dados específicos sobre o número de filhos (as), a maioria dos (as) trabalhadores (as) constitui famílias com crianças. Esta afirmação está baseada em dados da pesquisa de clima organizacional, realizada pela AMOI para avaliar seu ambiente e condições de trabalho. O efeito da presença de filhos, possivelmente produz impactos diferentes para homens e mulheres, principalmente quando o assunto é carreira.

De acordo com informações da pesquisa de clima do ano de 2008 o percentual de satisfação com os benefícios educacionais⁶ foi de 68% reportados pelos (as) trabalhadores (as), neste ano 82% da força de trabalho respondeu à pesquisa. Esta é realizada de dois em dois anos e visa mensurar a satisfação dos (as) trabalhadores (as) com os benefícios e com a política de recursos humanos praticados pela matriz Angelina Magalhães Operações.

2.2. PERFIL FUNCIONAL DA FORÇA DE TRABALHO DA ANGELINA MAGALHÃES OPERAÇÕES INTERNACIONAIS – AMOI

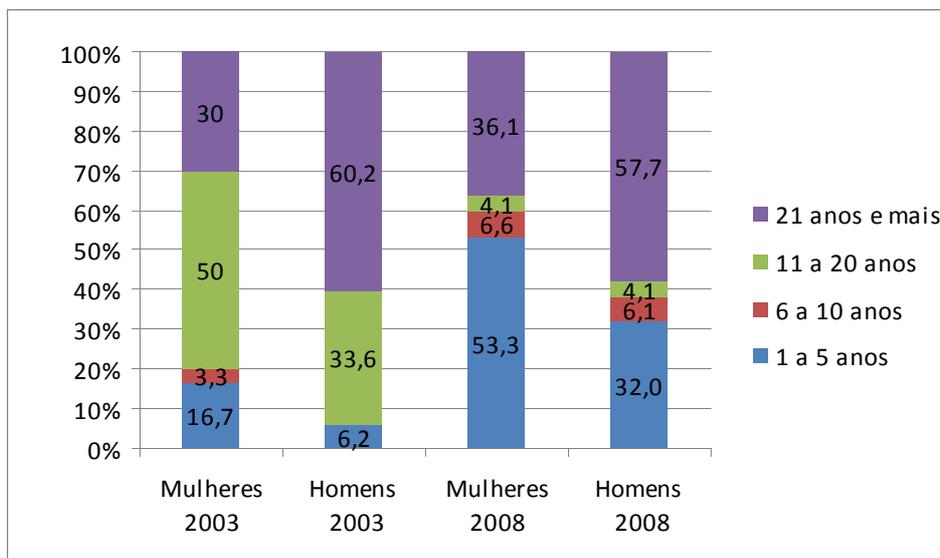
Os (as) trabalhadores (as) exercem suas atividades dentro de uma jornada de oito horas diárias, com pausa de uma hora para o almoço, cinco vezes durante a semana. Estão concentrados (as) em escritórios, desenvolvendo seus trabalhos no âmbito administrativo, estratégico e operacional.

Os trabalhadores (as) de nível superior exercem atividades mais ligadas ao planejamento, análise, realização de relatórios e pareceres técnicos e em algum grau operando sistemas informatizados de gestão. Já os (as) trabalhadores (as) de nível médio desenvolvem atividades administrativas mais ligadas à operacionalização de processos de gestão e atendimento ao público interno. Operam massivamente os sistemas informatizados de gestão e constituem 0,26% dos (as) trabalhadores (as) em posição gerencial.

Ainda que a jornada de trabalho regular seja de oito horas diárias é comum entre os (as) trabalhadores (as) a prática de ficar após o horário de trabalho. As horas além da jornada de trabalho regulamentada não são consideradas como horas extras, mas computadas no banco de horas individual. Esta é uma prática acordada pela empresa com o sindicato que representa os (as) trabalhadores (as) da AMOI e regulamentada pelo acordo coletivo de trabalho.

⁶ Benefícios educacionais: auxílio creche, auxílio para compra de material escolar, auxílio para pagamento de mensalidade escolar para filhos (as) e enteados (as) até 21 anos.

GRÁFICO 8 – Distribuição relativa da força de trabalho da AMOI por sexo e tempo de trabalho na empresa



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

Percebemos uma variação importante no perfil feminino de 2003 para 2008 na AMOI. Há grande aumento no grupo de 1 a 5 anos de empresa, resultado da retomada do processo de admissão.

Em relação aos funcionários, também ocorre aumento expressivo do grupo de 1 a 5 anos de empresa, embora a maior proporção de trabalhadores esteja concentrada naqueles com mais tempo de trabalho na AMOI (mais que 21 anos).

Essa diferenciação no perfil funcional dos (as) trabalhadores (as) na AMOI é resultado de uma política mais ampla que descontinuou as contratações ao longo da década de 1990 e que vigorou na empresa Angelina Magalhães. em todos os seguimentos, inclusive na AMOI até o final do ano de 2003 quando a empresa retoma seu processo de contratação. Este quadro não é uma peculiaridade da empresa estudada, mas representa o reflexo do momento econômico e político brasileiro vivenciado na década de 1990. Sobre esta questão Cardoso Jr e Fernandes (2000) comentam que a década de 1980 representou a *desregulação do trabalho* no Brasil, sendo marcada por um movimento contraditório que buscava desestruturar o mercado de trabalho, mas que, ao mesmo tempo, aumentava a abrangência da regulamentação do mercado laboral. Os autores pontuam que:

(...) em paralelo à *desestruturação do mercado de trabalho* que se intensifica nos anos 1990, é posto em marcha o processo de *desregulamentação do mercado de trabalho*, que vem como parte integrante e indissociável de uma ampla agenda de reformas ditas *estruturais* por seus formuladores, das quais a reforma do Estado é uma das mais importantes (Cardoso Jr. & Fernandes, 2000. p.48).

Cardoso Jr e Fernandes (Ibid) comentam que no período compreendido entre 1980 e 1990 o Brasil vivenciou uma crise econômica que desarticulou o modelo de desenvolvimento industrial inaugurado em 1930 e rompeu com o padrão de estruturação do mercado de trabalho. Os resultados desse processo foram a precarização dos postos de trabalho com perdas de direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, o que impactou de forma negativa na distribuição de renda entre capital/trabalho com prejuízos significativos para o trabalho.

Em meio a este contexto de desregulamentação do trabalho e fragilização dos direitos sociais, observamos o aumento da exploração do (a) trabalhador (a) com justificativas relacionadas à “otimização” de processos e recursos. Esta caracterização também encontra ressonância na empresa estudada de uma forma generalizada, mas especialmente entre os (as) trabalhadores (as) gerentes que, apesar de melhor remunerados (as), sofrem de forma mais direta a pressão empresarial na busca por resultados. Para estes (as) trabalhadores (as) a empresa disponibiliza tecnologias de acesso remoto, de forma que possam ser localizados (as) após o horário de trabalho ou mesmo resolver assuntos pendentes em momentos que deveriam ser de descanso, prática largamente utilizada no mundo do trabalho das multinacionais na contemporaneidade.

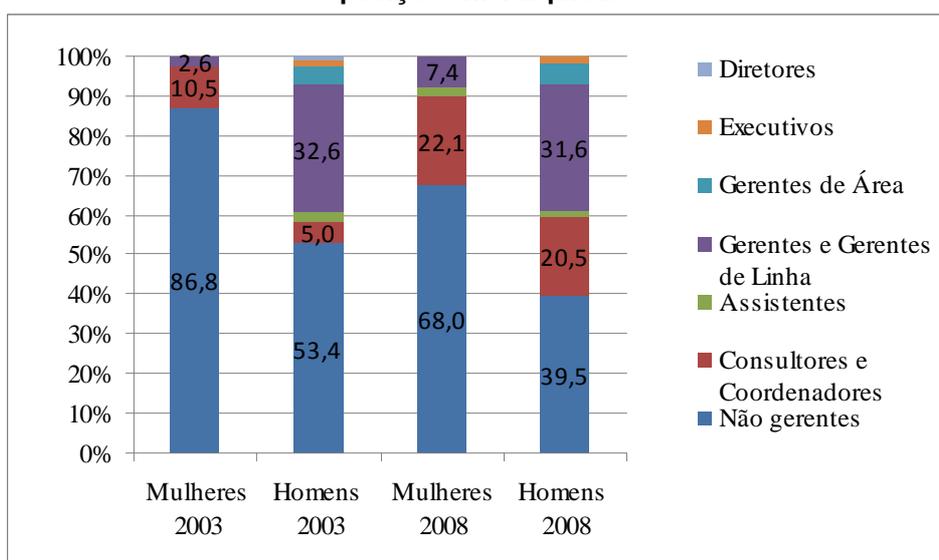
No que se refere à posição funcional, observamos a seguinte hierarquia na AMOI: no topo da estrutura organizacional estão os diretores, responsáveis pelos direcionamentos estratégicos e resultados da empresa. Em seguida, os executivos que tratam as questões estratégicas e táticas, abaixo destes estão os gerentes de área, responsáveis pelas ações táticas, abaixo destes estão os gerentes, responsáveis pelas equipes de trabalho e pelos resultados operacionais. Abaixo dos gerentes estão os gerentes de linha e coordenadores, responsáveis diretos pelos trabalhos das equipes a eles (as) ligados, em

seguida estão os (as) consultores (as), profissionais técnicos (as) com uma determinada especialização em um assunto/processo específico e por fim, está o (a) trabalhador (a), que operacionaliza as ações demandadas pela gestão.

No gráfico 9 podemos notar que a proporção de gerentes homens é muito superior à de gerentes mulheres. Este aspecto se modificou de 2003 para o ano de 2008 com o aumento de mulheres no número de posições gerenciais. Notamos que as posições de maior valor agregado como diretores, executivos e gerentes de área são ocupados massivamente por homens sem maiores alterações de 2003 para 2008.

A maioria das posições ocupadas por mulheres são de coordenadoras, consultoras, assistentes executivas e algumas gerentes representando 10,5% no ano de 2003 e 22,1% no ano de 2008. Isso revela um crescimento bastante significativo, retratando a “escalada feminina” aos postos de comando. No entanto, não observamos nos quadros de gerenciamento da empresa estudada mulheres com funções de gerente de área, executivas ou diretoras, posições de decisão, o que indica que a AMOI, assim como a maioria das empresas no Brasil e no mundo, ainda tem um longo caminho pela frente no que se refere à promoção da equidade de gênero no trabalho.

GRÁFICO 9 – Distribuição relativa da força de trabalho da AMOI segundo o sexo e por posições hierárquicas



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

Capellin (2008) aponta a estabilização da entrada feminina no mercado de trabalho na década de 1980, o estreecimento da contratação em fins da década de 1990 e início de 2000 e por fim a recuperação em 2004 até os dias atuais. Houve um processo benéfico a partir de 1990 para as mulheres jovens e mais escolarizadas que retratou a superação dos homens no que se refere ao alcance do diploma universitário com 164,9 mil para elas contra 73,4 mil para eles (RAIS, 2006).

Apesar disso, Lavinias (2010) em pesquisa a nível mundial, argumenta que o avanço obtido com o maior nível educacional não garantiu às mulheres o avanço remuneratório proporcional. Cappellin (Ibid) afirma que no ano de 2004 o rendimento médio da mulher correspondia a 81,1% do rendimento masculino, passando para 83,2% no ano de 2006. Os relatórios nacionais no Ministério do Trabalho e Emprego revelam que a média dos salários das trabalhadoras com diploma universitário corresponde a pouco mais da metade (56,6%) do salário dos homens com nível de instrução idêntico.

Esses dados nos levam a afirmar que assimetrias de gênero não se corrigem apenas com o maior nível de escolarização feminina, este sem dúvida produziu efeitos bastante benéficos para toda a sociedade, mas precisa ser acompanhado a nível público por políticas afirmativas para mulheres e a nível privado com a melhor distribuição das tarefas domésticas entre os sexos.

A empresa estudada não revelou os valores remuneratórios dos (as) trabalhadores (as), limitando-se a informar no material disponibilizado que a remuneração percebida pelo (a) trabalhador (a) em posição gerencial pode dobrar ou triplicar, dependendo do nível de exigência do cargo. A empresa informou ainda que não há diferenças salariais entre homens e mulheres que ocupam o mesmo cargo, sendo que a principal diferença remuneratória ocorre basicamente com a ocupação da posição gerencial.

A história do trabalho feminino é repleta de impasses e tensões com os quais as mulheres tiveram que lidar, na tentativa de conciliar os espaços dos cuidados domésticos e o mercado de trabalho. Segundo Cappellin “*a perspectiva de carreira é bastante recente no ideário feminino, e, por certo, não é fruto de exclusivas dificuldades pessoais e/ou psicológicas das pessoas (Ibid, p.91).*”

As dificuldades para conciliar trabalho e família, além do preconceito vivenciado no espaço laboral, podem levar as mulheres a frear ou mesmo desistirem de suas carreiras, levando muitas a crerem que foi uma opção quando não foi. Algumas vezes desistir da carreira acaba sendo uma defesa feminina para o fato de não serem oferecidas opções para as mulheres driblarem os obstáculos da vida doméstica.

Uma pesquisa realizada em 2010 pelo Fórum Econômico Mundial e conduzida em 20 países, entre eles o Brasil, elencou as barreiras para que as mulheres alcancem melhores postos de trabalho. A ausência de políticas corporativas para equilibrar a vida pessoal e profissional das funcionárias e a falta de horários flexíveis está entre as maiores queixas.

A perspectiva social que divide e hierarquiza o trabalho com base nos sexos segue se reproduzindo nas estruturas empresariais, reavivando velhos pressupostos que determinam o “lugar das mulheres”, estimulando práticas desiguais de gestão de pessoas e processos com impactos negativos nas remunerações e na perspectiva de carreira para as mulheres no interior das organizações. Sobre essa questão, Cappellin (Ibid) comenta que *o que pode ser solicitado às mulheres e aos homens nas empresas segue uma lógica binária (feminino/masculino) pela formatação de representações, símbolos, imagens e ideologias que legitimam as diferenças, as desigualdades dos lugares no mercado de trabalho* (CAPPELIN, 2008, p.95).

As mulheres progridem na base da pirâmide ocupacional, preenchendo posições gerenciais em determinadas áreas como Recursos Humanos, Comunicação, Saúde e Serviços, atividades de certa forma tradicionalmente executadas por elas. Mas quando se trata de ocupar posições estratégicas e decisivas, como Finanças ou Desenvolvimento de Produtos elas são sabotadas pelas práticas “invisíveis”, mas bastante objetivas e incisivas nas organizações.

Ao analisar a realidade nacional, Cappellin (Ibid) demonstra que o período compreendido entre 1996 e 2000 registrou apenas 10% dos cargos de direção geral ocupados por mulheres. Com resistências particularmente difíceis *nas atividades ligadas a eletricidade, água, gás, indústria de transformação, construção, transporte e nas empresas de intermediação financeiras*. Por outro lado, a autora (Ibid) argumenta que ramos como saúde e serviços sociais apresentam progressão contínua sem redução das possibilidades de

incorporação de mulheres nos altos postos de decisão sendo 45,6% em 2004 com aumento em 2006 para 54,2%.

Ao abordar a questão da diferenças de remuneração com base no sexo, Cappellin comenta que no ano de 2006 as mulheres seguiram com remunerações inferiores às dos homens. *As trabalhadoras com nível superior completo recebem em média 57,19% da remuneração para aos homens com a mesma instrução.* No ano de 2005 a diferença salarial apresentou patamar de 56,94%. Entre analfabetos, o salário médio das mulheres equivale a 82,59% da remuneração masculina.

Considerando as informações apresentadas, verificamos iniciativas ainda tímidas por parte das empresas e organizações, quando o assunto é a ocupação dos postos de decisão e poder pelas mulheres. A masculinização de tais postos de trabalho, com maior valor agregado, segue sofrendo mutações e reconfigurando práticas, pressupostos, simbolismos e redes que promovem subterfúgios sexistas de seleção interceptando o acesso das mulheres a esses mesmos postos.

A empresa pesquisada reflete um fenômeno que ocorre na sociedade contemporânea em que instituições e organizações têm colaborado para o fortalecimento dos simbolismos que separam e hierarquizam os papéis profissionais de acordo com os sexos. No entanto, da mesma forma que as organizações estimulam os “tetos de vidros⁷”, uma vez informadas e conscientes sobre tal fenômeno, que em última análise gera desigualdades e deseconomia ao “interromper” no tecido organizacional empregadas qualificadas e produtivas, podem por outro lado interferir e atuar na promoção de práticas que venham a contribuir para a descontinuidade das assimetrias no interior das organizações. Para tal, o incentivo do Estado é estratégico e essencial na busca da consolidação de ações que busquem promover a equalização nos espaços de trabalho aos seus (as) cidadãos e cidadãs, o que resultará em ganhos não apenas para as mulheres, mas para toda a sociedade.

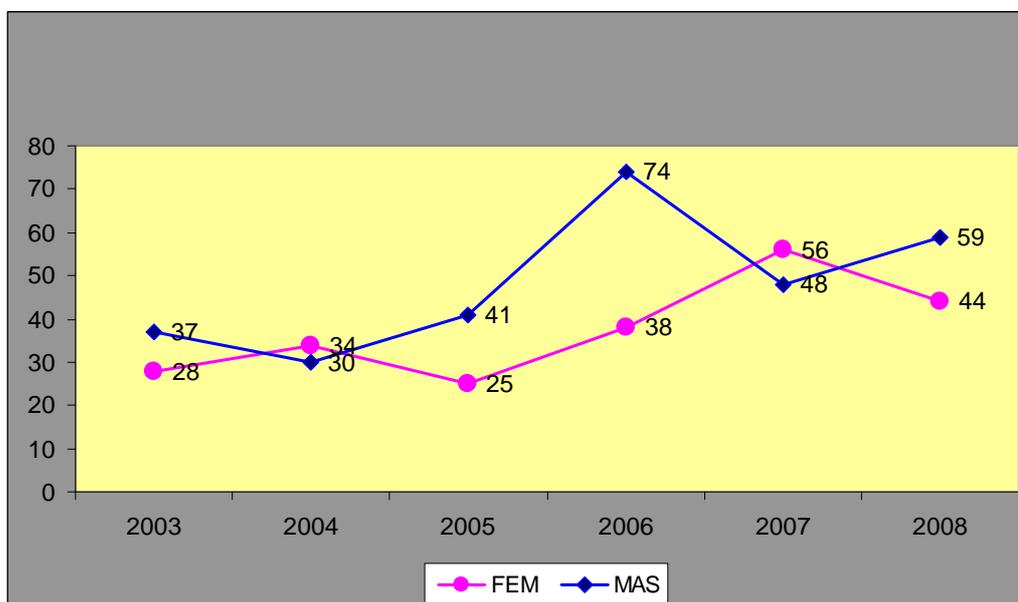
⁷ Na década de 1980, nos Estados Unidos, surgiu a expressão "teto de vidro" como metáfora para um obstáculo que ninguém vê, mas está ali, impedindo a ascensão. São antigos valores culturais que não são ditos, mas prevalecem naquelas organizações que valorizam mais o homem por julgá-lo um líder mais focado e firme em detrimento da mulher que teria outras habilidades, como facilidade de comunicação ou organização, mas não a liderança. O termo “teto de vidro” foi utilizado pela primeira vez por Hymowitz y Schellhardt (1986) e Morrison (1992).

Capítulo 3

O PERFIL DAS LICENÇAS DE SAÚDE DA FORÇA DE TRABALHO DA EMPRESA ESTUDADA DE 2003 A 2008

Neste estudo analisamos o perfil das licenças por causas ligadas à saúde dos (as) trabalhadores (as) da AMOI em um período que vai de 2003 a 2008, buscando investigar as diferenças marcadas por gênero. Não foram consideradas as taxas de mortalidade, nem registros sobre acidentes de trabalho por não ser este o foco do estudo. Por uma questão de espaço as patologias foram agrupadas⁸ e classificadas de acordo com o CID⁹, de forma que todas as doenças registradas¹⁰ fossem analisadas. Destacamos o fato de que, como houve um expressivo aumento no número de trabalhadores (tanto homens quanto mulheres) há uma tendência geral de aumento no número de licenças ao longo do período analisado.

GRÁFICO 10 – Número de licenças médicas por ano na AMOI



Fonte: Dados informados pela empresa, elaboração própria.

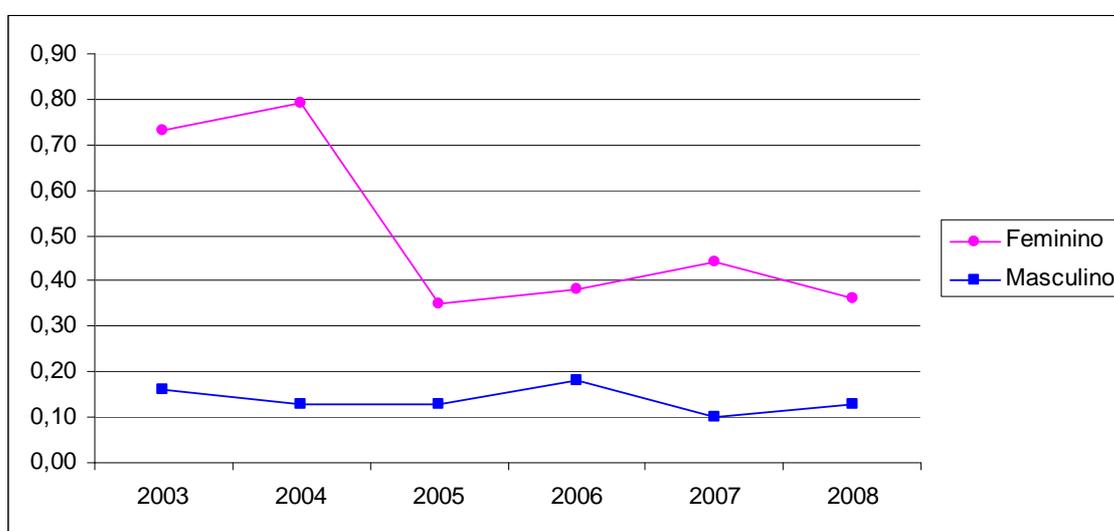
⁸ As ocorrências de doenças, por exemplo do sistema circulatório, como hipertensão arterial, arritmias, etc foram agrupadas em uma mesma classificação: doenças do aparelho circulatório. Procedemos desta forma como todas as demais doenças registradas.

⁹ Classificação Internacional de Doenças

¹⁰ Registros realizados pela equipe de saúde da referida empresa nos atendimentos aos trabalhadores

O gráfico 10 ilustra o número de licenças médicas por causas ligadas à saúde ao longo do período estudado (2003 a 2008). Observamos que embora constituindo um efetivo significativamente menor em relação aos homens, as mulheres apresentam um perfil de licenças de saúde relativamente próximo ao patamar masculino, chegando em alguns anos (2004 e 2007) a ter mais licenças que os homens. A fim de visualizar melhor a magnitude das diferenças encontradas, estruturamos o gráfico a seguir.

GRÁFICO 11 – Número médio de licenças por ano segundo o sexo da força de trabalho da AMOI



Fonte: Dados informados pela empresa, elaboração própria.

O gráfico 11 evidencia que as mulheres tiram muito mais licenças médicas que os homens ao longo do período estudado. Observamos que no ano de 2003 as mulheres tiraram menos licenças de saúde do que os homens. No entanto, quando dividimos o número de licença por trabalhadores vemos que cada mulher tirou 0,737 licenças, enquanto cada homem tirou 0,167 licenças no ano de 2003. A proporção¹¹ de licenças de saúde tiradas pelas mulheres é 4,401 vezes maior que a dos homens. Esse dado corrobora a perspectiva apontada por Aquino (2006), segundo a qual o espaço de produção do estresse não se restringe ao espaço formal de trabalho, mas se espalha para o âmbito doméstico, levando à uma diferenciação no perfil de adoecer entre os sexos.

¹¹ Proporção de licenças femininas detalhadas no gráfico 12.

No ano de 2004, observamos um aumento no número de licenças para as mulheres em relação ao ano anterior passando de 28 para 34 licenças médicas. No que se refere ao número de licenças masculinas, houve decréscimo em relação ao ano de 2003 de 37 para 30 licenças médicas. Isso quer dizer que cada mulher tirou em média 0,79 licenças, enquanto cada homem tirou 0,13 licenças ao ano. Ou seja, a proporção de licenças tiradas pelas mulheres é 6,062 vezes maior que a dos homens neste ano.

Em 2005 o número de licenças femininas cai consideravelmente de 34 licenças para 25 licenças em comparação com o ano de 2004 ao passo que as licenças masculinas aumentam de 30 para 41. Ainda assim as mulheres apresentam maior proporção em termos de licenças médicas visto que cada mulher tirou 0,36 licenças em média, enquanto cada homem tirou 0,131 licenças ao ano. A proporção de licenças tiradas pelas mulheres é 2,746 vezes maior que a dos homens.

O número de licenças médicas femininas segue crescente passando de 25 licenças em 2005 para 38 no ano seguinte, também as licenças médicas masculinas aumentam em relação ao ano anterior passando de 41 licenças para 74 licenças médicas. No ano de 2006 cada mulher tirou 0,38 licenças em média, enquanto cada homem tirou 0,18 licenças ao ano. A proporção de licenças tiradas pelas mulheres é 2,11 vezes maior que a dos homens.

No ano de 2007 o número de licenças femininas aumenta de 38 para 56, ao passo que ocorre um decréscimo em relação às licenças masculinas de 74 para 48. Neste ano de 2007 cada mulher tirou em média 0,448 licenças, enquanto cada homem tirou 0,106 licenças ao ano. Ou seja, a proporção de licenças tiradas pelas mulheres é 4,228 vezes maior que as licenças tiradas pelos homens.

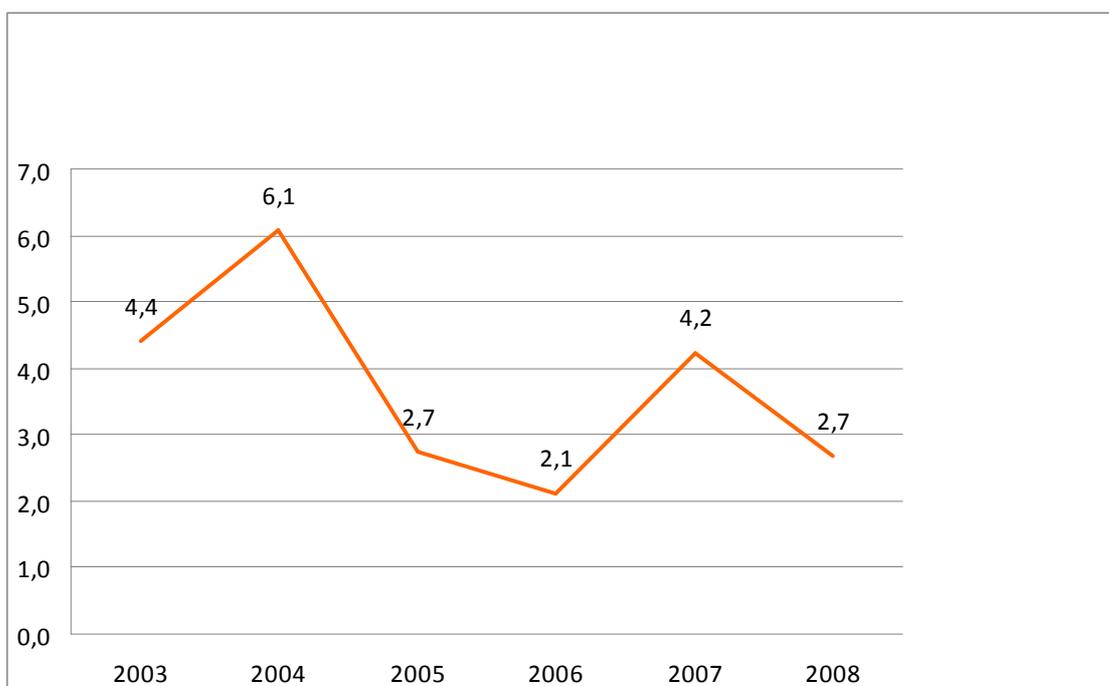
Em 2008 o número de licenças femininas é reduzido para 44 licenças em relação ao último ano. Ao passo que as licenças médicas masculinas aumentam no mesmo período passando de 48 para 59.

O efetivo da AMOI no ano de 2008 é constituído por 562 trabalhadores (as), dos quais as mulheres constituem 22% do total, apesar disso, representam 44% do número de licenças médicas concedidas. Cada mulher tirou 0,36 licenças, enquanto cada homem tirou 0,13 licenças ao ano, ou seja, a

proporção de licenças tiradas pelas mulheres é 2,69 vezes maior que a dos homens.

Esclarecemos que neste compito de licenças médicas, o percentual de licenças tipicamente femininas em razão de gravidez, parto e puerpério é inexpressivo (constituem 2% do número total de licenças de saúde). No ano de 2003 houve duas licenças por gravidez, em 2004 e 2005 não foram registradas ocorrências de licenças relacionadas a gravidez. No ano de 2006 houve uma licença, 2007 cinco licenças e três licenças por gravidez em 2008, somando um total de onze licenças por gravidez ao longo do período estudado.

GRÁFICO 12 – Razão do número médio de licenças femininas pela razão do número médio de licenças masculinas



Fonte: Dados informados pela empresa, elaboração própria.

A evolução da razão do número médio de licenças femininas oscila bastante de um ano para o outro, no entanto a idéia de que as mulheres tiram muito mais licenças médicas que os homens é bastante consistente. Este dado reforça nossa hipótese de a saúde das mulheres é impactada de forma diferente da saúde dos homens. Os dados podem apontar para explicações relacionadas à pressão diferenciada que experimentam diariamente, dado que o trabalho não cessa necessariamente no espaço doméstico, mas apenas se

modifica fazendo com que elas sigam respondendo por ambas as esferas: a produtiva e a reprodutiva.

Conforme mostrado no capítulo anterior mesmo com o aumento das contratações na AMOI e a entrada crescente de mão de obra feminina a proporção continuou baixa: uma trabalhadora a cada três trabalhadores ao longo do período estudado. Apesar de ser um contingente reduzido em relação aos homens as mulheres adoeceram muito mais que eles no período pesquisado¹².

Diversos trabalhos (ANTUNES, 2009; HIRATA; SORJ; BRUSCHINI, 2008) nos apontam que na contemporaneidade o tempo do trabalho invade cada vez mais o tempo do não trabalho, assim sendo os impactos na saúde feminina teoricamente seriam diferenciados em relação aos impactos na saúde masculina, dado que para as mulheres o trabalho se estende e se dilata na esfera doméstica.

De acordo com Debert Ribeiro e Rocha (2001) são recentes os estudos no Brasil sobre a saúde da mulher que buscam uma abordagem da relação entre saúde, gênero e trabalho, de forma a incorporar a noção de condição de saúde das trabalhadoras como resultado da interseção entre as relações de trabalho e as relações sociais. As autoras realizaram uma pesquisa que avaliou as repercussões das condições de trabalho sobre a saúde de analistas de sistemas, considerando que *o perfil de adoecimento entre os sexos é relevante para o reconhecimento de correlatos sociodemográficos de trabalhadores pertencentes a um moderno setor econômico*.

Em nossa pesquisa analisamos um grupo de trabalhadores (as) muito escolarizados (as) que podem ser considerados (as), a nível nacional, uma “elite trabalhadora” dada toda a proteção social de que dispõem através de seus salários indiretos, conforme já delineado no capítulo 2.

Mesmo com o avanço feminino nos quadros de emprego da empresa pesquisada, inclusive figurando em alguns postos de comando, ainda que longe dos níveis decisórios, as mulheres apresentam um perfil de adoecimento mais elevado que dos homens. Esta constatação nos auxilia a pensar

¹² Importante ressaltar que os números apresentados refletem uma média das licenças de saúde dos (as) trabalhadores (as) da AMOI representando, portanto, uma abstração.

dinâmicas mais amplas à medida que refletem novos acontecimentos produzidos nas relações sociais.

De acordo com Hirata (2010) a divisão sexual do trabalho na contemporaneidade apresenta novas configurações, relativamente recentes, que podem ser descritas como *a bipolarização do emprego feminino*. Como aponta a autora este pode ser explicado em parte, pela alta escolarização das mulheres que acabam por constituir um pequeno pólo em desenvolvimento. Por outro lado, ocorre a formação de um pólo oposto, constituído por mulheres assalariadas, que trabalham em setores e atividades tradicionalmente femininos, por exemplo, o trabalho doméstico.

Estas recentes *modificações nos modelos de conciliação entre a esfera familiar e a profissional* (Ibid), atingem principalmente as mulheres com mais escolarização, pois para que possam trabalhar é preciso que outra mulher assuma a resposta pelas necessidades de cuidados inscritos à esfera familiar. Mesmo com o auxílio de outra mulher para os trabalhos do lar, a mulher trabalhadora ao chegar a sua casa, geralmente não irá repousar, mas se ocupará das necessidades de gerenciamento do lar, ou seja, ela não irá parar de trabalhar, apenas será um trabalho diferente do que ela vinha desenvolvendo até o momento.

E quando observamos este fenômeno por meio de um público feminino tão escolarizado, percebemos que mesmo quando estas mulheres delegam a outras as atribuições na organização do trabalho reprodutivo, seguem sendo as responsáveis por gerenciar esta organização ou retomá-la quando algo falha, pois geralmente é a mulher que falta ao trabalho quando a “babá não chega para cuidar das crianças”. Este “lugar naturalmente feminino” foi conformado pela divisão sexual do trabalho e segue se reproduzindo não apenas nas estruturas sociais e políticas, mas também na mente das mulheres.

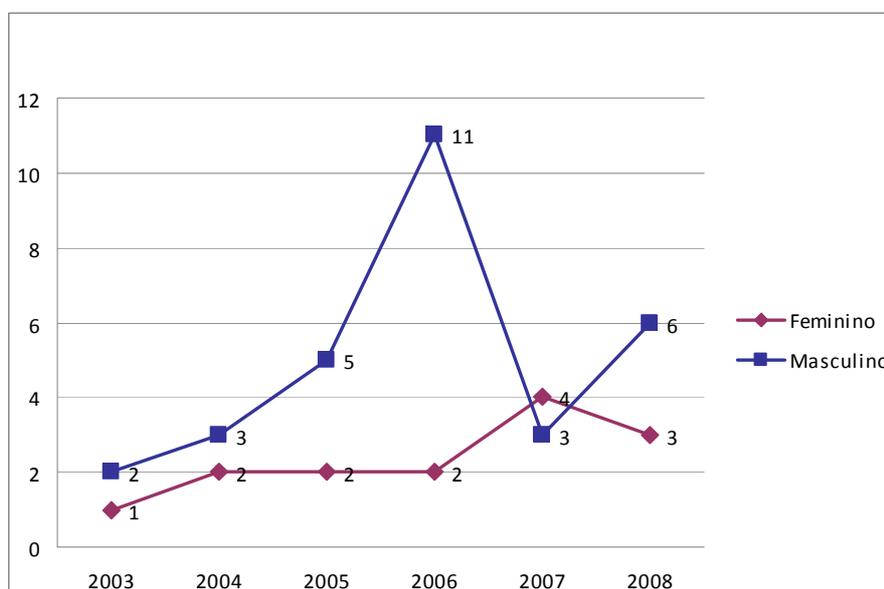
De acordo com Aquino (Ibid) pesquisas neuroendócrinas evidenciaram, recentemente, que homens e mulheres, durante a jornada de trabalho, não apresentavam diferenças marcantes nas respostas ao estresse, mas que, ao retornarem para casa exibiam padrões hormonais totalmente diferentes, com homens retornando aos seus níveis basais e as mulheres mantendo a tendência de elevação da produção de corticosteróides e pressão sanguínea. Estas diferenças, segundo Aquino (Ibid) estão ligadas à extensa jornada de

trabalho feminina, que proporciona efeitos prejudiciais do estresse ocupacional, por meio da impossibilidade de recomposição do desgaste pelo descanso e lazer, prolongando as situações de estresse próprias das jornadas domésticas.

3.1. CARACTERÍSTICAS DAS PATOLOGIAS REGISTRADAS

O primeiro grupo de patologias registradas trata das doenças infecciosas e parasitárias, que constituem 44 licenças ao longo do período estudado (2003 a 2008) ou 0,085% do total de licenças de saúde do período ($44/514=0,085$).

GRÁFICO 13 – Número absoluto de licenças tiradas em razão de doenças infecciosas e parasitárias por sexo



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

De acordo com as informações no gráfico 13, observamos uma prevalência maior desse tipo de patologia em relação aos homens (trinta licenças no período). As licenças femininas somam quatorze ao todo sendo que no ano de 2007 as mulheres apresentaram maior incidência de adoecimentos por razões infecciosas e parasitárias do que os homens (quatro licenças para elas e três para eles), mas no ano seguinte os homens retomam a prevalência.

Em relação às neoplasias, constituem ao todo vinte e quatro licenças no período ou 0,046% ($24/514$). Destacamos que mais mulheres se ausentaram

ao longo do período por neoplasias. Não há registros desse tipo de doença nos anos de 2004 e 2005 para ambos os sexos. Há estudos que relacionam o stress, depressão e outros distúrbios psicológicos a alterações no funcionamento do sistema imunológico do indivíduo. Entretanto, o nexos causal direto entre o stress e a depressão com o aparecimento do câncer ainda não foi demonstrado.

Tabela 1. Número absoluto de licenças por neoplasias de acordo com o sexo

NEOPLASIAS	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Feminino	0	0	0	3	13	4
Masculino	1	0	0	0	1	2

Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

Um estudo conduzido por cientistas norte-americanos, e publicado na revista especializada “Annals of Behavioural Medicine”, sugere que o estresse pode aumentar as chances das mulheres desenvolverem câncer no útero. De acordo com os cientistas, o estresse pode afetar o sistema imunológico das mulheres e dificultar o combate ao vírus HPV¹³, responsável por infecções que geram a maioria dos casos de câncer uterino.

O ponto de partida para o estudo foram pesquisas anteriores que provam que a reação do sistema imunológico feminino muitas vezes determina se uma infecção causada pelo HPV irá ou não se desenvolver em câncer. Segundo informações da BBC Brasil, os cientistas entrevistaram 78 mulheres que apresentaram anormalidades em exames do colo de útero e 28 mulheres com resultados normais. Todas responderam questionários sobre seu dia-a-dia e situações que podem contribuir para o estresse feminino. A análise final do estudo mostrou que quanto mais estressante a rotina, menor era a capacidade imunológica das mulheres entrevistadas.

As doenças endócrinas, metabólicas e de pele, retratadas na Tabela 2, acometeram apenas os homens sem registros ou ocorrências dessas doenças nos anos de 2003 e 2004. Foram seis licenças de saúde por doenças

¹³ Trata-se da sigla em inglês para papiloma vírus humano. Os HPV são vírus da família Papilomaviridae, capazes de provocar lesões de pele ou mucosa (informação retirada do site do INCA em 27/05/2012)

endócrinas e metabólicas o que corresponde a 0, 012% das licenças no período estudado (6/514), as doenças da pele e tecido subcutâneo constituem oito ocorrências ou 0, 015% (8/514) do número total de licença. Não houve registros destes tipos de patologias no grupo feminino ao longo do período estudado.

Tabela 2. Número absoluto de licenças masculinas por doenças endócrinas, metabólicas e doenças da pele.

MASCULINO	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Doenças endócrinas e metabólicas	0	0	2	2	1	1
Doenças da pele/tecido subcutâneo	0	2	1	1	3	1

Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

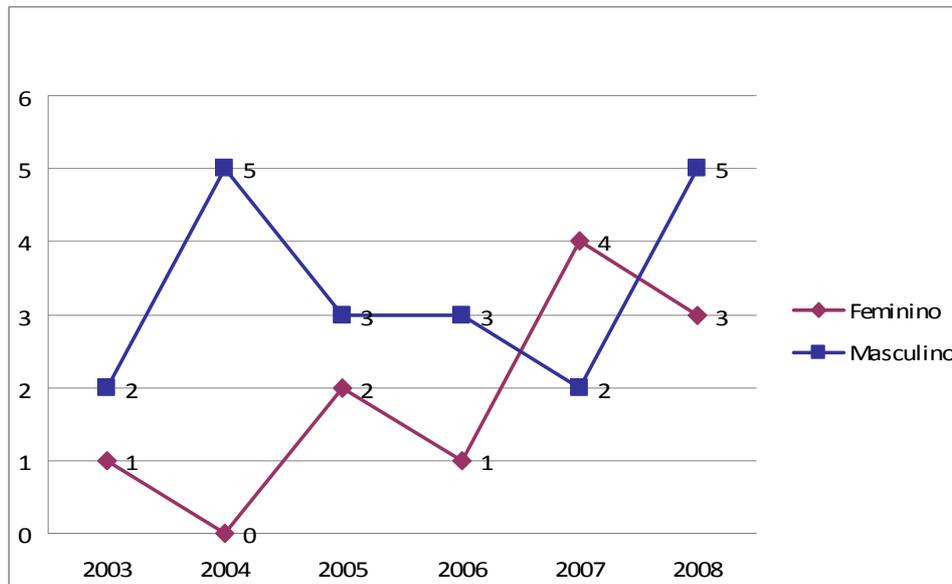
No gráfico 14 agrupamos as doenças do sistema nervoso, olho e anexos, ouvidos e lesões em um mesmo gráfico o qual intitulamos “outras doenças¹⁴”. As doenças do sistema nervoso apresentam registros apenas nos anos de 2003, 2006 e 2008, houve 5 casos da doença (3 masculinos e dois femininos) sendo os homens mais acometidos ao longo do período e as mulheres mais acometidas no ano de 2008.

Doenças do olho e anexos acometeram mais os homens ao longo de todo o período com quinze registros. Houve ocorrências em relação às mulheres nos anos de 2005, 2007 e 2008 somando um total de quatro licenças médicas.

As doenças do ouvido somaram sete licenças de saúde que variaram em termos de prevalência para homens e mulheres. Em 2003 ocorre o mesmo número de registros para ambos os sexos, em 2004 não há ocorrências femininas, no ano de 2005 ocorre o inverso sem registros masculinos da doença, finalizando com três ocorrências femininas no ano de 2007.

¹⁴ A agregação deve-se aos poucos casos ao longo do período.

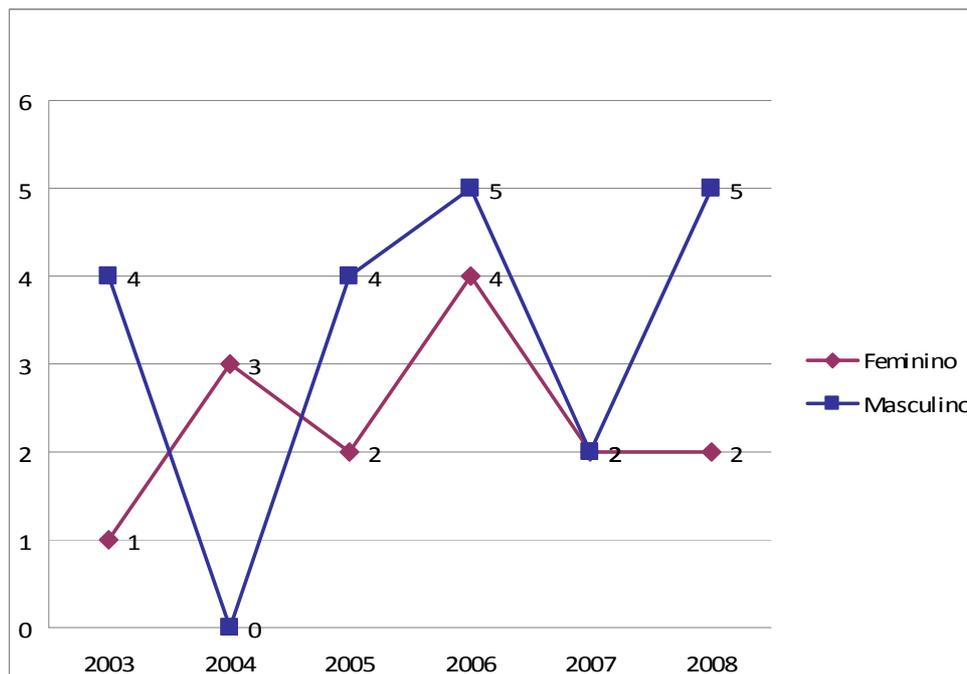
GRÁFICO 14 – Número absoluto de licenças tiradas em razão de doenças do sistema nervoso, olho, anexos, ouvidos e lesões



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

Doenças do sistema circulatório (gráfico 15) apresentam maior incidência entre os homens com vinte licenças de um total de trinta e quatro. As ocorrências entre mulheres somam quatorze licenças e tiveram crescimento importante durante o período de 2003 a 2008. Ao todo esta patologia concentra 0,066% do número de licenças totais (34/501).

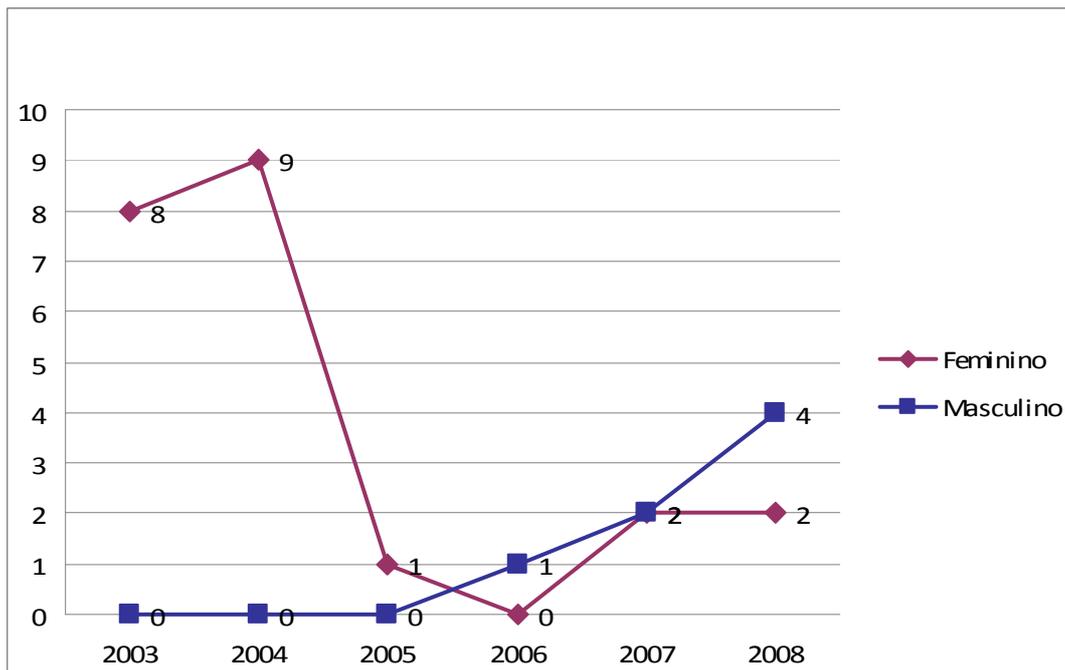
GRÁFICO 15 – Número absoluto de licenças tiradas em razão de doenças do aparelho circulatório por sexo



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

As licenças de saúde por transtornos mentais (gráfico 16) representam 5,64% (29/514) do total de licenças do período estudado (de 2003 a 2008). Verificamos registros de transtornos mentais na população masculina a partir de 2006. Do total de licenças por transtornos mentais no período, 75,88% (22/29) são femininas. Os 24,12% (7/29) restantes são masculinas. Essa diferenciação tão expressiva revela o impacto na saúde feminina em razão das inúmeras pressões sofridas por elas, certamente em razão de suas jornadas estendidas de trabalho no âmbito público e privado, o que contribui para um estado de alerta quase permanente.

GRÁFICO 16 – Número absoluto de licenças tiradas em razão de transtornos mentais por sexo



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), os transtornos mentais (TM) se classificam como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ainda ser classificados como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar.

De acordo com Siqueira e Santos (2010) os transtornos mentais são freqüentemente encontrados na comunidade, geram alto custo social e econômico; são universais, pois atingem pessoas de todas as idades, causando incapacitações graves e definitivas que elevam a demanda nos serviços de saúde. Durante muito tempo o ônus dos TM foi subestimado dado que a avaliação de seu impacto na saúde ocorria apenas com os registros dos índices de mortalidade. Siqueira e Santos (Ibid) comentam que os TM assumem valores baixos de mortalidade, no entanto possuem um grande peso

de incapacidade de longa duração, acarretando a redução da qualidade de vida dos indivíduos.

Os TM foram reconhecidos tardiamente (apenas em 1996) como um problema sério de saúde pública, quando pesquisadores da Universidade de Harvard e da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicaram um estudo utilizando como medida a combinação do número de anos vividos com a incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença (que tem como indicador os DALY – disability adjusted life of years –, ou anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), obtendo resultados que confirmam esse reconhecimento. Nesse estudo, das 10 principais causas de incapacitação em todo o mundo, cinco delas estavam associadas aos TM, entre elas a depressão (13%), a ingestão de álcool (7,1%), os distúrbios afetivos bipolares (3,3%), a esquizofrenia (4%) e os distúrbios obsessivo-compulsivos (2,8%).

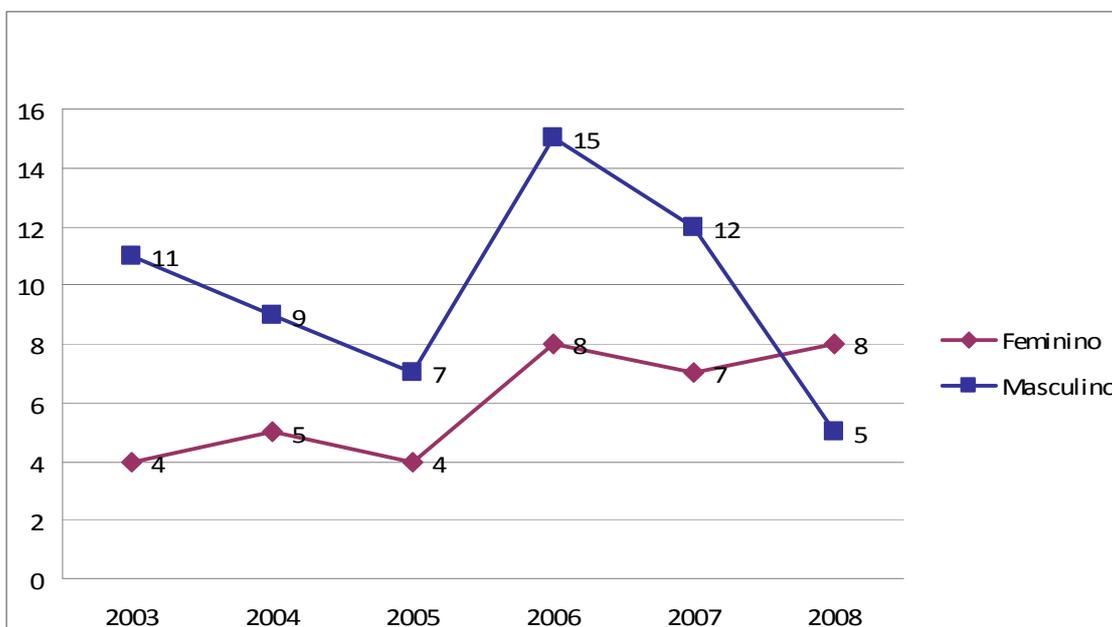
O relatório da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) assinala que os TM correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade, quando menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental. Apesar disso, mais de 40% dos países ainda carecem de políticas em saúde mental e 30% não têm programas nessa área. Sabe-se ainda que a maioria dos transtornos são tratáveis e passíveis de prevenção, corroborando a premissa de que, quando se investe na prevenção e promoção da saúde mental, se pode reduzir bastante o número de incapacidades resultantes desses transtornos.

A pesquisa empreendida por Siqueira e Santos (Ibid) apontou altos índices de prevalência geral de transtornos mentais na população brasileira adulta. Esses índices variaram entre 20% e 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores. Os dados encontrados em nossa análise dos índices de transtornos mentais nos (as) trabalhadores (as) da AMOI corroboram a constatação das autoras.

No gráfico 17 estão retratadas as doenças do aparelho respiratório que representam 95 licenças de saúde emitidas no período, apresentando maior prevalência entre os homens com 59 licenças. As mulheres apresentam crescimento nesse tipo de licença a partir do ano de 2006. As licenças por

doenças do aparelho respiratório respondem por 18,48% (95/514) do total de licenças médicas na população pesquisada.

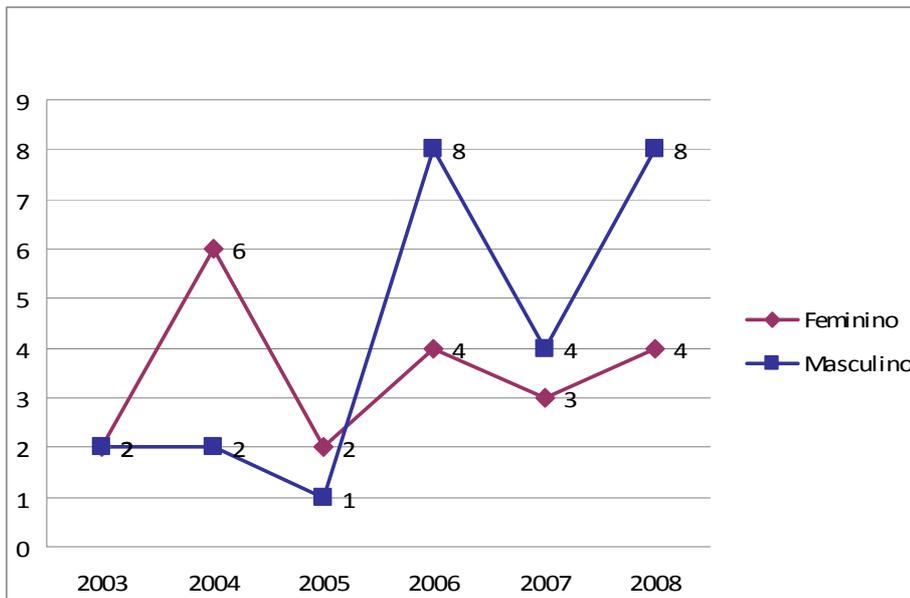
GRÁFICO 17 - Número absoluto de licenças tiradas em razão de doenças do aparelho respiratório por sexo



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

As licenças médicas por doenças do aparelho digestivo somam 46 licenças no total da população pesquisada, apresentando maior ocorrência entre os homens com 25 licenças e 24 para as mulheres.

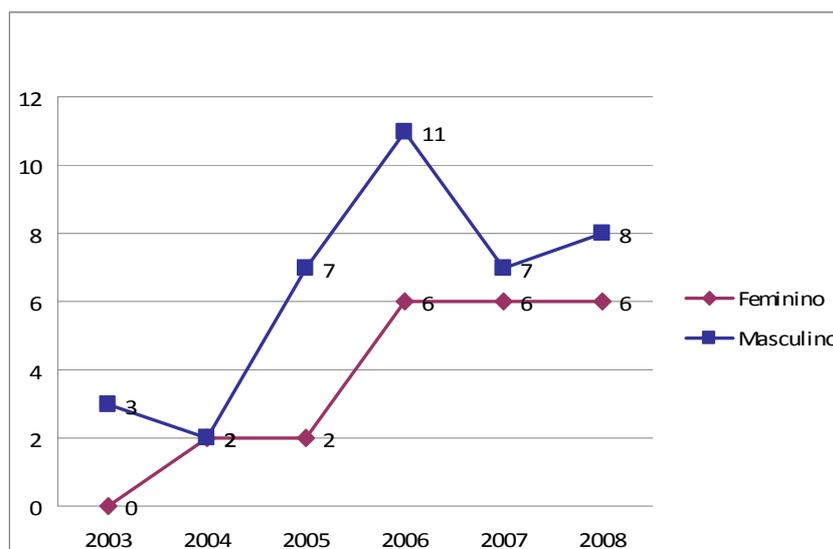
GRÁFICO 18 – Número absoluto de licenças tiradas em razão de doenças do aparelho digestivo por sexo



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

Houve no período 60 licenças médicas em razão das doenças osteomusculares (gráfico 19), entre os homens a incidência corresponde a 38 licenças e entre mulheres 22 licenças. É um tipo de doença que vem crescendo bastante entre ambos os sexos no contingente de trabalhadores (as) da AMOI.

GRÁFICO 19 - Número absoluto de licenças tiradas em razão de doenças do sistema osteomuscular por sexo



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

Sobre a relação do adoecimento e estresse Zuadir (2008) comenta que *a intensidade da resposta aguda ao estresse deve ser proporcional à ameaça do estressor, tanto em intensidade como em duração*. Assim, a mobilização de energia induzida pelo estresse deve se adequar às necessidades para a restauração do equilíbrio orgânico, persistindo por um tempo determinado, que não comprometa o organismo, em razão, *por exemplo, de seus efeitos inibitórios sobre a digestão, crescimento, reprodução e resposta imune*.

A relação entre estresse e problemas de saúde tem sido comprovada por inúmeros estudos. Em um desses conduzido por Joëls M, Baram T (2009), 75 casais foram acompanhados por seis meses, com registros diários de aborrecimentos, humor e condições de saúde, encontrando uma relação significativa entre a ocorrência de estresse e dificuldades com a saúde.

O estresse, de acordo com Zuadi (Ibid), é relativamente recente na escala evolutiva, sendo observado apenas nos primatas sociais e no homem. Segundo o autor isto se deve provavelmente ao fato do homem pensar e, dessa forma, poder antecipar situações de estresse ou manter suas preocupações por longo tempo.

Apesar da variação no perfil das licenças por doenças do aparelho geniturinário na Tabela 3, observamos 22 licenças registradas no período apresentando número igual de licenças tanto para homens como para mulheres (onze licenças as todo para cada sexo). Destacamos o crescimento deste tipo de licença para os homens em 2008.

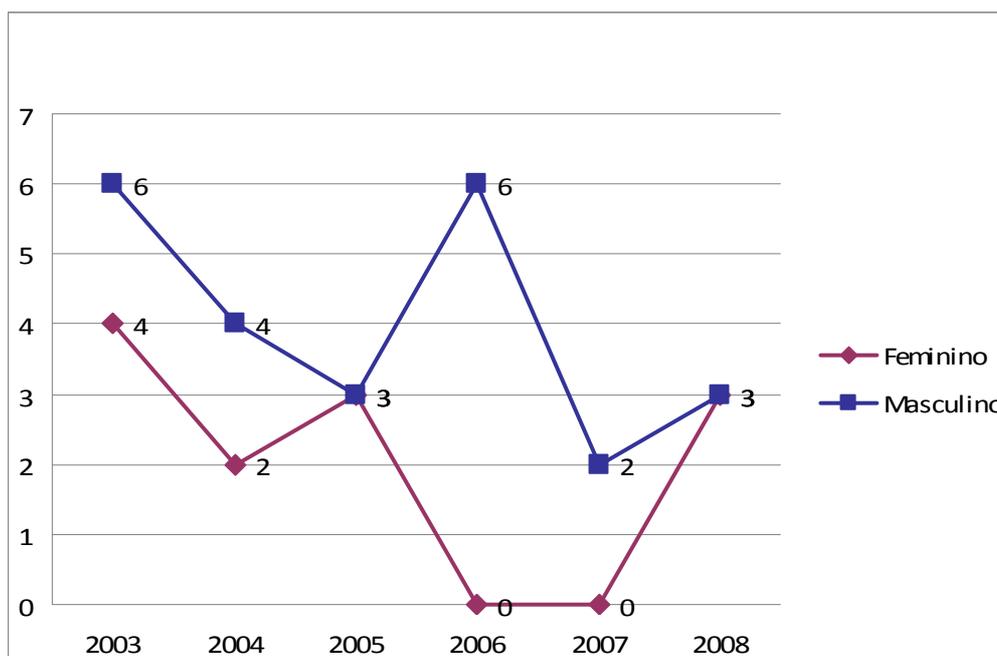
Tabela 3. Número absoluto de licenças por doenças do aparelho geniturinário de acordo com o sexo

Doenças do aparelho geniturinário	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Feminino	2	3	2	1	1	2
Masculino	0	1	2	2	1	5

Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

Sintomas e achados anormais, neste estudo, referem-se a um conjunto de patologias inespecíficas como dores abdominais, dores de cabeça, náuseas, mal estar, resfriados, viroses etc. No gráfico 20 são apresentadas 36 licenças médicas sendo que 24 para homens e 12 para mulheres.

GRÁFICO 20 - Número absoluto de licenças tiradas em razão de sintomas e achados anormais por sexo



Fonte: Dados dos relatórios da empresa, elaboração própria.

Após a análise dos dados observamos que as patologias que mais impactaram a saúde dos (as) trabalhadores (as) no período estudado como um todo foram em primeiro lugar as doenças respiratórias (95), seguidas pelas doenças do sistema osteomuscular (60), doenças do aparelho digestivo (46), infecciosas (44), circulatórias (34), sintomas e achados anormais (36), transtornos mentais (29) e neoplasias (24).

No grupo masculino o número de licenças se refere mais às doenças do aparelho respiratório (59), do sistema osteomuscular (38) e do aparelho circulatório (20) nesta ordem de incidência. Os homens tiveram como principal causa de afastamento as doenças do aparelho respiratório e a segunda causa refere-se a doenças do sistema osteomuscular. No ano de 2008 houveram mais licenças médicas por transtornos mentais (4) para a população masculina em relação à feminina (2).

Entre o grupo feminino os adoecimentos ocorrem principalmente por doenças respiratórias (34) seguidas por osteomusculares (22), transtornos mentais (22) e neoplasias (20). Doenças do aparelho digestivo (24) e circulatório (14) também tiveram percentuais expressivos entre a população feminina. Apesar de não ser a patologia com o maior número de ocorrência, transtornos mentais é a patologia que apresenta o maior nível de incidência entre o grupo feminino, diferentemente do masculino, que apresenta um perfil de adoecimento diferente, com maior número de ocorrência e incidência de doenças respiratórias.

Salvo as condições individuais, genéticas e ambientais que constituem fatores que determinam a saúde das pessoas, os dados encontrados, corroboram constatações de outros autores como Aquino (Ibid) que avaliou a associação entre demanda psicológica e controle sobre o trabalho e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores (DPM) entre trabalhadoras de enfermagem de um hospital público de Salvador, Bahia.

Embora nosso estudo tenha utilizado metodologia diferente da que utilizou Aquino, a análise do perfil epidemiológico das trabalhadoras na AMOI sugere que, mesmo as mulheres mais escolarizadas, com emprego formal e toda a assistência médica e social possível, não estão isentas das pressões nos espaços ocupacionais e domésticos, que podem impactar negativamente seu estado de saúde.

Ribeiro e Rocha (2001) avaliaram em sua pesquisa as repercussões do trabalho de mulheres e homens analistas de sistemas sobre a saúde, as conclusões a que chegaram as autoras aponta a superposição de responsabilidades a que a mulher se submete como principal fator de adoecimento. De acordo com as autoras, permanecem sob a responsabilidade feminina os cuidados com a casa, a família e a participação no mercado de trabalho. Tal situação gera altos níveis de sobrecarga de trabalho, estresse e conflitos de magnitude crescente que pode variar de acordo com o número de filhos.

O estudo de Ribeiro e Rocha (Ibid) traçou um quadro de saúde dos homens comparando com as mulheres analistas de sistemas, observando que as exigências do trabalho, integradas às responsabilidades atribuídas à mulher no âmbito doméstico, geraram importantes repercussões sobre a saúde. Isto

em razão do fato de a inserção crescente das mulheres no mercado de trabalho não ter sido acompanhada de uma distribuição mais balanceada de tarefas entre os sexos. As autoras ressaltam a importância de que pesquisas sobre gênero, trabalho e saúde, considerem as situações de vida como um todo contemplando as interações que se verificam entre trabalho e vida fora do trabalho.

Os dados que reunimos e analisamos neste trabalho sobre trabalhadores (as) da AMOI, evidenciam o impacto na saúde feminina muito possivelmente em razão das assimetrias de gênero, mostrando ainda as diferenças no perfil de adoecimento entre homens e mulheres que compõem a população estudada.

Além da perspectiva relacionada aos impactos sobre a saúde, nos espaços ocupacionais as mulheres seguem nas posições majoritariamente subordinadas aos homens. Os dados colhidos na empresa estudada evidenciam que as trabalhadoras da AMOI, mesmo muito escolarizadas, ocupam mais as posições auxiliares e de baixo controle, com poucas mulheres em posições gerenciais e mesmo quando isso se verifica tais posições são aquelas denominadas intermediárias, por onde não passam as decisões, mas apenas as atividades de organização e controle.

CONCLUSÃO

Buscamos desenvolver com esse trabalho um olhar capaz de considerar as diferenças e peculiaridades no perfil de adoecimento de uma população de trabalhadores (as) muito escolarizados (as). A reflexão sobre as doenças que impactam a saúde de homens e mulheres pode nos auxiliar a pensar como as diferenças de gênero incidem na saúde das pessoas, considerando que o processo saúde-doença se constitui e se conforma no bojo das relações sociais.

A discussão sobre o trabalho no espaço público e no espaço privado, bem como as diversas configurações e abordagens que o setor saúde dedicou ao tema ao longo dos tempos, desde a medicina do trabalho à moderna concepção da promoção da saúde, visaram promover uma visão que ampliasse o olhar acerca do processo saúde-doença, considerando para tal a perspectiva de gênero.

Observando nosso campo de estudo, constituído pela força de trabalho de uma grande área de negócios internacionais, no interior de uma multinacional, buscamos oferecer ao leitor uma descrição detalhada do perfil desses (as) trabalhadores (as), tão diferente do restante da população trabalhadora brasileira.

As singularidades que estes (as) trabalhadores (as) apresentam podem nos auxiliar a observar as diferenças que vem se delineando no perfil da classe média trabalhadora que traduz, no caso das mulheres, importantes conquistas no mercado de trabalho, refletidas com a maior escolarização feminina e diversificação na ocupação de novos espaços.

Finalmente, apresentamos o perfil das licenças médicas de saúde ao longo de um período de 6 anos, observando que as mulheres, embora sejam um quantitativo reduzido tiram mais licenças médicas do que os homens. Além deste dado, observamos ainda que os transtornos mentais acometem mais às mulheres do que aos homens. A prevalência deste tipo de patologia no grupo feminino nos leva a supor que a extensão da jornada de trabalho feminina, contribui para conformar este perfil de adoecimento. Os dados sugerem que as mulheres apresentam um padrão de estresse maior que o dos homens, embora onexo causal não seja objetivamente estabelecido.

Assim, essa dissertação abre um vasto campo de questões. O principal caminho de futuros estudos seria a estruturação de análises provenientes de dados qualitativos que detalhem de modo aprofundado a dinâmica do ambiente doméstico para as pessoas, a presença ou não de filhos (as) e a relação com o grupo familiar. Desse modo avançaríamos nas explicações e causalidades envolvidas nos fenômenos estudados.

Em todo caso, oferecemos com este trabalho uma contribuição para a incorporação da abordagem de gênero na reflexão sobre o processo saúde-doença, pensando sobre os impactos diferenciados que a divisão sexual do trabalho pode produzir na saúde e na vida de homens e mulheres contemporâneos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Os sentidos do trabalho. : ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial; 1999.

AQUINO, E. M. L. **Gênero, Trabalho e Hipertensão Arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia.** Tese de Doutorado. Salvador, 1996.

_____. AQUINO, E.; ARAÚJO, T.; MENEZES, G.; SANTOS, O. C.; AGUIAR, L. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem.** Revista de Saúde Pública – USP, São Paulo, 2003: 37 (4): 424-33.

ÁVILA, M. B. **Reflexões sobre as Desigualdades de Gênero e Raça no Mercado de Trabalho.** Autonomia Econômica e Empoderamento da Mulher: textos acadêmicos – Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2001.

BEAUVOIR, Simone de. **O Segundo Sexo Vol. I Fatos e Mitos.** São Paulo: Editora Nova Fronteira, 1949.

ABRAMIDES; Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. **Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador.** In: São Paulo em perspectiva. v.17, n.1; São Paulo; jan./mar. 2003.

BRITO. C. Jussara. **Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000, p.195-204.

BRUSCHINI, Cristina. **Teoria Crítica da Família.** In: AZEVEDO, Maria Amélia e AZEVEDO, Viviane Nogueira de (org.). Infância e violência doméstica. São Paulo: Ed. Cortez, 1993.

BORGES, L.H; MOULIN, M.G.B; ARAÚJO, MD (orgs.). **Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações**. EDUFES, Vitória, 2001.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília. MS. OPAS, 2001.

_____. **Resoluções da 3a. conferência nacional de saúde do trabalhador**; 2006. [disponível em http://bvsms.saude.go.br/bvs/trabalhador/pdf/relatoriofinal_3con.pdf] [consolidado em 24.03.2006]

_____. **Portaria nº. 1.125/GM de 6 de Julho de 2005**. [Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS.] Brasília, 2005.

_____. **Portaria nº. 1.679/GM**. [Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Brasília.

_____. **Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador SUS** - Anexo a Portaria 3120 de 01/07/1998. Brasília. Diário Oficial, 14.07.1998a..

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2003.

_____. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. In *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000.

CAPPELLIN, Paola. **Política de igualdade de oportunidades: grandes empresas no Brasil e na Europa (1996-2006)**. In: COSTA, Albertina de O. ; SORJ, Bila; BRUSCHINI, Cristina e HIRATA, Helena. (orgs). **Mercado de Trabalho e Gênero: comparações internacionais**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

_____. **As desigualdades impertinentes: Telhado, Paredes ou Céu de Chumbo?** In: *Revista Gênero: Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero – NUTEG*, v.9, n.1. Niterói: Editora EdUFF, 2009.

CARDOSO, Ana Cláudia M. **Vivências temporais a partir de uma perspectiva de gênero. Tempos de trabalho, tempos de não trabalho:**

disputas em torno da jornada do trabalhador. São Paulo: Annablume, 2009: Coleção Trabalho e Contemporaneidade, p.334.

CARLOTO, Maria Cássia. **O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais.** Londrina Revista Serviço Social, v. 3, n. 2, p. 201-213, jan./jun. 2001.

CASTELLANOS, P.L. **Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida.** Considerações Conceituais. In:BARATA, R.B. (org.) Condições de Vida e Situação de Saúde. ABRASCO, 1997.

CESAR, M. J. **Serviço Social e reestruturação industrial: requisições, competências e condições de trabalho profissional.** In: MOTA, A.E. (org.). A nova fábrica de consensos. São Paulo: Cortez, 1998.

CARDOSO JR., José Celso. **Crise e desregulação do trabalho no Brasil.** Tempo Social; Rev. Social. USP, São Paulo, 13(2):31-59, novembro de 2001.

CZERESNIA, D. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2003.

_____. & FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2003.

_____.FREITAS, C. M. **A Vigilância da saúde para a promoção da saúde.** In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C.M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2003.

Estresse e câncer de útero. Disponível em: <http://www.metodista.br/ronline/noticias/saude/pasta-4/pesquisa-relaciona-estresse-ao-cancer-de-utero>. Acesso em 27 de maio de 2012

GUEDES, M.C. **Família e trabalho nas mulheres de nível universitário: um olhar demográfico.** In: Revista Gênero: Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero – NUTEG, v.9, n.1. Niterói: Editora EdUFF, 2009.

HIRATA, Helena e KERGOAT Daniele. **Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França, Japão.** In: COSTA, Albertina de O.; SORJ, Bila; BRUSCHINI, Cristina e HIRATA, Helena. (orgs). Mercado de Trabalho e Gênero: comparações internacionais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

LACAZ, F.A. C. **Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença.** In Ciência e Saúde Coletiva. V.5.,n.1., 2000. [disponível no scielo]

LALONDE, M. **El Concepto de “campo de la salud” una perspectiva canadiense.** In: Promoción de la Salud: una antologia. Washington: OPAS, 1996.

LAURELL, A.C. & NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: HUCITEC, 1989.

MACHADO, J.M.H. **Processo de vigilância em saúde do trabalhador.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. v.13, supl. 2, pp.33-45.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A; BUSS, P.M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** In Ciência e Saúde Coletiva. V.5.,n.1, 2000. [disponível no scielo] [ver também autores do debate]

MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S.M.F. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas.** Cadernos de Saúde Pública. n.13. Rio de Janeiro,. pp. 21-32.

_____. & LACAZ F.A.C. **Saúde do trabalhador: novas-velhas questões.** Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10:797-807.

MENDES, R. **Patologia do trabalho.** São Paulo, Atheneu, 2003.

_____; DIAS, E.C. **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** Revista de Saúde Pública. n. 25. São Paulo, 1991, pp. 341-349.

MOTA, A.E. (org.). **A nova fábrica de consensos.** São Paulo: Cortez, 1998.

MELO, P. H;DI SABBATO, A. **Divisão Sexual do Trabalho e Pobreza. Autonomia Econômica e Empoderamento da Mulher: textos acadêmicos.** Brasília: Fundação Alexandre de Gusmão, 2001.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado.** São Paulo. Hucitec, 1994.

RIBEIRO, D. M; ROCHA; L,E. **Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, vol.35, p.539 – 547, 2001.

SIQUEIRA MIGUEL M., SANTOS GUIMARÃES E. **Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v.59 (3): 238-246. São Paulo, 2010.

VASCONCELOS, M; PINHEIRO, L; FONTOURA, N; GALIZA, M. **Pesquisas de uso do tempo no Brasil: contribuições para a formulação de políticas de conciliação entre trabalho, família e vida pessoal.** Revista Econômica, Rio de Janeiro, v.12, n1, p.11 – 46, 2010.

VEDOVATO, T; MONTEIRO, M.I; MASSON, V. **Reflexões: Gênero, Trabalho e Promoção da Saúde.** Revista do Grupo Polis Educaional. Disponível em: <http://www.eusounota10.com.br/zasnova/DownloadArtigo.ashx?codigo=153>

ZUARDI, W. A. **Fisiologia do Estresse e sua Influência na Saúde.** Disponível em: <http://rnp.fmrp.usp.br/~psicmed/doc/Fisiologia%20do%20estresse.pdf>