UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

MARCIA FERNANDA VIEIRA ROCHA

PERFIL DE SAÚDE LABORAL E AUDITIVA DE TRABALHADORAS E AS AÇÕES AFIRMATIVAS EM INDÚSTRIAS DO PARANÁ

CURITIBA

2015

MARCIA FERNANDA VIEIRA ROCHA

PERFIL DE SAÚDE LABORAL E AUDITIVA DE TRABALHADORAS E AS AÇÕES AFIRMATIVAS EM INDÚSTRIAS DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Distúrbios da Comunicação – Trabalho, Saúde e Sociedade da Universidade Tuiuti do Paraná para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves

CURITIBA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydnei Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

R672 Rocha, Marcia Fernanda Vieira.

Perfil de saúde laboral e auditiva de trabalhadoras e as ações afirmativas em indústrias do Paraná/ Marcia Fernanda Vieira Rocha; orientadora Profª drª Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves.
115f.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2015
1. Saúde do trabalhador. 2. Gênero. 3. Responsabilidade social corporativa. 4. Ações afirmativas. 5. Saúde da mulher. 6. PAIR. I. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação/Mestrado em Distúrbios da Comunicação. II. Título.

CDD - 613.62

TERMO DE APROVAÇÃO

MARCIA FERNANDA VIEIRA ROCHA

PERFIL DE SAÚDE LABORAL E AUDITIVA DE TRABALHADORAS E AS AÇÕES AFIRMATIVAS EM INDÚSTRIAS DO PARANÁ

Esta dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios da Comunicação – Trabalho, Saúde e Sociedade, no Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação – Trabalho, Saúde e Sociedade da Universidade Tuiuti do Paraná.

Curitiba, 2 de Abril de 2015.

Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação
Universidade Tuiuti do Paraná

Coordenadora: _____
Prof.ª Dr.ª Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves
Universidade Tuiuti do Paraná

Orientadora: _____
Prof.ª Dr.ª Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves
Universidade Tuiuti do Paraná

_____
Profª. Dr.ª Débora Lüders
Universidade Tuiuti do Paraná

_____
Prof.ª Dr.ª Vânia Muniz Néquer Soares

Às

Thelmas, Claudias, Brunas, Alines, Lilians, Cristinas, Suzanas, Talitas, Alices, Anas, Marias, Suelens, Manons, Rosas, Fernandas, Déboras, Sielmas, Carlas, Maris, Teresinhas, Andréas, Thianas, Julianas, Cidinhas, Jessicas, Jenanes, Vânias, Lucianas, Vanessas, Tatianas, Melises, Emanuelles, Alessandras, Idálias, Beatrizes, Renatas, Pérolas, Sandras, Simones, Danielas, Marílias, Lucis, Susanes, Marcias, Rosanes, Lucias, Helenas, Adrianas, Eleonoras, Heloisas, Marcelas, Monicas, Clarices, Élcias, Lindsleis, Joyces, Martas, Priscilas, Lauras, Andressas, Dilmas, Marcias, Andréias, Sonias, Valérias, Aparecidas, Denises, Franciscas, Valkírias, Deises, Janaínas, Danilas, Gabrielas, Iaras, Laureanes, Gutas, Kátias, Isabelas, Cristianes, Elsas, Nádias, Gracinhas, Malus, Lurdinhas, Mariangelas, Marissas, Davianes, Francieles, Carolinas, Cassianas, Luizas, Marianas, Miriams, Natalias, Julias, Reginas, Vivians, Lilianas, Susans, Elizas, Rejanes, Leunices, Olívias, Ilonys, Karols, Cintias, Elisabetes, Karinas, Angelas, Floras, Estephanes, Audrens, Luizas, Paolas, Gilzas, Carmens, Ritas, Maiaras, Thaises, Naiaras, Letícias, Moemas, Manuelas, Rosanas, Bárbaras, Kariulas, Silvias, Claras, Anamarias, Gislaines, Ineses, Arianes, Leonores, Neusas, Tissianes, Isauras, Ivanirs, Marisas, Margaretes, Lus, Gleisis, Roses, Cleides, Helens, Lurians, Divas, Tuanys, Ednéias, Sofias, Rosangelas, Silvanas, Idalinas, Paulas, Nilzas, Biancas, Patrícias, Bias, Paquitas, Meires, Fátimas, Robertas, Lianges ...

AGRADECIMENTOS

Aos meus filhos, Matheus e Gabriel.

Ao Walter Peixeiro, meu pai ★.

Ao amigo José Antonio Fares e, todas e todos do SESI Paraná.

Ao IEL Paraná, na pessoa do amigo Eduardo Vaz.

À Professora Vânia Muniz Néquer, incentivadora, parceira e como eu, apaixonada pelo tema Gênero.

À Coordenadora Professora Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves, aos Professores, Equipe de Colaboradores e Queridas e Queridos Colegas de Curso do Mestrado 2013, UTP.

Ao querido amigo Carlito, Professor Carlos Gonsalez.

Às companheiras e aos companheiros de trabalho, de estrada, de risos e choros, de conquistas, decepções, metas alcançadas, de "Círculos de Diálogo" do Movimento Nós Podemos Paraná.

Às trabalhadoras brasileiras e, em especial, as que responderam à pesquisa dessa dissertação.

Vou voltar
Sei que ainda vou voltar
Para o meu lugar
Foi lá e é ainda lá
Que eu hei de ouvir cantar
Uma sabiá

Vou voltar
Sei que ainda vou voltar
Vou deitar à sombra
De um palmeira
Que já não há
Colher a flor
Que já não dá
E algum amor

Talvez possa espantar
As noites que eu não queira
E anunciar o dia

Vou voltar
Sei que ainda vou voltar
Não vai ser em vão
Que fiz tantos planos
De me enganar
Como fiz enganos
De me encontrar
Como fiz estradas
De me perder
Fiz de tudo e nada
De te esquecer

Vou voltar
Sei que ainda vou voltar
E é pra ficar
Sei que o amor existe
Não sou mais triste
E a nova vida já vai chegar
E a solidão vai se acabar
E a solidão vai se acabar.

(**Sabiá**, Chico Buarque)

APRESENTAÇÃO

A inspiração desse trabalho surgiu no Movimento Nós Podemos Paraná, projeto liderado pelo Sistema da Federação das Indústrias do Paraná (Sistema FIEP), desde 2008, no qual tive o privilégio de compor a equipe, como funcionária do SESI Paraná.

Utilizando-se de parcerias dos três setores da sociedade: público, privado e sociedade civil organizada, o Nós Podemos Paraná mobiliza, articula e promove ações em todo o estado através da temática dos ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000 e que serão apresentados no decorrer dessa dissertação. O Movimento visitou todos os 299 municípios paranaenses e eu, como uma das articuladoras pude trabalhar a proposta dos ODM em cerca de 190 desses municípios, com o poder público, iniciativa privada e, a sociedade civil.

Como percursor do trabalho pelos ODM no país, o Sistema Fiep é também promotor em outros estados brasileiros, onde também pude atuar como articuladora nos estados de Sergipe, Rondônia e Rio Grande do Norte.

Graduada em Serviço Social, pela Faculdade de Serviço Social de Santos, em 1982, tendo a oportunidade de estagiar durante o curso e, dar continuidade como profissional formada na mesma empresa, construí minha carreira na área da Saúde do Trabalhador, como membro da equipe do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, o SSMT.

A empresa do ramo alimentício, do setor de moagem de trigo e fabricação de misturas para bolos e gelatinas, localizada na área portuária do município de Santos, contava na época com cerca de 30% de sua força de trabalho de mulheres,

e a equipe do SSMT, onde iniciei meu trabalho era composta pelo Médico do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho e eu, como Assistente Social

Pela localização da empresa, na região portuária, onde a prostituição era um dos problemas sociais, a equipe também pensava e elaborava tímidas e pequenas ações de saúde, onde pudéssemos levar informação e medidas de prevenção às mulheres da região como sexo seguro, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, além de temas na educação, como ensino profissionalizante.

Foram através dessas práticas que meu interesse cresceu em relação a questões de gênero, bem como a valorização do trabalho feminino e, principalmente, a saúde das mulheres, naquela época com ênfase na gravidez, o período que se afastavam do trabalho, e que muitas vezes ocasionava demissões.

Com a mudança de residência de Santos para Curitiba, cursei uma pós-graduação em Administração de Recursos Humanos, atualizando-me na temática da Saúde e Segurança do Trabalhador, Legislação Trabalhista e outros temas pertinentes à essa área. Em Curitiba, retomei o trabalho como Assistente Social em uma empresa no setor de transporte rodoviário, coordenando a área de Benefícios e, integrando a equipe do SSMT onde acompanhava os problemas de saúde dos motoristas rodoviários e, trabalhava junto aos planos de assistência médica. Nessa mesma empresa, fiz parte da equipe que implantou o Programa da Qualidade Total (PQT), para a certificação da ISO 9000. Inserido no PQT, propus e pude desenvolver um programa de Qualidade de Vida para os motoristas rodoviários obtendo bons resultados em relação ao bem-estar dos trabalhadores, incluindo suas famílias.

Dando a continuidade em minha carreira, dessa empresa parti para o trabalho em uma multinacional situada na Cidade Industrial de Curitiba, líder no setor metalúrgico e com um quadro de funcionários de 1200 colaboradores. No início trabalhei no setor de Benefícios, na área da assistência médica, acompanhando os acidentes de trabalho, afastamentos por doenças, problemas de saúde e, acompanhando os atendimentos por parte dos convênios.

Em 1999, iniciou-se no Brasil o movimento da responsabilidade social corporativa, liderado pelo Instituto Ethos, uma OSCIP organizada por empresários preocupados com o desenvolvimento social do Brasil, cuja missão é mobilizar, sensibilizar e ajudar as empresas a gerir seus negócios de forma socialmente responsável, tornando-as parceiras na construção de uma sociedade sustentável e justa.

Nessa ocasião, após ler, pesquisar e conhecer a proposta do Instituto Ethos, apresentei e tive aprovado pela empresa um projeto de desenvolvimento local, em uma comunidade de baixa renda, localizada nos fundos da empresa, com mais de 10000 moradores. E nesse momento deixo aqui registrado que a aprovação do projeto deu-se principalmente pela visão estratégica e inovadora do gerente de Recursos Humanos, na época.

Nesse período a empresa também possibilitou-me o ingresso em uma pós-graduação em Gestão Estratégica de Projetos.

O Projeto de Responsabilidade Social Corporativa, nesta comunidade se desenvolveu em várias áreas como educação, cultura, meio ambiente, esporte e geração de renda, em parcerias com as lideranças locais que em sua maioria eram mulheres. Organizamos cooperativas de trabalho de mulheres, empoderando-as como agentes de mudanças de suas vidas e da comunidade, tornando-as empreendedoras e donas de seus próprios destinos.

Foram 4 anos de muita aprendizagem principalmente nas questões das desigualdades sociais, de gênero, de raça, relações de poder, saúde e qualidade de vida, e reflexões de como transformar essa prática, em registros de um trabalho que transpôs a vida profissional.

E assim, atualmente trabalhando no SESI Paraná surgiu a possibilidade de estudar com mais profundidade e, academicamente, através do mestrado, o papel da mulher na sociedade e no trabalho e sua trajetória histórica, as oportunidades e desafios das mulheres nas indústrias, suas questões de saúde e as desigualdades sociais que encontramos, mesmo com, a força de trabalho feminina sendo significativa no mundo do trabalho.

Estudar as questões de gênero, raça, diversidade e outros temas relacionados a essas questões são apaixonantes pois nos proporcionam além de aprendizagem, profundas reflexões de caminhos já percorridos e, os ainda a serem trilhados, por homens e mulheres, na busca de um mundo mais harmonioso, feliz, solidário, onde todos possam conviver com as diferenças, capacidades, valores e crenças.

RESUMO

Introdução: Através dos tempos, a cultura foi atribuindo papéis diferentes a homens e mulheres que impactam na saúde de cada sexo. Culturamente homens tem a missão de sufocar emoções, o exercício do poder, a manutenção do controle, a negação de comportamentos em favor da masculinidade e outros aspectos acarretando consequências sérias para a saúde. Já o papel atribuído às mulheres é o do cuidado com os outros como criar filhos, atender à família, cuidar da casa e assim, a sociedade criou mecanismos de dominação e discriminação que gera medo, dependência e impacta negativamente a saúde. **Objetivo**: Analisar o perfil de saúde laboral e auditiva de trabalhadoras em três indústrias, de diferentes segmentos, do Estado do Paraná. **Metodologia**: Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal. Foram entrevistadas 150 trabalhadoras de 3 indústrias paranaenses. Foram calculadas as frequências e percentual de cada variável para cada uma das indústrias e para o conjunto das mesmas. Foram feitas análises comparativas levando-se em consideração o segmento que cada empresa. Para a análise de associação entre algumas variáveis foi utilizado o teste Qui-Quadrado, ao nível de significância 0,05. **Resultados**: A faixa etária predominante nas três indústrias foi 25 a 34 anos. Em relação à escolaridade, o maior número das trabalhadoras possuíam o ensino médio. A situação conjugal da maioria das trabalhadoras foi casada, ou mantinham união consensual. Em relação ao número de filhos, a faixa predominante foi a de 1 a 2 filhos. Das entrevistadas, 73% exerciam atividades na área de produção e 58%, fizeram alguns cursos profissionalizantes. A renda mensal das mulheres estava na faixa de R$ 700,00 a R$ 1.499,00 e, a renda familiar, na faixa de R$ 1.500,00 a R$ 2.500,00, 42% eram as chefes de família. 17% das trabalhadoras adquiriu doença no trabalho e 9% sofreu acidente de trabalho.86% afirmam que as indústrias solicitam exames periódicos, e, a periodicidade dos exames que mais aparecem estavam na faixa semestral/anual. Em relação a participação das trabalhadoras em eventos e/ou campanhas de saúde promovidas pelas indústrias, notou-se que é maior o número das que participam, 63%. A maioria das trabalhadoras (75%) tem a percepção dos riscos existentes nos ambientes de trabalho, e o ruído foi o risco mais identificado, nas três indústrias participantes da pesquisa, seguido das quedas e, das questões da ergonomia através dos movimentos repetitivos. As três indústrias realizam avaliações auditivas periódicas, conforme relataram as trabalhadoras.As trabalhadoras consideraram ruidoso o ambiente de trabalho, principalmente as da indústria do segmento da construção civil, seguida pela indústria metalúrgica. E, são nessas mesmas indústrias onde mais as mulheres alegaram utilizar EPIs, sendo 100% e, 82%, respectivamente. **Conclusões**: Tornou-se relevante a discussão da importância das mulheres trabalhadoras no mundo atual. Porém, o desafio para se identificar prioridades determinadas, pelo cenário econômico, sociodemográfico e epidemiológico atual ainda é grande. Nesse estudo constatou-se que as trabalhadoras percebem os riscos no ambiente de trabalho, utilizam equipamentos de proteção individual e coletivo e realizam os exames médicos periódicos. Não existe relação entre escolaridade e auto-percepção sobre a saúde, problemas de saúde e doenças no trabalho porém, existe relação entre escolaridade e a procura por assistência médica.As trabalhadoras participam de ações educativas de saúde promovidas pelas indústrias, que utilizam de eventos em datas alusivas para tratar de temas relacionados à saúde da mulher.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Gênero. Responsabilidade Social Corporativa. Ações Afirmativas. Saúde da Mulher. PAIR.

ABSTRACT

Introduction: Over time, the culture was assigning different roles to men and women that impact the health of each sex. Culturally men's mission is to quell emotions, the exercise of power, maintain control, denial of behavior in favor of masculinity and other aspects leading to serious health consequences. But the role assigned to women is the care for others how to raise children, meet the family, housework and so society has created mechanisms of domination and discrimination that breeds fear, dependency and negatively impacts health. **Objective:** To analyze the profile of occupational health and hearing of workers in three industries of different segments of Paraná. **Methodology:** This study is a quantitative, transversal approach. 150 workers in 3 Paraná industries were interviewed. Frequencies and percentages for each variable were calculated for each of the industries and for all the same. Comparative analyzes were performed taking into account the segment that every company. For association analysis between variables we used the chi-square test at the 0.05 significance level. **Results:** The age distribution in the three industries was 25-34 years. Regarding education, the largest number of workers had high school. The marital status of most workers was married, or held consensual union. Regarding the number of children, the predominant group was the 1-2 children. Of respondents, 73% had activities in the production area and 58% did some professional courses. The monthly income of women was in the range of R $ 700.00 to R $ 1,499.00, and family income, ranging from R $ 1,500.00 to R $ 2,500.00, 42% were the breadwinners. 17% of working acquired disease at work and 9% suffered accident trabalho.86% say that industries request periodic examinations, and the frequency of examinations that were more appear in semi-annual / annual range. Regarding the participation of workers in events and / or health campaigns promoted by industries, it was noted that a greater number of participating 63%. Most workers (75%) have the perception of risks in the workplace, and the noise was the most identified risk, the three participants of the survey industries, followed by the falls and the ergonomics issues through repetitive motion. The three industries hold regular hearing tests, as reported the trabalhadoras.As workers considered noisy work environment, especially those in the construction industry segment, followed by the metallurgical industry. And are these same industries where most women claimed to use PPE, 100% and 82%, respectively. **Conclusions:** It became relevant to discussion of the importance of women workers in the world today. However, the challenge to identify certain priorities, the economic environment, socio-demographic and epidemiological current is still great. In this study it was found that workers perceive the risks in the workplace, use personal protective equipment and collective and perform periodic medical examinations. There is no relationship between education and self-perception of health, health problems and diseases at work but there is a relationship between education and the demand for care workers médica.As participation of educational health actions promoted by industries that use events allusive dates to address issues related to women's health.

Keywords: Occupational Health. Gender. Corporate Social Responsibility. Affirmative Action. Women's Health. PAIR.

LISTA DE TABELAS E QUADRO

TABELA 1 - PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS TRABALHADORAS DE INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ - N=150 71

TABELA 2 - PERFIL DA SAÚDE GERAL DAS TRABALHADORAS DE INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ - N=150 73

TABELA 3 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE 74

TABELA 4 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E PROBLEMAS DE SAÚDE 74

TABELA 5 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E PROCURA POR ASSISTÊNCIA MÉDICA 75

TABELA 6 - PERFIL DA SAÚDE LABORAL DAS TRABALHADORAS DE INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ - N=150 76

TABELA 7 - PROPOSTAS E/OU MELHORIAS EM AÇÕES DE SAÚDE SUGERIDAS PELAS TRABALHADORAS - N=150 77

TABELA 8 - PERCEPÇÃO DA SAÚDE AUDITIVA E DOS RISCOS NO AMBIENTE DO TRABALHO POR TRABALHADORAS DE INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ - N=150 78

TABELA 9 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E UTILIZAÇÃO DE EPIs 80

TABELA 10 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E NÍVEIS DE RUÍDO NO AMBIENTE DE TRABALHO 80

TABELA 11 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E TRABALHO COM PRODUTOS QUÍMICOS 81

TABELA 12 - RELAÇÃO ENTRE RENDA FAMILIAR E PROBLEMAS DE AUDIÇÃO 81

QUADRO 1 - AÇÕES AFIRMATIVAS PARA TRABALHADORAS NAS INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ 82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIT	-	Bureau Internacional do Trabalho
CAGED	-	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CEDS	-	Conselho Empresarial Para o Desenvolvimento Sustentável
CEDAW	-	Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
CLT	-	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	-	Cadastro Nacional de Atividades Econômicas
CIPA	-	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho
dB	-	Decibéis
DORT	-	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
EPI	-	Equipamento de Proteção Individual
FACTS	-	Agência Europeia para a Segurança e a Saúde do Trabalho
IAF	-	Inter-American Foudantion
IARSE	-	Instituto Argentino de Responsabilidad Social Empresaria
IBOPE	-	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	-	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISO	-	International Organization for Standardization
FGV	-	Fundação Getúlio Vargas
FIEP	-	Federação das Indústrias do Estado do Paraná
LER	-	Lesão por Esforço Repetitivo
MNPP	-	Movimento Nós Podemos Paraná
MS	-	Ministério da Saúde
MTE	-	Ministério do Trabalho e Emprego
NUSAT	-	Núcleo de Saúde do Trabalhador
ODM	-	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OIT	-	Organização Internacional do Trabalho
PACG	-	Positive Action Coordinating Group
PAIR	-	Perda Auditiva Induzida por Ruído
PAINPS	-	Perda Induzida por Níveis de Pressão Sonora Elevada
PD	-	População Desocupada

PEA	-	População Economicamente Ativa
PIA	-	População Idade
PNEA	-	População Não Economicamente Ativa
PNUD	-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PO	-	População Ocupada
PPRA	-	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
PQT	-	Programa de Qualidade Total
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
RH	-	Recursos Humanos
RAIS	-	Relação Anual de Informações Sociais
SESI PR	-	Serviço Social da Indústria do Paraná
SIPAT	-	Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho
SSMT	-	Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho
SST	-	Segurança e Saúde do Trabalhador
ST	-	Saúde do Trabalhador
SUS	-	Serviço Único de Saúde
UNGC	-	United Nations Global Compact – Pacto Global das Nações Unidas
UNIFEM	-	United Nations Development Fund for Women – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
1.1 JUSTIFICATIVA 23
1.2 OBJETIVOS 24
1.2.1 Objetivo geral 24
1.2.2 Objetivos específicos 24
2 REVISÃO DA LITERATURA 25
2.1 TRABALHO, SAÚDE E GÊNERO 25
2.1.1 Breve histórico da formação da saúde do trabalhador 25
2.1.2 Sobre trabalho e gênero 30
2.1.3 Expansão do trabalho feminino no Brasil 36
2.2 A SAÚDE DAS MULHERES TRABALHADORAS 42
2.2.1 O resgate histórico das considerações sobre saúde da mulher trabalhadora 42
2.2.2 Do que adoecem as mulheres trabalhadoras no Brasil 46
2.3 SAÚDE AUDITIVA DAS TRABALHADORAS 50
2.4 SAÚDE LABORAL DAS TRABALHADORAS E RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA 58
3 METODOLOGIA 68
3.1 LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO 68
3.2 COLETAS DE DADOS 69
3.3 ANÁLISE DE DADOS 69
4 RESULTADOS 71
5 DISCUSSÃO 83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 91
REFERÊNCIAS 93
APÊNDICE 102
ANEXOS 108

Trabalhadora em Indústria – início do século XX.
Autor desconhecido.

1 INTRODUÇÃO

Embora constata-se inúmeros avanços em relação a igualdade entre mulheres e homens no trabalho, e possam ser observados em muitas sociedades, ainda se faz necessária ações em prol do acesso e permanência no trabalho, proteção social, educação, melhoria da qualidade de vida e trabalho, tendo em vista, especialmente a saúde das trabalhadoras.

A qualidade de vida e a saúde se fabricam, em termos globais, em meio a uma luta permanente entre o interesse privado e a necessidade coletiva ou, para colocar em termos mais atuais, entre as urgências de expansão econômica e política dos grandes empresários e as necessidades da gente comum de construir um mundo solidário e protetor (BREILH, 1995).

Fica evidente que no universo atual de desenvolvimento, a força do trabalho feminino tem uma participação forte e crescente já que segundo dados do IBGE de 2012, a mulher brasileira representa 63,9% da população ocupada entre 25 e 49 anos. Além disso, ainda conforme dados do IBGE (2012) 94,85% das mulheres exercem a dupla jornada de trabalho pois além de trabalharem fora de casa, ocupam-se também dos afazeres domésticos, e dos cuidados com filhos e marido.

Na reflexão sobre os papéis desempenhados nas relações sociais entre homens e mulheres entendia-se que as diferenças biológicas é que determinavam as características dos sexos e que, tais características eram fixas e imutáveis. Nesta perspectiva as mulheres nasciam, viviam, trabalhavam e morriam em situação de desigualdade (BRUSCHINI, 1987).

No entanto, através dos tempos, a cultura foi atribuindo papéis diferentes a homens e mulheres na sociedade, que impactam diretamente na saúde de cada sexo. No lado masculino, a missão de sufocar emoções, o exercício do poder, a manutenção do controle, a negação de comportamentos em favor da masculinidade e outros aspectos, acarreta consequências sérias para a saúde. O papel estabelecido para as mulheres gira em torno do cuidado com os outros como cuidar dos filhos, atender à família, cuidar da casa e, para garantir que cumpram esse papel, nem sempre desejado, a sociedade criou muitos mecanismos de dominação e discriminação que geram medo e dependência (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Com o desenvolvimento da ciência a mentalidade masculina se aprimorou na produção de bens, no crescimento da economia e do comércio, e na conquista de novas terras e populações. O papel da mulher era produzir e reproduzir a vida, cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes, e de satisfazer todas as necessidades do sexo masculino. Enquanto eles avançam, com sua vocação e competência de dominar e matar (VIEZZER, 1989).

Para Joan Scott (1989) gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e é uma forma de significar as relações de poder.

Gênero mostra-se, então, como categoria de análise impregnada no acontecer dos espaços constitutivos das relações de trabalho. Scott assim o define:

> O núcleo essencial da definição repousa sobre a relação fundamental entre duas proposições: o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos; o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder (1990, p.14).

A divisão de papéis sociais nas diferentes sociedades encontra-se ainda no mundo do trabalho, pois homens e mulheres são condicionados a tarefas diferentes, cada qual com “perfis característicos dos sexos”. Assim as mulheres são maioria nas ocupações menos qualificadas e menos valorizadas acarretando remunerações inferiores a 3 salários mínimos, relacionados ao dos homens. Além do diferencial na remuneração, existem outras formas de discriminação no mercado de trabalho no Brasil, e embora exista legislação específica ainda encontramos empresas que não admitem mulheres casadas, que exigem teste de gravidez e outros mecanismos que atestem que as trabalhadoras se dedicarão exclusivamente ao trabalho (CAPPELIN, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza de que a saúde de todos os povos é condição fundamental para a consecução da paz e da segurança e depende da mais estreita cooperação de indivíduos e de Estados, definindo saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2012).

Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o estado de saúde pode ser entendido como o resultado de um contínuo e bem-sucedido equilíbrio entre o indivíduo e o meio que o cerca e, os fatores que influenciam a saúde podem

ser esquematizados, por 4 grupos de elementos condicionantes da saúde: a biologia humana, o meio ambiente, os hábitos de vida e, a organização dos cuidados de saúde e é nesse contexto que podemos inserir a saúde do trabalhador baseada principalmente no aspecto social do trabalho, um dos imperativos da vida coletiva, cuja subsistência exige o esforço comum para o seu desenvolvimento, e, por conseguinte, reclama da atividade humana um labor eficiente para o aumento das fontes de riqueza expressa pela produção (OMS, 2012).

Na atual conjuntura, conforme Gomez, Machado e Pena (2011), entende-se o "campo de relações saúde-trabalho" contendo a Saúde do Trabalhador como proposta da Saúde Coletiva. Esse campo seria composto por um coletivo desigual, estruturalmente determinado por conflitos e embates de concepções e práticas condicionadas pelos recursos que agentes e instituições possuem. Nele estariam também a medicina do trabalho e todas as abordagens que, em sentido amplo, contemplam a saúde ocupacional, e a abordagem da saúde do trabalhador faria a superação dialética das duas outras formas de pensamento e de práticas, algumas vezes rompendo com os modelos anteriores, e outras vezes contendo-os e ultrapassando-os.

Mas, apesar do marcante aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, no Brasil, persiste um desconhecimento generalizado sobre os efeitos do trabalho sobre sua saúde. Esse aumento em ocupações anteriormente restritas a trabalhadores do sexo masculino, como nas indústrias dinâmicas (especialmente a metalúrgica e a metal-mecânica), além do crescimento de oportunidades de trabalho nas áreas executivas e de coordenação, para mulheres de classe média, têm colocado a necessidade de estudos epidemiológicos que atualizem, dentro de uma perspectiva de gênero, o conhecimento produzido exclusivamente a partir da observação de grupos de homens (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

Para que as políticas de promoção da saúde no domínio da saúde e segurança do trabalho sejam mais eficazes para mulheres e homens, terão de ser baseadas em informações mais corretas sobre a relação entre saúde no trabalho e o sexo dos trabalhadores. As mulheres trabalhadoras são especialmente prejudicadas por estrutura de mão de obra, medidas e atitudes no trabalho, desatualizadas. Uma ampla estratégia para a melhoria da segurança e saúde das trabalhadoras terá de ser concebida no âmbito de uma política nacional, especialmente nos domínios onde existe uma grande concentração de mulheres (OIT, 2000).

Os riscos para os trabalhadores do sexo masculino são hoje mais bem conhecidos, dado que, anteriormente, as preocupações acerca da segurança e saúde no trabalho se concentravam nos trabalhos perigosos, em setores dominados por trabalhadores do sexo masculino. No entanto, podem ser diferentes os riscos relacionados com o trabalho para homens e mulheres, em termos de exposição a substâncias perigosas, impactos dos agentes biológicos na saúde reprodutiva, exigências físicas no trabalho pesado, concepção ergonômica dos locais de trabalho e duração da jornada de trabalho. Ou seja, os riscos relativos à segurança e saúde no trabalho enfrentado pelas trabalhadoras foram tradicionalmente subestimados, dado que as normas de segurança e saúde no trabalho e os limites de exposição às substâncias perigosas são baseados em dados relativos aos trabalhadores do sexo masculino e em testes laboratoriais (OIT, 2009).

Entre os riscos comumente encontrados nos ambientes de trabalho está o ruído intenso. A Perda Auditiva Induzida por Ruído Ocupacional (PAIR) é a diminuição gradual da acuidade auditiva, em caráter irreversível, decorrente de exposição contínua a elevados níveis de pressão sonora em ambientes de trabalho. A PAIR pode levar a alterações funcionais e psicossociais, especialmente relacionadas à comunicação, que comprometem a qualidade de vida do indivíduo e a sua própria segurança do trabalho e é reconhecida como uma das doenças relacionadas ao trabalho mais comuns, em todo o mundo (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o ruído é a 3.ª causa, entre os fatores ocupacionais, que mais gera anos vividos com incapacidade (WHO, 2009). Estudos demonstram que 16% das perdas auditivas, incapacitantes, adquiridas na idade adulta, são ocupacionais (NELSON *et al.*, 2005).

Nem sempre o trabalhador compreende a natureza de suas dificuldades comunicativas. Quando ocorre a falta de percepção dos efeitos da PAIR na sua vida e a crença do baixo risco de perda auditiva pela exposição do ruído, torna-se mais difícil uma ação preventiva e reabilitadora (GONÇALVES, 2009).

Atualmente, empresas e colaboradores trabalham juntos, buscando cada qual seus objetivos, mas perfeitamente tangíveis e na solução ganha-ganha com negociação, participação e sinergia de esforços (CHIAVENATO, 2010).

Ainda conforme Chiavenato (2010), as organizações bem-sucedidas se deram conta que as pessoas devem ser vistas e tratadas como parceiras do negócio e fornecedoras de competências e não mais como simples empregados contratados.

Empresas se tornaram "empresas cidadãs" e transformaram suas práticas em ações afirmativas, modelos capazes de inspirar outras organizações, de influenciar políticas públicas, de utilizar seus processos antes organizacionais como valiosas ferramentas de suporte também para o desenvolvimento social e econômico.

Uma das formas das empresas atuarem com responsabilidade social e aplicando ações afirmativas é contribuindo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Em setembro de 2000, 189 nações, incluindo o Brasil, firmaram um compromisso para combater a extrema pobreza e outros males da sociedade. Esta promessa acabou se concretizando nos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM que deverão ser alcançados até 2015 (VEIGA, 2004). Os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio são: 1. erradicar a extrema pobreza e a fome; 2. atingir a universalização do ensino fundamental; 3. promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher; 4. reduzir a mortalidade infantil; 5. melhorar a saúde materna; 6. combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7. garantir a sustentabilidade ambiental; 8. promover uma parceria mundial para o desenvolvimento.

No Brasil, o Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social vem, desde 1998, atuando para promover a gestão empresarial socialmente responsável fundamentada em princípios éticos e nos valores da solidariedade e da transparência e, catalisando o engajamento das empresas em ações que representem a concretização dos objetivos da ONU (VEIGA, 2004).

Assim, muitas empresas percebem a necessidade de direcionar suas ações para reverter a degradação ambiental, melhorar a distribuição de renda, diminuir os índices de violência e de corrupção, influenciar o poder público para ampliar o acesso a seus serviços, estabelecer ações afirmativas em relação ao trabalho e gênero entre outras ações em prol do desenvolvimento.

Segundo Hartmann (1998), as ações afirmativas assumiram diferentes contextos como ações voluntárias, de caráter obrigatório, ou uma estratégia mista; programas governamentais ou privados; leis e orientações a partir de decisões jurídicas ou agências de fomento e regulação. Ainda segundo Hartmann (1998), seu público variou de acordo com as situações existentes e abrangeu grupos como minorias étnicas, raciais e mulheres nas principais áreas como o mercado de trabalho com a contratação, qualificação e promoção de funcionários; o sistema educacional, especialmente o ensino superior; e a representação política.

Se meninas e rapazes frequentam a escola, se em alguns níveis elas são mais numerosas que eles, como entender a segmentação de gênero nas carreiras, e a formação de os guetos de trabalho femininos e masculinos? Se cada vez mais elas entram em novas atividades profissionais, porque se reproduz a mesma divisão sexual e a hierarquização salarial nas novas carreiras, questiona Blay (2002). Questões que se mantém atuais como debatido anteriormente.

Ainda segundo Blay (2002), estudos realizados na Comunidade Européia mostravam que, no quesito gênero, alguns países que a compõem eram mais igualitários que outros, porque adotaram políticas afirmativas igualitárias para a formação escolar e para criar, posteriormente, igualdade de oportunidades apontando um caminho, que já é adotado no Brasil, há alguns anos, como a inclusão nos currículos da temática gênero, e estímulo as empresas para desenvolver ações afirmativas de gênero, nas que precisam ser ampliadas.

1.1 JUSTIFICATIVA

Conforme documento da Rede Nacional Feminista de Saúde (2002) a assistência à saúde no Brasil sempre se concentrou nas ações curativas que geram mais lucro e transformam a saúde em mercadoria. As práticas de promoção e prevenção da saúde que não geram lucros ainda são recentes e, ficaram sob a responsabilidade do Estado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e, praticamente, representa o único recurso para a população mais pobre.

Mas a prática desse modelo compartimentalizado, ainda segundo a Rede Nacional Feminista de Saúde (2002) já demonstrou não ser capaz de resolver a maioria dos problemas da população e, em particular, das mulheres. Muitas adoecem e morrem por causas facilmente evitáveis. Outras, morrem por falta de acesso à assistência especializada, restrita apenas a uma parcela da população.

Embora a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras seja objeto de legislação que se relaciona com questões de conforto e da manutenção da saúde, é necessário e importante identificar se existem ações preventivas e principalmente, conhecer as condições e situação de vida desses homens e mulheres, com visão nos critérios socioeconômicos, de segurança, saúde e, qualidade de vida.

Nesse contexto, são fundamentais investigações que busquem captar as disparidades em razão do sexo e dos avanços alcançados a partir de ações concretas .

Assim este estudo que se enquadra na área de Saúde do Trabalho e dos Distúrbios da Comunicação, buscará responder as seguintes questões de pesquisa: Qual o perfil de saúde laboral de trabalhadoras em indústrias paranaenses? Como estas trabalhadoras percebem e cuidam de sua saúde laboral? Como as indústrias tratam dos aspectos de promoção da saúde auditiva? Como as indústrias do Programa Nós Podemos Paraná desenvolvem ações afirmativas específicas com vistas à promoção de saúde das mulheres trabalhadoras?

Portanto o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil social, de saúde laboral e auditiva, bem como as ações afirmativas para a saúde da mulher em indústrias paranaenses que aderiram ao Programa Nós Podemos Paraná.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar o perfil social e de saúde laboral e auditiva de trabalhadoras em indústrias do Paraná e ações afirmativas das empresas para a saúde das mulheres.

1.2.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil socioeconômico de trabalhadoras em indústrias do Paraná.
- Traçar o perfil de saúde laboral e auditiva das trabalhadoras.
- Descrever as ações de saúde adotadas pelas indústrias; identificando as especificidades de gênero.
- Analisar as ações afirmativas de saúde para mulheres trabalhadoras, incluindo ações de saúde auditiva, em indústrias do Estado do Paraná.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 TRABALHO, SAÚDE E GÊNERO

2.1.1 Breve histórico da formação da saúde do trabalhador

As questões referentes à saúde e trabalho, se apresentaram como um tema de preocupação pública desde meados do século XIX, quando o adoecimento nos processos de produção aparecem ainda nas etapas iniciais da industrialização, diferentemente no Brasil onde a industrialização ocorreu um século depois. Deste modo, nos países industrializados, o Estado passa a assumir as funções de regulamentação e intervenção dos temas relativos à promoção e prevenção da saúde e segurança dos trabalhadores, com o objetivo de eliminar os obstáculos ao desenvolvimento econômico (OLIVEIRA, 2001).

A história do desgaste do trabalhador caminha junto com a evolução do capitalismo. Esse modelo de produção se baseia na lei da mais valia e a competição por mercado de consumo, sendo que este último é de grande interesse para o estudo da exploração operária, já que traz incluso problemas relativos a cargas excessivas de trabalho, salários menores e maior exposição aos fatores de risco (BONCIANI, 1996).

Ainda segundo Bonciani (1996), as inter-relações entre trabalho e saúde são conhecidas desde a antiguidade, sendo possível detectar algumas referências desde os papiros egípcios e no mundo greco-romano. Nesta época, existia um desinteresse no assunto, já que os trabalhos mais pesados ou de maior risco eram destinados a escravos oriundos de nações subjugadas.

Os primeiros estudos a respeito da relação entre trabalho e saúde são atribuídos a Ramazzini, que em 1633 estabeleceu alguns dos princípios básicos do conceito de medicina social como por exemplo, a necessidade do estudo da ligação entre o estado de saúde de uma dada população e suas condições de vida (BONCIANI, 1996).

A Revolução Industrial ocorrida na Inglaterra, na primeira metade do século XIX levou o trabalhador a se submeter a precárias condições de trabalho, jornadas extensas, acidentes de trabalho, submissão ao trabalho insalubre e perigoso. Neste contexto, a presença da figura do médico no interior da fábrica se apresenta como um meio principalmente de possibilitar a recuperação do trabalhador o mais rápido

possível para o retorno ao trabalho, num momento em que a força de trabalho era necessária à industrialização. Desta forma o surgimento da Medicina do Trabalho, centrada na atuação médica se mantém até os dias atuais, dentro de um enfoque biologicista e individual, buscando a causa das doenças e acidentes de trabalho com uma abordagem unicausal (OLIVEIRA, 2001).

A Revolução Industrial foi um movimento que impôs grandes mudanças no modo de produção, passou-se da manufatura para a maquinofatura e depois, para a máquina, o que consequentemente, afetou em muitos aspectos a vida e a saúde dos trabalhadores. As condições de trabalho na época eram precárias, o ambiente inadequado, as jornadas muito longas, os salários baixos e cada empregadora tinha as suas próprias regras, não existindo nenhuma norma governamental que interferisse ou regulasse essa atividade. Dessa forma, toda a sorte de acidentes graves, mutilantes e fatais, atingiam os trabalhadores incluindo crianças e mulheres. Entre eles são descritos danos à saúde de difícil caracterização objetiva e rigorosamente médica, mas de inconfundível ligação com o trabalho, como por exemplo a fadiga, o envelhecimento precoce, o desgaste e alterações do comportamento (BONCIANI, 1996).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho – OIT (2000), o aumento das estatísticas de indivíduos portadores de doenças profissionais, criou a necessidade da realização de um fórum para a troca de experiências e harmonização de conceitos e critérios para uma medicina do trabalho. Surge então, a ideia de se criar eventos internacionais relacionados à patologia do trabalho, resultando na realização do I Congresso Internacional de Doenças do Trabalho, na cidade de Milão, em 1906. Este evento levou à criação de uma Comissão Permanente Internacional de Saúde Ocupacional, cuja tarefa principal seria organizar um congresso internacional a cada três anos.

O II Congresso Internacional, realizado em Bruxelas, em 1910, destacou em sua agenda a questão da equiparação de acidentes do trabalho e doenças profissionais para fins legais. Alguns participantes foram designados pela Comissão Permanente Internacional de Saúde Ocupacional, para elaborarem uma tabela das doenças profissionais (OIT, 2000).

A eclosão e o desenvolvimento da I Grande Guerra postergaram estas providências, mas com o Tratado de Versalhes e a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919, o tema da lista de doenças profissionais reapareceu.

Em 1925, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), elaborou sua primeira lista contendo três doenças: saturnismo, hidrargirismo e carbúnculo.

Em 1953, através da recomendação 97 sobre "Proteção da Saúde dos Trabalhadores", a Conferência Internacional do Trabalho instava aos estados Membros da OIT que fomentassem a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização de "Serviços de Medicina do Trabalho". Em 1954, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) convocou um grupo de especialistas para estudar as diretrizes gerais da organização de "Serviços Médicos do Trabalho". Dois anos mais tarde, o Conselho de Administração da OIT, ao inscrever o tema na ordem-do-dia da Conferência Internacional do Trabalho em 1958, substituiu a denominação "Serviços Médicos do Trabalho" por "Serviços de Medicina do Trabalho" (MENDES; DIAS, 1991).

Segundo Mendes e Dias (1991), considerando as etapas de formação do campo da saúde dos trabalhadores, a Saúde Ocupacional começa a se delinear enquanto campo de atuação a partir do contexto econômico e político da II Guerra e do Pós-Guerra, onde o custo provocado pela perda de vidas abruptamente por acidentes de trabalho ou por doenças do trabalho, começou a ser sentido tanto por empregadores, como pelas companhias de seguro, devida as pesadas indenizações. A Saúde Ocupacional, utiliza o enfoque da higiene industrial, buscando através da atuação multiprofissional (médicos, engenheiros, toxicologistas, assistentes sociais, etc.) intervir nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais, refletindo assim, a influência das Escolas de Saúde Pública principalmente dos Estados Unidos.

No Brasil, a adoção e o desenvolvimento da Saúde Ocupacional deram-se tardiamente, reproduzindo o processo ocorrido nos países do Primeiro Mundo. O modelo Saúde Ocupacional não conseguiu atingir os seus objetivos, pois manteve o referencial da Medicina do Trabalho, não atingindo a interdisciplinariedade e as medidas para propiciar a saúde no trabalho, de forma mais ampla (OLIVEIRA, 2001).

No início da vida republicana brasileira e na primeira quadra do século XX, a posição do Brasil na divisão internacional do trabalho é tipicamente a de economia agroexportadora, fortemente baseada na cafeicultura e, com os capitais gerados pela exportação do café, inicia-se o primeiro ciclo de industrialização do país, em particular na região sudeste. Surgindo, então, a preocupação com a patologia do

trabalho, principalmente em relação a doenças como a cólera, a peste e a febre amarela (VIDAL; SILVANY, 2009).

Segundo Vidal e Silvany (2009), no início do século, no Brasil, começa a ficar claro que não bastam medidas de higiene, as boas intenções dos sanitaristas e as precárias medidas de intervenção nos locais de trabalho tomadas pela saúde pública. O movimento social volta-se, então, às condições de trabalho (duração da jornada, idade mínima, trabalho noturno, repouso remunerado, trabalho de menores e mulheres) e aos ambientes de trabalho, chamando a atenção para o impacto desta "revolução industrial" sobre a saúde e a vida dos trabalhadores. Sob a influência direta das imigrações e como reflexo dos movimentos sindicais europeus, as lideranças ideológicas conseguem mobilizar a classe operária na grande questão social. Inicia-se a etapa denominada Saúde do Trabalhador.

Surge então, como uma forma diferente de analisar as questões ao trabalho-saúde/doença, alguns autores da Medicina Social Latino-americana, entre eles, Laurell e Noriega (1989) que conceituam o trabalho a partir da concepção de processo de trabalho, que se inscreveria nas relações sociais de produção. Assim, além das consequências mais visíveis do trabalho sobre a saúde, ou seja, agentes nocivos de natureza química, física, ente outros, procura também entender a nocividade do trabalho com suas implicações a nível bio-psíquico (OLIVEIRA, 2001).

A Saúde do Trabalhador tem então suas origens na medicina social latino-americana e na saúde coletiva. Apresenta como premissa básica, o enfoque na relação saúde/trabalho, compreendendo o processo de adoecimento dos trabalhadores, através do estudo dos processos de trabalho. Articula as questões sócio-políticas e econômicas, de forma a se estabelecer o nexo biopsíquico das coletividades nas sociedades capitalistas industriais (LAURELL; NORIEGA, 1989).

As experiências de promoção da saúde têm conduzido a uma crítica da prática médica convencional que prioriza ações curativas em detrimento de medidas de caráter preventivo. Embora reconhecendo os enormes benefícios que a medicina moderna trouxe para a saúde dos povos, alguns de seus pressupostos têm sido reavaliados, como por exemplo, a abordagem do corpo humano de forma compartilhada. A lógica do diagnóstico que prevalece na prática médica dominante dificulta a identificação das causas das doenças, que nunca são exclusivamente biológicas ou fisiológicas, mas também dependem de fatores socioeconômicos, ambientais, culturais e psicológicos (INSTITUTO ETHOS, 2000).

Como consequência desse processo de mudanças que vem se conformando, desde o final da década de 60, os trabalhadores começam a explicitar sua desconfiança em relação aos profissionais da Saúde Ocupacional, como procedimentos adotados, principalmente no que diz respeito aos exames médicos admissionais e periódicos. Os limites de tolerância que permearam durante muito tempo a Saúde Ocupacional são questionados a partir de estudos que comprovam que não existe a exposição segura, enquanto proteção à saúde dos trabalhadores. As investigações em Saúde do Trabalhador, buscam superar o enfoque individualizante da doença centrada no trabalhador e no seu ambiente de trabalho, tal como a Medicina do Trabalho (OLIVEIRA, 2001).

As condições de trabalho, saúde e vida dos trabalhadores vêm sendo afetadas pela exigência crescente da produtividade, pelo aumento da competitividade gerada por um mundo cada vez mais globalizado. Este processo afeta homens e mulheres de forma desigual. A iniquidade social entre os sexos se reflete no quadro de saúde de homens e mulheres (VIDAL; SILVANY, 2009).

Em cada momento histórico apareceram concepções distintas sobre as "causas" e sobre os "estratos" epidemiológicos. Além do problema genérico das restrições que a aplicação exclusiva da categoria "causa" impõe ao princípio de determinação, produz-se uma limitação empirista quando se tomam as causas e estratos de modo isolado (BREILH, 1991).

Segundo Rigotto *apud* Gonçalves (2009), o trabalho, organizador da vida social, torna-se "o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital mas, igualmente espaço de resistência, às quais o capital responde com o aperfeiçoamento da exploração e dominação.

Breilh (1991) enfatiza que o objetivo primordial da medicina científica foi descobrir agentes causais únicos e investigar os motivos biológicos que tornavam certos indivíduos suscetíveis. As classes de população para esta medicina eram: grupos por sexo, por idade, por raça, etc. Os movimentos de trabalhadores que lutavam por melhores condições sanitárias pediam proteção contra "os agentes" que determinavam seus males, que afetavam crianças ou adultos, mulheres ou homens, etc.

Uma leitura epidemiológica da história contemporânea mostra-nos como a vida humana se constrói "entre fogo cruzado". A qualidade de vida e a saúde se fabricam, em termos globais, em meio a uma luta permanente entre o interesse

privado e a necessidade coletiva ou, para colocar em termos mais atuais, entre as urgências de expansão econômica e política dos grandes empresários e as necessidades da gente comum de construir um mundo solidário e protetor (MIÑO; MUÑOZ, 2009).

2.1.2 Sobre trabalho e gênero

Pensar cidadania feminina exige reflexão sobre os papéis desempenhados nas relações sociais entre homens e mulheres, as chamadas relações de gênero. É comum afirmar que as diferenças biológicas entre os sexos determinam as características que tornam os homens "masculinos" e as mulheres "femininas". Nesse caso, por serem "naturais", tais características são consideradas fixas e imutáveis. Assim as mulheres nascem, vivem e morrem em situação de desigualdade em relação aos homens (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Na sua maioria, as tentativas dos historiadores de teorizar sobre gênero não fugiram dos quadros tradicionais das ciências sociais: utilizaram as formulações antigas que propõem explicações causais universais. Estas teorias tiveram, no melhor dos casos, um caráter limitado porque elas tendem a incluir generalizações redutoras ou simples demais: estas minam não só o sentido da complexidade da causalidade social tal qual proposta pela história como disciplina, mas também o engajamento feminista na elaboração de análises que levam à mudança (SCOTT, 1989).

Para a autora o uso recente mais simples, “gênero” é sinônimo de “mulheres”. Livros e artigos de todo o tipo, que tinham como tema a história das mulheres substituíram durante os anos nos seus títulos o termo de “mulheres” pelo termo de “gênero” e, nessas circunstâncias, o uso do termo “gênero” visa indicar a erudição e a seriedade de um trabalho porque “gênero” tem uma conotação mais objetiva e neutra do que “mulheres”.

Costa, Barroso e Sarti (1985) apontam para dois momentos/movimentos: o primeiro direcionado à problemática da mulher, que mantinha, em grande proporção, relação intrínseca com o movimento feminista; e o segundo, sob a perspectiva da inclusão, expandiu-se para a relação entre homens e mulheres em busca de compreensão sobre como se constroem as relações de gênero.

Giddens (2005) destaca que as diferenças sociais entre homens e mulheres despertam o interesse sociológico porque estão intimamente relacionadas às

desigualdades e às relações de poder em uma sociedade. Na Sociologia há três formas de interpretação das desigualdades e diferenças entre os gêneros que são mais abrangentes. A primeira delas é composta por autores que sustentam que as diferenças biológicas (cromossomos, hormônios, tamanho cerebral, herança genética) são determinantes das diferenças comportamentais entre homens e mulheres. Ou seja, essas diferenças são verificadas em todas as sociedades, e que, por isso, os fatores naturais são responsáveis pelas desigualdades entre os gêneros, negando, portanto, a importância dos processos de interação social.

Ainda segundo Giddens (2005) a segunda abordagem é guiada pela socialização de gênero que interpreta as desigualdes entre homens e mulheres como decorrente da socialização de papéis diferentes. Assim, no contato com organismos sociais (família, escola, igreja) é que as crianças aprendem a agir de acordo com as expectativas relacionadas ao seu sexo biológico, sem considerar, entretanto, que os indivíduos podem rejeitar ou modificar os papéis sociais de gênero.

A terceira abordagem coloca que, assim como o gênero, o sexo também é construído socialmente, ou seja, o corpo humano e a biologia estão sujeitos às escolhas pessoais e ao agenciamento humano. De acordo com os ideais de masculinidade e feminilidade, homens e mulheres serão encorajados a cultivar uma imagem específica do corpo e um determinado conjunto gestual (GIDDENS, 2005).

Grisci, Pivetta e Gomes (2008) afirmam que ao articular gênero e trabalho, verifica-se, em muitos estudos, uma relação intrínseca entre a dinâmica de trabalho e as práticas sociais exercidas por homens e mulheres confirmando que as mulheres tendem a buscar, no mercado de trabalho, ocupações marcadas pela representação de ocupações femininas que ao mesmo tempo lhes possibilitem integrar atividade doméstica e atividade assalariada.

Os lugares ocupados pelas mulheres no mundo do trabalho ainda são de forte desigualdade. Exemplo disto é a presença massiva desta população na economia informal, ou mesmo no trabalho em domicílio, além do acúmulo de tarefas com a dupla jornada, devido à necessidade de conciliar o trabalho remunerado com o trabalho doméstico e o cuidado com crianças, idosos e doentes. Recebem os salários mais baixos, mesmo quando o seu grau de escolaridade é mais alto que o dos homens e têm dificuldade de oportunidade para a ascensão profissional, qualificação, formação

política e profissional. Tais questões se acentuam ainda mais, quando se trata das mulheres negras (INSTITUTO ETHOS, 2000).

A definição da área de Saúde do Trabalhador implica, em primeiro lugar, o estudo e a atuação prática referentes às múltiplas situações que afetam as condições de saúde dos trabalhadores e, que são produzidas pelas condições e processos de produção. Homens e mulheres são afetados por situações diferenciadas nos processos produtivos e, portanto, a questão de gênero deve ser vista como um elemento fundamental na elaboração do marco teórico e metodológico dessa área de conhecimento. Se o trabalhador brasileiro está exposto a um quadro sanitário perverso no seu ambiente de trabalho, às mulheres não estão reservadas a locações particularmente saudáveis e isentas de risco à sua saúde (BRITO; D'ACRI, 1991).

Segundo Grisci, Pivetta e Gomes (2008) os modos de perceber e agir a respeito dos riscos no trabalho, desde a perspectiva “generificada” dos trabalhadores e trabalhadoras e do próprio trabalho, devem, outrossim, permitir buscar diferenciações que, entrelaçadas em diferentes categorias, ressaltam possibilidades à necessidade de pluralizar os próprios conceitos. A necessidade do alargamento do conceito de risco se faz presente, visto que o entendimento da noção da saúde extrapola as concepções biologicistas sobre a mesma.

A relação saúde-trabalho vem sendo abordada nos estudos de diferentes aspectos. A relação positiva entre trabalho e saúde indica que os trabalhadores tendem a apresentar melhores condições de saúde que a população em geral, que inclui desempregados, aposentados e inválidos (CARPENTER, 1990). Os desempregados, por exemplo, apresentam piores condições de saúde, maiores taxas de mortalidade e maiores prevalências de sintomas psiquiátricos, hipertensão arterial e hábitos nocivos de vida, como consumo de bebida alcoólica e cigarro. Diferenciais de saúde também são identificados entre as pessoas ocupadas, de acordo com o nível de inserção no processo produtivo, com os trabalhadores menos qualificados apresentando, geralmente, pior situação de saúde. Mas essas questões têm sido intensamente investigadas entre adultos jovens do sexo masculino (ARBER, 1996).

A discussão acerca da relação saúde, trabalho e gênero é escassa. Estudos recentes têm apontado associações positivas entre a pior condição de saúde e a dupla carga de trabalho entre mulheres, indicando a necessidade de se considerar

as especificidades do trabalho feminino, suas exigências e repercussões na saúde (SANTANA; LOOMIS; NEWMAN, 2001).

A divisão sexual do trabalho está inserida na divisão sexual da sociedade com uma evidente articulação entre trabalho de produção e reprodução. E a explicação pelo biológico legitima esta articulação. O mundo da casa, o mundo privado é o lugar da mulher, por excelência na sociedade e a entrada na esfera pública, seja através do trabalho ou de outro tipo de prática social e política, será marcada por este conjunto de representações do feminino (BRITO; OLIVEIRA, 1999 *apud* CARLOTO, 2006).

> Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre macho e o castrado que qualificam de feminino (BEAUVOIR, 1967 *apud* MELO; CONSIDERA; SABBATO, 2013).

Segundo Melo, Considera e Sabbato (2013), quando Simone de Beauvoir faz essa observação logo no princípio do seu clássico *O Segundo Sexo: a experiência vivida,* ela deixa claro que as diferenças entre homens e mulheres são socialmente construídas e não uma simples questão biológica. Para a autora, ninguém nasce mulher, é preciso uma educação condicionante para se tornar um ser socialmente feminino. Torna-se mulher, aprende-se a ser mulher e não é a natureza que o faz, mas sim a sociedade que elabora o conceito do feminino e do masculino e o impõe como algo natural, biologicamente determinado. Por ser uma questão sociocultural, que o padrão feminino não segue um modelo universal, ou seja, as diferenças e semelhanças entre homens e mulheres adotam condições distintas que mudam para cada sociedade.

Ainda segundo Melo (2013), os padrões de feminino e masculino não seguem uma lógica única determinada biologicamente, pois o que a antropóloga encontrou em sua pesquisa foram padrões distintos de comportamentos femininos e masculinos dos naturalizados nas sociedades ocidentais, contrariando a premissa de que homens e mulheres são naturalmente separados por características biológicas que se refletem socialmente, homens e mulheres têm seus comportamentos condicionados culturalmente.

O desafio da "busca da equidade", exige de nós, afinal, que concretizemos os âmbitos onde se deve lutar pela equidade. Os objetos de transformação em torno dos quais devemos tecer a unidade dos nossos esforços poderiam ser:

- humanização no trabalho, defesa e promoção da saúde das populações trabalhadoras;
- defesa de condições estáveis e benéficas de consumo, segurança humana integral, a garantia de alimentos e a segurança social, direitos humanos que não devem ser dependentes da capacidade econômica, e também a humanização e elevação da qualidade dos serviços e dos programas de saúde;
- desenvolvimento e proteção ecológica, incluindo o aprofundamento de estudos toxicológicos e de biomarcadores dos efeitos da poluição em relação com os padrões de reprodução social e a suscetibilidade genofenotípica das populações urbanas e rurais;
- proteção e promoção de populações sobrecarregadas – epidemiologia dos problemas de gênero – ou das especialmente desprotegidas em nosso sistema social – terceira idade, juventude, infância (BREILH, 1995).

Melo, Considera e Sabbato (2013) relatam que o trabalho da mulher na sociedade burguesa é desvalorizado, pois está associado a um trabalho dado a ela pela própria natureza, como algo biologicamente delineado, e, portanto natural. Essa cultura patriarcal condicionou a mulher aos trabalhos domésticos e aos cuidados com os filhos, sendo assim um trabalho reprodutivo. Tal cultura fez com que a mulher fosse a responsável pela educação e por todos os cuidados com as crianças como que por designo da própria natureza, a ela coubesse apenas essa função. Então quando ela transpõe essa realidade encontra obstáculos ao se deparar com a desvalorização da sua força de trabalho no âmbito da sociedade capitalista.

As desvantagens sociais que gozavam os elementos do sexo feminino permitiam à sociedade capitalista em formação arrancar das mulheres o máximo de mais-valia absoluta através, simultaneamente, da intensificação do trabalho, da extensão da jornada de trabalho e de salários mais baixos que os masculinos (SAFFIOTI, 2002).

Um dos fatores que condiciona a saúde da mulher é a sua posição no processo de produção – o posto de trabalho que ocupa. Essa abordagem inscreve-

se no entendimento de que os perfis de morbimortalidade são determinados pela relação capital/trabalho, segundo as diferentes classes sociais e suas frações, bem como em função do sexo da força de trabalho (BRITO; D'ACRI,1991).

Como diz Kergoat (1982):

> A organização técnica e social do trabalho varia segundo se trate de uma fábrica de homens ou de uma fábrica de mulheres e, mais do que isso, as relações de força capital/trabalho não são as mesmas, segundo o trabalho se conjugue no feminino ou masculino.

Se em seu estabelecimento, a sociedade capitalista explorava a mulher, atualmente ela não faz diferente. Segundo dados do IBGE de 2012, a mulher brasileira representa 63,9% da população ocupada entre 25 e 49 anos, porém 14,5% dessas mulheres ocupam-se exclusivamente dos trabalhos domésticos contra apenas 0,7% dos homens. Contudo 94,85% das mulheres exercem dupla jornada, pois além de trabalhar fora de casa ainda ocupam-se dos trabalhos domésticos e dos cuidados com os filhos, contra somente 5,2% dos homens como lembra-nos Hirata (2002). Ainda conforme Hirata (2002), as desigualdades dos salários, das condições de trabalho e da saúde não foram significativamente reduzidas com o crescimento do emprego assalariado das mulheres, e a divisão do trabalho doméstico não mudou de fato, apesar das responsabilidades crescentes assumidas, pelo menos por algumas dessas mulheres, no campo do trabalho profissional.

Em 2011, as mulheres eram maioria na população de 10 anos ou mais de idade (PIA), cerca de (53,7%). Contudo, eram minoria (45,4%) na população ocupada (PO). Essa estrutura distributiva reflete-se no nível de ocupação, relação que mostra o contingente de ocupados em relação ao total da PIA. Para as mulheres, esse indicador foi de 40,5% em 2003 passando para 45,3% em 2011 (IBGE, 2012).

Entre os homens, esse percentual era de 60,8%, passando para 63,4%. A partir dessa evolução, percebe-se o maior crescimento do nível de ocupação das mulheres, vis à vis ao dos homens, ainda que em patamar bem inferior ao dos homens (IBGE, 2012).

A presença feminina também era majoritária na população desocupada (PD) e na população não economicamente ativa (PNEA), como mostrado nos gráficos a seguir. Em média, elas totalizavam 11,0 milhões de pessoas na força de trabalho,

sendo, 10,2 milhões ocupadas e 825 mil desocupadas. Na inatividade, o contingente feminino era de 11,5 milhões de pessoas. Na comparação com 2003, o crescimento da participação das mulheres na população economicamente ativa (PEA) foi de 1,8 ponto percentual (de 44,4% para 46,1%), No mesmo período, a proporção de mulheres na população desocupada e na população ocupada tiveram elevação de, respectivamente, 3,3 e 2,4 pontos percentuais (IBGE, 2012).

A divisão sexual do trabalho é uma constante na história das mulheres e homens. As explicações para tal fato, muitas vezes, se apoiaram num determinismo biológico, a partir do papel das mulheres na reprodução biológica, buscando naturalizar essa divisão. A questão que se coloca é que esta divisão é carregada de significados e de práticas, que mudam conforme os diferentes tipos de sociedades e seu momento histórico. Tem em comum o fato de que o trabalho das mulheres, na formação social capitalista, não ser tido apenas como diferente, mas como um trabalho que não recebe a mesma valorização e, consequente, remuneração atribuída ao trabalho masculino (DELGADO; CAPPELLIN; SOARES, 2000).

A mulher, nesse contexto, aparece não só como propriedade do capitalismo como também do homem/marido, e com o mesmo status das crianças. As altas taxas de mortalidade infantil, nesse período, são atribuídas principalmente ao fato de as mães trabalharem fora de casa, o que faz as crianças serem abandonadas e mal cuidadas. O fato das mulheres afastarem-se de seu lugar "natural" – o lar - é tido como uma degradação moral, ocasionada pela exploração capitalista. A presença predominante de mulheres e crianças no trabalho nas indústrias recém-mecanizadas é tida também como um determinante da quebra da resistência que o trabalhador masculino opunha ao despotismo do capital na manufatura (CARLOTO, 2006).

2.1.3 Expansão do trabalho feminino no Brasil

No Brasil, as transformações da economia contribuíram para aprofundar a crise local, que se acirrou na década de 90, cujos sintomas principais foram a perda de postos de trabalho na indústria, a perda da qualidade dos empregos e o aumento da informalidade (BRUSCHINI, 1987). E, para as mulheres, houve transformações importantes: aumento acentuado da participação feminina no mercado de trabalho, principalmente nas regiões urbanas e a permanência da atividade feminina neste mercado, ou seja, apesar da crise que marcou os anos 80, as mulheres se

mantiveram no mercado de trabalho. Mas como observa Hirata (1997), o forte aumento da taxa de atividade feminina no Brasil coincide com o importante aumento da precariedade do emprego no mesmo período.

Ocorreram também modificações importantes no nível organizacional do capital, de um lado, e, de outro, reformulação nas práticas ocupacionais das mulheres. Lobo (1991) mostra que este contexto foi influenciado por dois tipos de fatores: os fatores econômicos que influenciam a posição das mulheres na hierarquia da produção e os não-econômicos, que operam de forma autônoma, as práticas das mulheres nas famílias, suas práticas com relação ao trabalho e aos empregos. Os fatores econômicos implicam basicamente, modificações no processo de trabalho, em que a desqualificação e fragmentação de tarefas coincidem com a expansão do emprego feminino.

No caso brasileiro, o crescimento da oferta de emprego feminino desde os anos 1970, se deu pela expansão de ramos industriais que tradicionalmente empregam mulheres, coincidindo com uma relativa escassez de mão de obra nos centros onde a expansão era mais acelerada como no caso de São Paulo. Ao mesmo tempo observa-se a degradação do salário mínimo e a consequente reformulação das estratégias de sobrevivência familiar: mulheres e menores integram-se ao mercado de trabalho industrial (LOBO, 1991).

Alguns fatores, segundo Carloto (2006), que contribuíram também para a expansão do trabalho feminino e sua permanência, foram: 1) a necessidade econômica que se intensificou com a deterioração dos salários dos trabalhadores e que obrigou as mulheres a buscar uma complementação para a renda familiar, sendo que não só as mais pobres entraram no mercado de trabalho, mas também as mais instruídas e das camadas médias; 2) a crescente urbanização, trazendo milhares de pessoas do campo para a cidade e o ritmo acelerado de industrialização favorável à incorporação de novos trabalhadores, incluindo os do sexo feminino; 3) as mudanças nos padrões de comportamento e nos valores relativos ao papel social da mulher para as quais contribuíram os movimentos feministas e a presença feminina cada vez mais atuante nos espaços públicos, facilitando a oferta de trabalhadoras; 4) a queda da fecundidade que reduziu o número de filhos por mulher, sobretudo nas cidades, facilitados pelo acesso a métodos como pílula e laqueadura, liberando a mulher para o trabalho fora de casa; e por fim a expansão da escolaridade e acesso das mulheres às universidades.

Outro elemento importante para explicar a permanência das mulheres no mercado de trabalho é a divisão sexual do trabalho que manteve a concentração das trabalhadoras em guetos ocupacionais que se expandiram apesar da crise econômica, como é o caso do setor terciário, e dentro dele a prestação de serviços, onde se encontram alguns dos empregos de mais baixo prestigio e remuneração (CARLOTO, 2006).

Segundo o setor de atividade, as mulheres estão concentradas na prestação de serviços, no setor social, na agricultura, no comércio e na indústria. Outro setor em expansão, marcado pela presença de mulheres foi o emprego público, incluindo atividades de ensino, saúde e previdência (CARLOTO, 2006).

Essas ocupações tidas como "trabalhos de mulher" são consideradas de menor prestígio, com salários inferiores aos dos homens, refletindo a condição de gênero. É importante mostrar que a cor/raça, quando associada ao sexo, é a que mais interfere na determinação de desigualdades sociais. Trabalhadores pretos e pardos ganham em média, menos que os homens brancos e mulheres brancas, mas são as trabalhadoras não-brancas as mais discriminadas de todos os grupos em todas as regiões do país (CARLOTO, 2006).

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), no Portal Planalto informa em 2013 que segundo a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) o nível de desemprego com carteira assinada para as mulheres cresceu 5,93% em relação a 2012. Já no Cadastro-Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), a relação dos salários entre homens e mulheres passou para 85,97%, com um crescimento de 4,94% no salário das mulheres contra 4,74% aos homens (BRASIL, MTE. 2013).

Em 2010, a disponibilização de empregos femininos no Brasil era de 18,3 milhões de postos de trabalho, já em 2011 essa oferta alcançou 19,4 milhões, um crescimento de 5,93%. O estoque de empregos masculino cresceu no período, 4,49% passando de 25,7 milhões de postos em 2010 para 26,9 em 2011 (BRASIL, 2013).

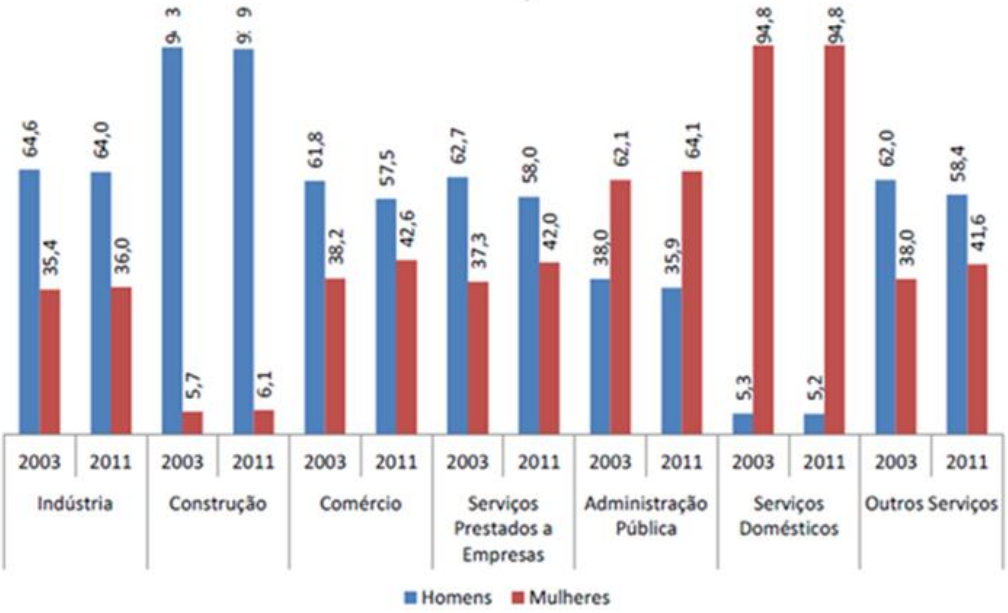
Ainda segundo o Ministério do Trabalho e Emprego – MTE (2013), uma análise no Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) demonstra um crescimento da participação das mulheres principalmente nas atividades do setor público com 210.612 empregos, no setor de restaurantes com 54.398, em atividades de atendimento hospitalar com 51.410, limpeza em prédios e em domicílios, 50.214 e, comércio varejista especializado na linha branca com 44.767. Até no setor de

transporte rodoviário de carga, atividade tradicionalmente masculina, houve crescimento no saldo de emprego de mulheres, 11.768 postos de trabalho.

Outro setor onde a participação da mulher evoluiu no período de 2010 a 2013 foi na construção civil, principalmente em atividades como construção de estações e redes de telecomunicações, onde a participação feminina passou de 12,96% em 2010 para 13,68% em 2011; perfuração e construção de poços de água passou de 11,75% para 12,31%; e na montagem e instalação ode equipamentos de iluminação e sinalização em vias públicas, aeroportos e postos onde a participação feminina passou de 14,14% em 2010 para 14,36% em 2011.

O gráfico abaixo demonstra a participação da mulher nos diversos setores comparando o crescimento entre os anos de 2003 e 2011:

GRÁFICO 1 - PARTICIPAÇÃO NA POPULAÇÃO OCUPADA, POR GRUPAMENTOS DE ATIVIDADE, SEGUNDO O SEXO (%) – (2003 E 2011)[1]



FONTE: IBGE (2012)
(1) Média das estimativas mensais.

Outro fenômeno relevante diagnosticado foi o aumento da proporção de domicílios chefiados por mulheres entre 1992 a 2002, onde em 1993 os indicadores demonstram que as mulheres comandavam cerca de 22,3% do total de residências do país. Já em 2002, as mulheres, eram responsáveis por mais de 1/4 do total destas residências. Bruschini, Lombardi e Umbehaum (2006) colocam que a educação tem ganhado destaque como fator desencadeante do avanço da mulher no mercado de trabalho.

As mulheres costumam ser vistas – e percebem a si mesmas – como principais responsáveis pelos cuidados com a higiene, alimentação e saúde dos demais membros da família e da comunidade, o que muitas vezes torna secundários os cuidados consigo mesma. Na reflexão acerca do aumento do trabalho feminino, é imprescindível lançar um olhar sobre as mudanças demográficas, culturais e sociais que marcaram o Brasil nas últimas décadas do século XX. Bruschini, Lombardi e Umbehaun (2006), salientam que:

> As trabalhadoras que até o final dos anos 70 em sua maioria eram jovens, solteiras e sem filhos, passaram a ser mais velhas, casadas e mães. Em 2002 a alta de atividade feminina, superior a 70%, é encontrada entre mulheres de 30 a 39 anos, e 67% daquelas de 40 a 49 anos também são ativas (FCC, 1998, Série Mulheres, Trabalho e Família). Não por acaso, mulheres que ocupam, nas famílias brasileiras, a posição de cônjuge, foram aquelas cujas taxas de atividade mais cresceram. Em 2002, mais de 55% delas eram ativas (FCC, 1998, Série Mulheres, Trabalho e Família). Apesar de tudo isso, muita coisa continua igual: elas seguem sendo as principais responsáveis pelas tarefas domésticas e pelos cuidados com os filhos e demais familiares, o que representa uma sobrecarga para as que também realizam atividades econômicas.

Conforme Brito e D'Acri (1991), podemos lembrar do Taylorismo e do Fordismo, como sistematizadores e divulgadores de princípios que orientam até hoje a sociedade industrial e, por serem apontados como inquestionáveis e científicos, dificultam a visualização dos conflitos nos processos de trabalho. Com o Taylorismo se estabelece a seleção das "pessoas certas para os postos certos", além de seu treinamento apropriado (ou reduzido). Com o Fordismo esse ideal é perseguido, com mais determinação, pelos princípios da "economia de pensamentos e movimentos" e da "decomposição" dos corpos quanto à sua funcionalidade, no aproveitamento das partes (muito) produtivas de deficientes, o que os tornaria mais precisos e rápidos. Essa fragmentação de atributos e de corpos, que só beneficia a produção, atinge claramente as identidades feminina e masculina.

A destreza feminina manual (precisão motriz, agilidade digital e clareza gestual), a monotonia e a atenção a vários sinais como controle auditivo, visual e tátil, entre outros exemplos, são exigências predominantes no trabalho feminino: doméstico ou assalariado. Entendê-las como competências naturais das mulheres é um passo certo para desvalorizar o trabalho feminino, para a manutenção de divisão sexual do trabalho e para mascarar o desgaste gerado nessas condições. Na indústria, a postura estática, a cadência elevada, as tarefas parceladas, exigindo grande resistência

nervosa, com duração limitada do ciclo de trabalho, utilização de pequeno número de músculos e pouca amplitude de movimentos, são constantemente encontradas nos postos de trabalho ocupados pelas mulheres (GIATTI; BARRETO, 2002).

Sem reconhecerem-se no grupo sexuado, as trabalhadoras convivem com a dificuldade de reconhecer problemas patogênicos que lhes são comuns, oriundos do processo de trabalho e das características biológicas. Distúrbios articulares (entre eles a tenossinovite) e visuais são correlacionados às tarefas repetitivas e estáticas reservadas às mulheres, com a manipulação rápida de instrumentos e excessiva demanda de visualização. O controle emocional das recepcionistas e das telefonistas tem sido identificado como geradores de ansiedade (WISNER, 1987). Várias ocupações femininas requerem o carregamento de pessoas e grandes esforços físicos, como, por exemplo, na enfermagem, no setor rural e o próprio trabalho doméstico. Sabe-se que, entre outros fatores prejudiciais à mulher grávida, o transporte de pesos, os esforços físicos dinâmicos e repetitivos e as vibrações podem causar partos prematuros e abortos. Há correlações entre distúrbios menstruais e a cadência elevada e vibrações. O ruído excessivo pode lesar o ouvido do feto. Além disso, uma série de agentes agressivos pode prejudicar o feto: o benzeno, o chumbo e o mercúrio são teratogênios. As radiações ionizantes podem, também, causar mal-formações em vários órgãos do corpo do feto e até a morte. Diversas substâncias químicas passam pelo leite materno e são ingeridas pelo bebê (BRITO; D'ACRI, 1991).

Atualmente são poucas as pesquisas sobre os novos paradigmas produtivos que incorporam sistematicamente a dimensão de gênero no mundo do trabalho. A reduzida presença da variável gênero nos estudos sobre a reestruturação produtiva em geral e os processos de inovação tecnológica de maneira particular já foram observados por vários autores (ABRAMO, 2000).

Rocha (2000) relata que pensar cidadania feminina exige reflexão sobre os papéis desempenhados nas relações sociais entre homens e mulheres, as chamadas relações de gênero.

Os atuais estudos sobre gênero não se permite homogeneizar os sujeitos, revelando novos e específicos olhares para a relação gênero/trabalho sendo homens e mulheres conduzidos/as a exercer determinados modos de sentir e interagir nas relações sociais, e que esses modos naturalizam as diferenças entre os sexos, negando, assim, seu caráter de construção social e histórica (SOUZA-LOBO, 1991).

2.2 A SAÚDE DAS MULHERES TRABALHADORAS

2.2.1 O resgate histórico das considerações sobre saúde da mulher trabalhadora

Como já citado anteriormente, o conceito de Saúde Ocupacional surgiu depois da II Guerra Mundial, com a incapacidade de a Medicina do Trabalho responder às problemáticas de saúde emergentes do processo de produção (Araújo e Oliveira, 2006). Nessa época os problemas de saúde das mulheres não eram vistos como relacionados com o trabalho, sendo enfocados apenas do ponto de vista da prevenção dos riscos à gravidez, reforçando a visão biológica e funcional sobre a mulher (OLIVEIRA, 1999).

Estudos voltados para o trabalho feminino só se desenvolveram a partir da década de 70, com a história das mulheres vinculada às concepções marxistas, privilegiando o trabalho fabril e as identificações da opressão masculina e capitalista sobre o sexo feminino. Inicialmente essas pesquisas tiveram como preocupação a visibilidade da mulher em contraposição à historiografia caracterizada como eminentemente masculina; apesar de relevante para o questionamento de certezas cristalizadas no meio acadêmico, esse formava um grupo homogêneo (MACHADO, 2003).

Nota-se que as políticas de incentivo à saúde da mulher representaram temáticas importantes em várias Conferências de Saúde, apesar da valorização da fase reprodutiva observada nas primeiras discussões (FREITAS *et al.*, 2009).

Em 1975, as Nações Unidas realizaram, no México, a I Conferência Mundial sobre a Mulher, onde foi instituída a Década da Mulher (1975-85). Em 1979, adotou-se a Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres - Cedaw, hoje ratificada por 166 países, inclusive o Brasil. O tema da igualdade e equidade entre os gêneros foi objeto de recomendações nas grandes conferências promovidas pelas Nações Unidas na década de 90 (UNIFEM, 2004).

Freitas *et al.* (2009) apontam a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 que estabeleceu em sua declaração a atenção à assistência materno-infantil como prioridade, com inclusão do planejamento familiar, relacionado não só a aspectos procriativos, mas abrangendo o conjunto de necessidades de uma família, tais como: saúde, educação, moradia e lazer. A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide em 1988, teve como tema central políticas públicas

voltadas para a saúde, como uma das áreas prioritárias, a saúde da mulher, com destaque a valorização da mulher trabalhadora e a igualdade de direitos na divisão do trabalho.

No início da década de 80, em um encontro internacional sobre Saúde Ocupacional da Mulher, trabalhadoras e pesquisadoras presentes constataram que nos 16 países de 6 continentes de onde elas vinham, a situação das mulheres trabalhadoras era muito parecida, estando estas restritas a poucas ocupações e expostas a precárias condições de trabalho (MESSING, 1992).

Nessa época persistia um desconhecimento generalizado sobre os efeitos do trabalho feminino sobre a saúde:

1.º Pela invisibilidade das atividades laborais das mulheres, já que até bem pouco tempo o conceito de trabalho estava restrito às atividades produtivas desenvolvidas nas indústrias, majoritariamente por homens;

2.º Pelo fato da mulher ser vista, na medicina moderna, essencialmente como mãe, orientou quase que toda a produção científica para os aspectos reprodutivos da saúde, privilegiando-se aqueles relativos à saúde do feto (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

Aquino, Menezes e Marinho (1995) apontam como resultado da combinação desses dois fenômenos, a quase totalidade de estudos, e todas as ações de saúde ocupacional concentrava-se em setores da economia onde a participação feminina era inexpressiva e, na maioria das vezes, as mulheres eram excluídas, sob alegação de que seu pequeno número tornaria os achados inconclusivos. Os estudos sobre a mulher trabalhadora restringiam-se aos efeitos nocivos do trabalho na reprodução, orientando toda a legislação de proteção à mulher que era vista sempre como potencialmente grávida.

A produção científica sobre os efeitos do trabalho sobre a saúde das mulheres persistia minoritária. Em pesquisa bibliográfica envolvendo todos os artigos indexados em saúde ocupacional, publicados de 1986 a 1993, apenas 27,4% mencionavam as palavras *women* ou *female* em qualquer dos campos, inclusive o resumo (RATTNER, 1993 *apud* AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995).

Com o processo de globalização, a integração econômica e o livre comércio nos anos 90, vai transformando de forma muito intensa a vida de trabalhadores e trabalhadoras, em decorrência das grandes diferenças sociais e de expectativas.

O não reconhecimento destas diferenças e a suposta neutralidade nestes processos estabelecem uma relação de discriminação que determina os critérios de acesso aos recursos, a disparidade entre os países, bem como entre homens e mulheres, expressando-se de forma muito distinta nos impactos deste novo contexto mundial (BRUSCHINI, 1987).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2000, as preocupações relativas às mulheres em matéria de Segurança e Saúde do Trabalho (SST), estão sobretudo associadas à sua função simultaneamente reprodutiva e econômica. Tradicionalmente, as mulheres e os homens têm assumido diferentes responsabilidades na vida doméstica. À medida que cada vez mais as mulheres ingressam no mercado de trabalho, podem desempenhar tarefas remuneradas e, paralelamente, continuar a efetuar trabalho não remunerado cuidando da família e realizando tarefas domésticas. Se juntarmos essas duas atividades, concluímos que as mulheres trabalham mais horas do que os homens. Os perigos e riscos específicos enfrentados pelas mulheres estão associados às condições de trabalhos dos setores econômicos nos quais trabalham.

Araújo e Oliveira (2006) citam Berlinguer, um dos raros médicos sanitaristas que pesquisou e refletiu sobre as diferentes questões da mulher no mundo do trabalho desde a Idade Média até a atualidade, evidenciou a dupla jornada de trabalho das mulheres e sua interferência no ritmo das tarefas como questões ligadas à qualificação profissional:

> A desqualificação, correspondente ao nível profissional efetivamente inferior da mulher, representa o resultado do condicionamento a uma situação social e psicológica à qual a mulher está sujeita e, sobre o plano social, a qualificação e o conhecimento profissional constituem fatores de segurança, não só para a manutenção do posto de trabalho, mas para a superação das situações de conflito que surgem para aqueles que desejam vencer no trabalho (BERLINGER, 1978 *apud* ARAÚJO; OLIVEIRA, 2006).

Biologicamente diferente do homem, a mulher ovula, menstrua, dá à luz, amamenta e entra na menopausa. Durante muito tempo ela foi vista somente como um ser reprodutor, merecendo atenção apenas na gravidez. Além dos aspectos biológicos, é imprescindível entendê-la sob a ótica da sua história cultural, social e econômica e de seu espaço de atuação na vida privada e pública. Apesar do progresso técnico-científico, vivemos ainda um contexto de desigualdades, marcado por uma

herança patriarcal de discriminação baseada fundamentalmente na subordinação feminina. A vida da maioria das mulheres continua assinalada pela falta de poder e informação sobre si mesma, pelo medo, pela dependência, pelas limitações e baixa autoestima. Isto se deve ser considerado na formulação de programas de atenção integrada à saúde da mulher (INSTITUTO ETHOS, 2000).

Segundo o Instituto Ethos (2000), a valorização da saúde da mulher e a compreensão de que manter mulheres saudáveis traz benefícios para o conjunto da sociedade são noções que têm se firmado em decorrência da luta contra as discriminações a que estava submetida a classe feminina. Desde a década de 60 e, de forma mais intensa, a partir dos anos 70, no Brasil e no mundo, as mulheres vêm se mobilizando nesse sentido.

No Brasil, atualmente, ainda se verifica um hiato entre a formalidade da lei e as práticas sociais cotidianas. Neste sentido, todos os esforços que visam superar esta distância são fundamentais para a ampliação dos direitos de cidadania e para consolidação da democracia na Constituição de 1988 onde o princípio da igualdade entre os sexos está gravado nas cláusulas pétreas da Constituição brasileira, que também condena a discriminação racial em razão de outras características diferenciais, sejam elas sociais ou biológicas. A premissa da igualdade entre os sexos é reafirmada em capítulo específico do texto constitucional em relação à família, trabalho e propriedade (LOPES, 2006).

O texto constitucional ainda reassegurou os seguintes direitos:

- saúde como direito de cidadania e responsabilidade do estado;
- auxílio-natalidade;
- estabilidade da gestante no emprego;
- licença-maternidade;
- direito à creche e pausa para amamentar

E ampliou os seguintes dispositivos:

- a licença-maternidade foi ampliada para 120 dias;
- foi criada a licença-paternidade de 5 dias após o parto;
- foram ampliados os anos de direito à creche e estes foram estendidos às trabalhadoras domésticas e rurais;
- direito ao planejamento familiar através de informação, orientação e acesso aos diferentes métodos através da rede pública de saúde.

Novas leis aprovadas no Congresso Nacional no período pós-1988 também devem ser consideradas, pois introduzem mudanças importantes:

- Lei n.º 8.861/1994 – modifica o texto da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT e das Leis n.os 8.212 e 8.213/1991, para estender o direito a licença-maternidade às trabalhadoras urbanas, rurais e domésticas e, estender o salário-maternidade para as pequenas produtoras rurais e trabalhadoras avulsas.
- Lei n.º 8.921/1994 – altera o texto da CLT, explicitando que o aborto é um dos motivos que justificam a ausência ao trabalho.
- Lei n.º 9.029/1995 – proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, bem como outras práticas discriminatórias, para efeitos de admissão ou de permanência da relação jurídica do trabalho.
- Lei n.º 9.263/1996 – regula o artigo constitucional que trata do planejamento familiar. Pela lei, o Estado fica obrigado a oferecer, a homens e mulheres que assim o desejem, informação e acesso a todas opções contraceptivas, inclusive a esterilização cirúrgica, que passa a ser um direito, desde que se cumpram os critérios especificados (LOPES, 2006).

Os dados do Anuário Estatístico da Previdência Social mostram que os acidentes de trabalho aumentam a cada dia, chegando a custar cerca de R$ 300 milhões em 2002, à Previdência Social. No Brasil, foram registrados aproximadamente 388 mil acidentes de trabalho em 2002, o que correspondeu a um aumento de 14% em relação ao ano anterior que foi de 340 mil acidentes. Na distribuição por sexo, a participação dos homens foi de 78%; e das mulheres, 22%. A participação dos grupos de idade com maior incidência de acidentes foi de 37%, 30% e 20%, para as faixas de 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, respectivamente (RINK, 2004).

2.2.2 Do que adoecem as mulheres trabalhadoras no Brasil

Dentre as muitas consequências da nova divisão sexual do trabalho, pode-se afirmar que o crescimento do trabalho feminino é caracterizado pelo trabalho mais precário, de menor salário, jornada mais prolongada em relação aos homens e fortemente marcado pela informalidade, situação que resulta em graves implicações à vida e à saúde dos trabalhadores (PRAZERES; NAVARRO, 2011).

Prazeres e Navarro (2011) afirmam que ocorreu nos últimos anos aumento significativo do número de queixas e sintomas relacionados às precárias condições de trabalho, o que intensificou o processo de adoecimento que atinge, sobretudo, a classe trabalhadora feminina e resultou no crescente número de trabalhadoras com fadiga, déficits auditivos e visuais, transtornos de ansiedade, intoxicações exógenas e outras doenças.

A saúde do trabalhador apresenta expressões diferentes segundo a época e o país, e é diferenciada dentro do próprio país, como pode ser observado na Itália, na Escandinávia, no Canadá, ou no Brasil. Porém, apesar das diferenças, mantém os mesmos princípios – trabalhadores buscam ser reconhecidos em seu saber, questionam as alterações nos processos de trabalho, particularmente a adoção de novas tecnologias, exercitam o direito à informação e a recusa do trabalho perigoso ou arriscado à saúde (MENDES; DIAS, 1991).

Conforme cita Aquino, Menezes e Marinho (1995), com a entrada progressiva das mulheres no mercado de trabalho, nos países industrializados centrais, o predomínio quase que exclusivo dos estudos concentrados em indivíduos do sexo masculino vem sendo modificado. Começaram a surgir estudos sobre os efeitos do trabalho na saúde de populações femininas, principalmente explorando diferenças quanto à prevalência de sintomas e de doenças entre trabalhadoras e donas de casa.

O processo de adoecimento das mulheres e sua relação com o trabalho (produtivo/reprodutivo) que já era ocultado e tratado como doença de mulheres sem nexo com a organização do trabalho, estarão duplamente agravados pela conjunção da precariedade do emprego com as formas recentes de intensificação do trabalho impostas pelas novas tecnologias e processos produtivos (HIRATA, 1997).

Os dados sobre a mortalidade e sobremortalidade dos homens com respeito à maioria das enfermidades em relação às mulheres desmistifica a ideia de que o homem adoece menos que as mulheres. Isso indica que a explicação desse fenômeno passa também por uma questão de gênero, em que homens e mulheres sob efeito de elementos culturais distintos, desenvolvem padrões de comportamentos diferentes com relação aos autocuidados com a saúde (AQUINO et al., 1991)

A Organização Internacional do Trabalho - OIT estima que, em cada ano, cerca de 2,3 milhões de homens e mulheres morrem em consequência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, incluindo quase 360 mil acidentes mortais e

cerca de 1,95 milhões por doenças mortais relacionadas ao trabalho. As substâncias perigosas estão na origem de cerca de 651.000 mortes, na sua maioria ocorridas nos países em desenvolvimento. Estes números poderão estar bastante subestimados, devido aos sistemas inadequados de registro e notificação em muitos países (OIT, 2009).

Rocha (2008) analisou a gravidade do adoecimento pelo trabalho no Brasil a partir do prisma gênero e como resultante de todo o contexto social percebe-se que do montante de pessoas adoecidas registradas no extinto Núcleo de Referência à Saúde do Trabalhador, da Previdência Social (NUSAT, 2007), 75 % é composto de mulheres.

A trabalhadora adoece no trabalho, continua trabalhando até o limite por medo de perder o emprego, principalmente quando é chefe de família, nas famílias mais pobres. Geralmente quando procura o médico na empresa ou no convênio, não há o reconhecimento do nexo da doença com o trabalho. Essas condições agravam ou desencadeiam o sofrimento psíquico. Aparecem a angústia e a ansiedade, o sentimento de impotência e humilhação diante da impossibilidade de trabalhar, pela incapacidade adquirida através do adoecimento. Sentimentos gerados não só por não poder sustentar os filhos, mas também pela interrupção de um projeto de vida, no qual o trabalho, pela falta de conhecimento sobre a doença, já que quase nada é explicado a ela: pelas idas e vindas a consultas, exames, perícias; pela violência e descaso com que são tratadas; por um futuro marcado pela exclusão. É o sofrimento ético-político apontado por Sawaia (1999 *apud* CARLOTO, 2014).

Rocha (2008) aponta que os processos que somam a ameaça do desemprego e da pobreza à exigência esgarçante do sujeito no trabalho têm criado novas formas de síndromes e sintomas em todo o mundo. Exemplos delas são o Burnout (esgotamento físico e psíquico); as LER (lesões por esforço repetitivo); o Karoshi – no Brasil, "Birôla" (morte súbita por excesso de trabalho; o Estresse (Síndrome Geral de Adaptação); as PAIR (Perda Auditiva Induzida por Ruído); entre outros sintomas isolados ou em conjunto que formam as etiologias das doenças do trabalho. Neste contexto, uma população se sobressai nas estatísticas de adoecimento: as mulheres. As mulheres também protagonizam o fenômeno da "feminização da pobreza".

Na América Latina, os países com a taxa mais alta de participação feminina são países nos quais existe elevada pobreza e informalidade como o Paraguai e o Peru. Segundo o Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT), o Brasil apresenta um

montante de 75% de pessoas adoecidas pelo trabalho e, explicações reducionistas, biologicistas e individualistas apontam aspectos como fragilidade, processos cognitivos diferenciados, neuroses, etc. como as causas desse maior adoecimento (ROCHA, 2008).

A falta de atendimento médico adequado, jornadas duplas e até triplas, carência de pré-natal, horas de caminhada em busca de hospitais ou de espera em filas para receber atendimento, são dificuldades que fazem parte da vida de milhares de professoras, bancárias, domésticas, enfermeiras, comerciária e outras trabalhadoras do Brasil. Além desses problemas comuns a muitas mulheres trabalhadoras, algumas profissões são caracterizadas por questões específicas. Um grande número de comerciárias, por exemplo, apresentam varizes, infecções urinárias, problemas de coluna, nos ossos e nos músculos, distúrbios psicológicos e emocionais. Então: bancárias têm uma repetição sem descanso das rotinas, além da pressão psicológica para o cumprimento das metas, professoras são vítimas de alergias respiratórias, calos nas cordas vocais, distúrbios da voz e problemas de pele (SANTOS; JACOB; SANTIAGO, 2008).

Santos, Jacob e Santiago (2008) ainda apontam as trabalhadoras rurais expostas a substâncias que provocam intoxicações, e muitas vezes matam; os problemas relacionados à gestação, como os abortos e má formação dos fetos; além da exposição ao sol, que causa câncer de pele e envelhecimento precoce. E, as trabalhadoras domésticas, marcada por condições totalmente desfavoráveis, como esforço físico prolongado, falta de descanso, baixa remuneração, ausência de regulamentação e grande rotatividade, além de serem vítimas de discriminação social, o que leva a apresentarem pouca satisfação com o emprego, frustação e baixa autoestima.

Na indústria transformadora, as mulheres que trabalham nas fábricas em zonas francas de exportação, onde são maioria, suportam longas horas em locais de trabalho não ergonômicos e trabalham frequentemente com máquinas sem a proteção básica necessária. A maquinaria industrial é, em geral, concebida por homens e com frequência pouco funcional e cansativa quando utilizada por mulheres, ou por homens de baixa estatura. Na indústria microeletrônica, outro setor em que as mulheres predominam, estas estão expostas a produtos químicos que podem ter efeitos cancerígenos (BIT, 2000).

O trabalho em saúde, exercido majoritariamente pelo pessoal de enfermagem (MACHADO, 1989), tem forte conteúdo relacional, no cuidado de outras pessoas,

em situações de dor e de sofrimento, envolvendo especificidades que se ajustam perfeitamente bem às qualidades de destreza, paciência, interesse em ser útil e dedicação, características "tipicamente femininas" em nossa e em outras sociedades. A persistência de uma visão idealizada da profissão se contrapõe à excessiva carga de atividades que envovle o trabalho por turnos e noturno, que sabidamente ocasiona problemas digestivos, distúrbios do sono e mentais, além de repercussões sobre a vida familiar e social (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995)

O Bureau Internacional do Trabalho de Genebra – BIT (2000) ainda cita que nos serviços e no trabalho de escritório, que representam 46,3% do emprego feminino em 2008, diferentes fatores de estresse psicológico e físico e perigos ergonômicos podem causar problemas de saúde no trabalho e aumentar a sobrecarga de trabalho, causar insatisfação no trabalho e afetar a saúde e a produtividade. Nos serviços de saúde, as trabalhadoras estão expostas a infecções, violência, lesões músculo-esqueléticas e ao esgotamento psicológico.

Para que as políticas de promoção da saúde no domínio da Segurança e Saúde do Trabalho (SST) sejam eficazes para mulheres e homens, terão de ser baseadas em informações mais corretas sobre a relação entre saúde no trabalho e sexo dos trabalhadores. Uma ampla estratégia para a melhoria da segurança e saúde das trabalhadoras terá de ser concebida no âmbito de uma política nacional de SST, especialmente nos domínios onde existe uma grande concentração de mulheres.

Como apontam Brito e D'Acri (1991) ao contrário, como resultado da ideia de que mulheres e homens não podem realizar tarefas iguais devido às diferenças biológicas, ambos os sexos tornam-se oprimidos nas suas possibilidades de expressão e encontram-se aprisionados em padrões específicos de desgaste. Os guetos femininos e masculinos são exatamente os setores de produção e os postos de trabalho, em diversos setores, que concentram pessoas do mesmo sexo. As trabalhadoras parecem ser as maiores vítimas dessa forma de segregação, muitas vezes com a justificativa de que estão excluídas de tarefas danosas à saúde.

2.3 SAÚDE AUDITIVA DAS TRABALHADORAS

A doença profissional Perda Auditiva Induzida pelo Ruído vem preocupando cada vez mais os especialistas em distúrbios da audição, os médicos generalistas e do trabalho, os cardiologistas e os gastroenterologistas. E também os legisladores,

os sindicalistas, os sociólogos, os psicólogos e os profissionais de áreas afins (LASMAR, 1997).

Lasmar (1997) indica que as lesões auditivas produzidas pelo ruído podem ser agudas ou crônicas, sendo que a mais frequente é a crônica que tem uma instalação lenta e insidiosa. Muitas vezes o trabalhador só se dá conta quando os tinidos ou zumbidos se tornam incômodos a ponto de chamar para o problema.

O ruído é o agente físico mais comum encontrado no ambiente de trabalho. Pela alta prevalência da exposição a intensidade deletérias à audição em torno de 15% dos trabalhadores de países desenvolvidos, segundo a Organização Mundial da Saúde constitui-se em um importante agravo à saúde dos trabalhadores em todo o mundo e fator de aumento de acidentes de trabalho (DIAS *et al.*, 2006).

Segundo Dias *et al.* (2006), a exposição ocupacional ao ruído intenso está associada a várias manifestações sistêmicas, tais como elevação do nível geral de vigilância, aceleração da frequência cardíaca e respiratória, alteração da pressão arterial e da função intestinal, dilatação das pupilas, aumento do tônus muscular, aumento da produção de hormônios tireoidianos e estresse. Há também referências na literatura apontando associação possivelmente causal entre exposição ocupacional a ruído e acidentes do trabalho.

O ruído é um tipo de som que provoca efeitos nocivos no ser humano, sendo uma sensação auditiva desagradável que interfere na percepção do som desejado. A perda induzida pelo ruído é uma patologia cumulativa e insidiosa, que cresce ao longo dos anos de exposição ao ruído associado ao ambiente de trabalho. É causada por qualquer exposição que exerça uma média de 90 dB, oito horas por dia, regularmente por um período de vários anos. A perda auditiva induzida por ruído é uma doença de caráter irreversível e de evolução progressiva passível totalmente de prevenção (ARAÚJO, 2002).

Araújo (2002) cita relatos de Mocelin, que em 1951, afirmou que operários que trabalhavam em ambiente ruidoso, eram sujeitos a hipoacusia e surdez ocupacional e, sugeria a profilaxia individual no ambiente de trabalho e uso de proteção individual durante o trabalho.

A literatura técnica revela que a perda auditiva induzida por ruído é considerada como a doença profissional com a maior prevalência, com valores em torno de 8 a 12 casos por mil pessoas, conforme as estimativas, em países industrializados. Destaca-se que, associada às deficiências referentes aos recursos

humanos e materiais, há ainda a concepção dominante que a presença do ruído em ambientes de trabalho é uma característica inerente ao processo de produção (SILVA, 1998).

As condições de saúde auditiva no ambiente de trabalho tem sido objeto de muitos estudos no campo da saúde, uma vez que, a exposição a elevados níveis de ruído pode provocar danos irreversíveis a audição como a Perda Induzida por Níveis de Pressão Sonora Elevado (PAINPS). Além da alteração na função auditiva devido à exposição ao ruído ocupacional, o ruído e a PAINPS compromete a comunicação e a qualidade de vida dos trabalhadores (LOPES *et al.*, 2009).

Segundo Lopes *et al.* (2009), a prevalência da PAINPS nas indústrias brasileiras descrita na literatura é alta. Carcinelli (1988, *apud* LOPES *et al.*, 2009) verificou que 32,7% dos 150 trabalhadores estudados apresentavam quadro sugestivo de PAINPS. No estudo longitudinal da audição de 80 trabalhadores metalúrgicos durante três anos, Fiorini (1994) verificou prevalência final de 63,75% de PAINPS, e no decorrer dos três anos, 23,75% adquiriram a PAINPS.

Conforme estudo de Lopes *et al.* (2009), foram analisados 400 prontuários de trabalhadores, sendo 372 do sexo masculino e, 28 do sexo feminino locados em empresas de diferentes segmentos, dentre eles, operador de motosserra, tratorista, operador de máquinas, mecânico, soldador, motorista, serviços gerais, caldeireiro, auxiliar de empacotamento, eletricista. Desses, 287 apresentaram exame audiométrico normal e, cerca de 313 trabalhadores, alguma perda auditiva.

O ruído ocupacional é um perigoso agente poluente, segundo Seligman (1993), sendo o mais comum, entre tantos encontrados na atividade industrial. Os sintomas auditivos geralmente são representados por perda auditiva, zumbidos, dificuldades na compreensão da fala. Os sintomas extra-auditivos são alterações no sono e transtornos de comunicação, neurológicos, vestibulares, digestivos, comportamentais, cardiovasculares e hormonais. O ruído não se limita a deteriorar a audição do trabalhador: pode também causar acidentes, pois interfere na comunicação. Os trabalhadores que utilizam protetores auriculares podem deixar de ouvir instruções verbais e avisos acústicos.

O ruído elevado poderá atuar como fator predisponente à ocorrência de acidentes de trabalho, e ser causa agravante de doenças nos sistemas cardiovascular e endócrino por ação do sistema nervoso autônomo, daí a necessidade de utilização de protetores auditivos para a redução mecânica do ruído e a de Programas de

Conservação Auditiva nas indústrias em que os trabalhadores estão expostos a ruído excedendo 85dB (ARAÚJO, 2002).

As dificuldades em ouvir sons são as primeiras a serem percebidas pelo trabalhador, como o telefone tocando, apitos, sinais de alerta, tic-tac do relógio, canto de passarinhos, etc. Com o aprofundamento do grau da perda auditiva e da extensão de frequências afetadas pelo ruído, há o comprometimento da compreensão da fala, principalmente quando está em locais com ruídos ao fundo ou em conversa em grupos (SMITH *et al.*, 2005; UBRIG-ZANCANELLA. BEHLAU, 2010). Essas dificuldades auditivas afastam o portador de Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) de experiências sonoras, o que pode levar a dificuldades em ouvir a movimentação de outras pessoas ao redor, provocando tensão e insegurança e dificuldades para localizar e julgar a distância das fontes sonoras, gerando ansiedade. Quando relacionadas à comunicação, as dificuldades auditivas prejudicam as relações interpessoais, podendo levar à sensação de insucesso e frustação, que caracterizam as desvantagens psicossociais. No convívio social, o portador de Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) pode ser considerado desatento ou antissocial (GONÇALVES, 2009).

A perda de audição induzida pelo ruído é acompanhada com frequência pelo *tinnitus*, ou zumbido nos ouvidos. Os dados desse sintoma são escassos. Com base numa investigação de 2003 realizada no Reino Unido, estimou-se que 153.000 homens e 26.000 mulheres de idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos tinham problemas graves de audição, atribuíveis ao ruído local de trabalho e que cerca de 266.000 homens e 84.000 mulheres sofriam de zumbido persistente, atribuível às mesmas causas (SESI, 2010).

Sabe-se, contudo, que o zumbido grave é considerado o 3.º pior sintoma que pode acometer o ser humano, sendo superado apenas pelas dores e tonturas intensas e intratáveis. A exposição ao ruído é responsável pela causa mais comum de zumbido, referido por cerca de 25% dos trabalhadores expostos. Nesta casuística, a prevalência de zumbido encontrada ficou em torno de 48%, muito superior à referida pela literatura (DIAS *et al.*, 2006).

Segundo Araújo (2002), o sexo masculino apresenta preponderância na incidência e no grau de perda auditiva. A idade é importante, pois os mais jovens e os mais idosos apresentam maior suscetibilidade. Doenças do ouvido como

disacusia neurossensorial, de qualquer etiologia podem significar maior prejuízo ao paciente submetido ao ruído.

No estudo de Gonçalves *et al.* (2009) que analisou 163 odontólogos, sendo 92 (56,44%) do gênero feminino e 71 (43,55%) do gênero masculino encontrou-se diferenças significativas pois os audiogramas apresentando alterações, ou seja, sugestivos de PAIR ocorreram predominantemente no sexo masculino. Foram 46 (64,78%) casos do sexo masculino sugestivo de PAIR e, 7 (7,60%) casos do sexo feminino.

Em estudos realizados por Jerger e Jerger (1989) afirma-se que a perda auditiva é mais severa entre os homens quando exposto ao ruído cita Gonçalves (2009) e, a prevalência da perda auditiva em adultos nos países industrializados ocidentais é 77 por 1.000 nos homens e 70 por 1.000 nas mulheres, conforme estudos de Surjan, em 1973.

Em estudo de avaliação de ruído em uma indústria têxtil de São Paulo com um total de 831 funcionários, sendo 374 do sexo masculino (45%) e, 459, do sexo feminino (55%) foram diagnosticados 36 trabalhadores com PAIR. Destes 36 casos, 16 são trabalhadoras (44%) e, 20 são trabalhadores (55%) (FERREIRA JR., 2000).

Em estudo de Maia (1999) que buscou analisar os ruídos gerados nas atividades da construção civil especificamente nas funções mais comuns, como ajudantes gerais, pedreiros, armadores e carpinteiros apresentou perdas auditivas significativas porém, embora na época o setor destacava-se entre as atividades econômicas de maior predominância masculina. O estudo do SESI (2010) chegou a um percentual de 98%, com predominância de mulheres nos setores administrativos e de limpeza, o que não é a realidade atual, pois hoje encontramos mulheres na construção civil nas funções de eletricistas, ajudante, azulejistas e até mesmo, mestra de obra conforme pesquisa dessa dissertação.

Os dados de campo mostraram que em todas as funções estudadas (ajudantes gerais, pedreiros, armadores e carpinteiros) por Maia (1999) existem fontes ruidosas (máquinas e procedimentos) com potencial para causarem danos irreversíveis ao ouvido do trabalhador. Ficou também evidente que em todas elas são intercaladas tarefas ruidosas e não ruidosas e que os efeitos do ruído na audição dependem da frequência, da realização de tarefas ruidosas e do repouso auditivo decorrente de tarefas não ruidosas. Nos resultados apresentados, os ajudantes gerais não necessitam de maiores cuidados quanto a exposição do ruído. Os pedreiros e

armadores necessitam apenas de medidas preventivas para evitar exposição aos ruídos maiores o que não corre com os carpinteiros, cujas perdas auditivas induzidas pelo ruído são consideráveis (MAIA, 1999).

Em um outro estudo, em uma indústria gráfica, foram avaliados 123 trabalhadores, dos setores de offset, rotativas, formulário contínuo, dobradeiras e grampeadeiras. Foram considerados inválidos 6 (4,9%) exames porque os trabalhadores não estavam em repouso acústico. Os 117 exames considerados válidos,109 eram do sexo masculino (93,2%) e, 8, do sexo feminino (6,8%), com idade variando de 19 a 55 anos, com maior prevalência entre 36 a 40 anos. Foram observados que 39% (46) dos trabalhadores dos setores avaliados apresentaram perda auditiva induzida pelo ruído, 52% (61) apresentaram liminares auditivos dentro dos padrões de normalidade e, 9% (10) apresentaram perdas auditivas de causas diversas ao ruído (SHIRAISHI *et al.*, 1998).

Silva (1998) enfatiza que diversos setores de atividade comportam exposição prolongada a níveis intensos de ruído que produz danos à audição de trabalhadores. O ruído é vislumbrado de forma distorcida como que representasse um sinal de potência, de força ou de vitalidade das máquinas e do processo. Desse modo torto, máquinas, ferramentas, equipamentos e quaisquer tipos de engenhos devem produzir, além de produtos, um estardalhaço significativo para expressar essa falsa potência.

Encontram-se nos depoimentos de 80 trabalhadores de indústrias metalúrgicas do interior de São Paulo, relatos sobre suas condições de trabalho e as angústias e sofrimentos gerados pelas dificuldades auditivas. Os danos na qualidade de vida dos trabalhadores acontecem, muitas vezes, "silenciosa e solitariamente", pois os trabalhadores adoecem quietos, sem reclamar nem na própria família e nem para órgãos competentes, porque parecem ter certeza de que as condições de trabalho não irão mudar e que as novas gerações de trabalhadores parecem ser os únicos responsáveis em manter a integridade de sua saúde, desconhecendo, muitas vezes, um direito que lhes assiste: a saúde (GONÇALVES, 2003).

Em estudo em empresas dos segmentos de autopeças e eletrônicos realizado em 2005, 89% das trabalhadoras entrevistadas afirmaram a existência das Lesões de Esforço Repetitivo (LERs) e dos Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho (DORTs), no entanto, quando perguntadas sobre os problemas de saúde que elas identificavam como sendo causados por modificações no seu setor de trabalho, apenas 24% se referiram à LERs. Uma outra parte, contudo, mencionou

outros sintomas: 21% delas mencionaram problemas de coluna. 8% a fadiga muscular pelo cansaço físico e 7% problemas nervosos que já foram indicados pela literatura (SILVA FILHO; JARDIM, 1997) como sendo sintomas ligados às LERS (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2006).

Nesse mesmo estudo de Araújo e Oliveira (2006) foram também identificados outros problemas de saúde: 12% referiram-se a problemas de estômago, 2% de intestino (relacionados à tensão e a algum tipo de pressão) e 26% a outros tipos de doença. O importante a ressaltar em todas essas manifestações é o fato de que elas estão relacionadas com o trabalho repetitivo e com a pressão excessiva sofrida no trabalho, seja subjetiva ou objetiva.

Muitos são os trabalhos alusivos ao efeito do ruído ocupacional sobre o feto, mas poucos abordam seu efeito sobre a audição do feto. Questiona-se que o ruído possa ocasionar baixo peso ao recém-nascido ou acarretar alterações no sistema imunológico (ROCHA, 2008).

Lacerda e Nudelmann (1997) citam que não haviam dados conclusivos que indicavam se o ruído poderia ser um risco para as trabalhadoras grávidas assim como o álcool, fumo, drogas, exercícios intensos e, traumas físicos e emocionais. Em estudos citados por Kurppa *et al.* (1989) não foi pesquisada perda auditiva em filhos de mulheres grávidas expostas ao ruído ocupacional (superior a 80 dB) em diversos postos de trabalho (metalúrgicas, indústrias químicas, de plásticos, têxteis, agricultura, restaurantes e serviços de saúde), mas sim alterações de desenvolvimento fetal, baixo peso ao nascer e prematuridade.

As mulheres trabalhadoras convivem com a dificuldade de reconhecer problemas patogênicos que lhe são comuns, oriundos do processo de trabalho e das características biológicas. Distúrbios articulares e visuais são correlacionados às tarefas repetitivas e estáticas reservadas às mulheres, com manipulação rápida de instrumentos e excessiva demanda de visualização. O controle emocional das recepcionistas e das telefonistas tem sido identificado como geradores de ansiedade. Várias ocupações femininas requerem o carregamento de pesos e grandes esforços físicos, como, por exemplo, na enfermagem, no setor rural e o próprio trabalho doméstico. Sabe-se que, entre outros fatores prejudiciais à mulher grávida, o transporte de pesos, os esforços físicos, dinâmicos e repetitivos e as vibrações podem causar partos prematuros e abortos. O ruído excessivo pode lesar o ouvido do feto. Além disso, uma série de agentes ionizantes podem, também, causar má-formação em

vários órgãos do corpo do feto e até a morte. Diversas substâncias químicas passam pelo leite materno e são ingeridas pelo bebê (BRITO; D'ACRI, 1991).

Lalande, Hetú e Lambert (1986) citam um estudo realizado no Canadá com filhos de mulheres que no último trimestre de gestação ficaram expostas a ruído ocupacional de 65 a 95 dB durante oito horas por dia. O estudo concluiu que:

1. o grupo cujas mães ficaram expostas à faixa entre 85 e 95 dB mostrou aumento de três a quatro vezes no risco de perda auditiva se comparando com aquele cujas mães ficaram expostas a doses menores, entre 65 e 85 dB;
2. existia um aumento significativo no risco de perda auditiva na frequência de 4.000 HZ quando estas exposições envolviam um forte componente de ruído de baixa frequência.

Rocha, Azevedo e Ximenes (2007) realizaram estudo para detectar precocemente uma possível perda auditiva em 80 crianças de mulheres de um mesmo grupo sócio-econômico, expostas ao ruído ocupacional durante o período de gestação e, se há diferença nos resultados das amplitudes de resposta das emissões otoacústicas – produto de distorção - entre as crianças de mães expostas ao ruído ocupacional e, as crianças de mães não expostas, e não foi verificado diferença. As mulheres pesquisadas trabalhavam em uma fábrica de beneficiamento de castanha, em município do Estado do Ceará, distante 60 km da capital, Fortaleza. Todas as trabalhadoras usavam equipamento de proteção individual (EPI) tipo plugue de inserção durante a jornada de trabalho e ficavam trabalhando expostas ao ruído ocupacional até, no mínimo, o 8.º mês de gestação (ROCHA; AZEVEDO; XIMENES, 2007).

Lacerda e Nudelmann (1997) concluíram em sua revisão bibliográfica sobre a perda auditiva induzida pelo ruído na gravidez que poucos trabalhos abordam esse assunto e que, não possuímos nenhum que tenha acompanhado crianças expostas a ruído ocupacional durante sua gestação.

A perda auditiva pode, também, ser causada ou agravada pela utilização de produtos químicos. São substâncias ototóxicas conhecidas, como os solventes os metais, os medicamentos e as substâncias asfixiantes. Os setores profissionais de elevada exposição ao ruído e às substâncias ou vibrações perigosas incliuem a tipografia, pintura, construção naval, construção civil, indústria transformadora, indústria

química, o fabrico de artigos de couro e de mobiliário, a agricultura e a indústria de mineração (SESI, 2010)

É necessário intensificar esforços com o objetivo de reduzir o ruído nos locais de trabalho. Em estudos sobre medidas de controle do ruído foram sugeridas várias abordagens diferentes e identificados alguns programas eficazes de proteção da audição. As empresas menores aplicavam procedimentos muito limitados de controle do ruído e dependiam fortemente da utilização de equipamento de proteção individual (SESI, 2010).

São também necessárias melhorias que permitam reduzir eficazmente as emissões de ruído na fonte. As profissões de elevada exposição ao ruído no local de trabalho são geralmente aquelas em que é utilizada uma vasta gama de processos e de maquinário.

Convivendo com estas características, depara-se com a solução cômoda e veloz da utilização de protetores individuais contra o ruído como a única e definitiva via na grande maioria dos casos. Uma medida paliativa transforma-se então em definitiva.

2.4 SAÚDE LABORAL DAS TRABALHADORAS E RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA

O conceito de responsabilidade social empresarial é complexo e dinâmico, com significados diferentes, em contextos diversos e está relacionado a diferentes ideias. Para alguns ele está associado à ideia de responsabilidade legal; para outros pode significar um comportamento socialmente responsável no sentido ético; e, para outros ainda, inclui-se os impactos diretos assim como os que afetam terceiros, o que envolve toda a cadeia produtiva e o ciclo de vida dos produtos. A responsabilidade social desdobra-se em múltiplas exigências: relações de parceria entre clientes e fornecedores, produção com qualidade, satisfação dos usuários, contribuições para o desenvolvimento da comunidade, investimento em pesquisa tecnológica, conservação do meio ambiente, participação de funcionários nos resultados e nas decisões da empresa, respeito aos direitos dos cidadãos, não discriminação dos gêneros, raças, idades, etnias, religiões, ocupações, preferências sexuais, investimentos em segurança do trabalho e em desenvolvimento profissional (BERTONCELLO; CHANG JUNIOR, 2007).

Segundo Alledi e Quelhas (2003), o conceito de responsabilidade social corporativa está ligado à sociedade e a todas as partes interessadas à organização; que nos ensinamentos de Aristóteles constata-se que a finalidade da ética é promover o bem-estar; e que segundo Ferrel, Fraedrich e Ferrel (2001), o conceito de ética é anterior ao conceito de responsabilidade social – ou responsabilidade corporativa – é um movimento que tem a finalidade de promover o bem-estar dos diversos públicos da organização.

As organizações atualizam suas políticas de tratamento do público interno em função de demandas da sociedade, de necessidades de melhoria de clima interno e de atendimento a legislações anteriores. Para Alledi e Quelhas (2003) a grande preocupação das melhores organizações do mundo é com a sustentabilidade dos seus negócios, um movimento que teve origem nas questões ambientais, mas que atualmente é visto de uma forma mais ampliada, passando a incorporar os temas de movimentos empresariais anteriores, qualidade, pela saúde pela segurança do trabalho, pela própria preservação ambiental e, mais recentemente, pela responsabilidade social corporativa (SÊCA, 2011).

O Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável - CEDS define a responsabilidade social corporativa como o comprometimento permanente dos empresários de adotar um comportamento ético e contribuir para o desenvolvimento econômico, melhorando simultaneamente a qualidade de vida de seus empregados e de suas famílias, da comunidade local e da sociedade como um todo (MELO; FROES, 2009).

Sêca (2011) afirma que nesse contexto o comprometimento das empresas com relação à sociedade em geral baseia-se em um raciocínio lógico de que se a empresa encontra na sociedade os recursos para se desenvolver, deve de alguma forma restituir esses recursos, não só através de produtos e serviços mas também, através de ações que apoiem o desenvolvimento da comunidade onde está inserida. Mas não é só no ambiente externo que as empresas devem focar em relação à responsabilidade social pois de nada adianta os investimentos em seu entorno, se no ambiente interno não existam políticas que apoiem o desenvolvimento pessoal e profissional, qualidade de vida, salários justos, possibilidades igualitárias, respeito à diversidade e outros itens que cada vez mais exigem atenção das organizações.

Segundo Melo e Froes (2009), as ações de gestão interna de responsabilidade social compreendem os programas de contratação, seleção, treinamento e manutenção

de pessoal, realizados pelas empresas em benefício de seus empregados, bem como os demais programas de benefícios voltados para a participação nos resultados e atendimento aos dependentes.

A missão, os princípios e os valores de uma empresa fornecem-lhe o quadro conceitual que suporta as suas opções e decisões. O sistema de valores transmite a trabalhadores e trabalhadoras o que a empresa espera que façam em determinada situação, sem, contudo, pôr em causa os princípios mais amplos da sociedade em que se integram. Uma empresa que integra a igualdade entre mulheres e homens ao nível dos seus princípios ou valores e que pretende investir na construção de relações de gênero igualitárias, deverá definir, ao nível da sua política de recursos humanos, objetivos concretos quanto à eliminação da segregação profissional, designadamente promovendo a participação de mulheres em funções de gestão e o favorecimento da integração dos homens em setores predominantemente femininos, entre outros (PERISTA *et al.*, 2008).

Buscando fomentar a discussão sobre o tema no meio empresarial e estimular a adoção em favor da inclusão de grupos usualmente discriminados no mercado de trabalho, o Instituto Ethos de Responsabilidade Social (2010) tem promovido uma série de iniciativas relacionadas ao tema, dentro de um programa desenvolvido com o apoio institucional da Inter-American Foudation (IAF). O grande objetivo deste estudo é estimular cada executivo a observar atentamente os possíveis desiquilíbrios na composição de seu público interno, em todos os seus níveis hierárquicos, no que se refere a sexo, cor ou raça, idade, escolaridade, tempo de empresa e a presença de pessoas com deficiência, levando-a a refletir sobre as ações que pode e deve realizar para promover a diversidade e a equidade em seus quadros e a adotar uma atitude proativa no sentido de mudar a realidade percebida (INSTITUTO ETHOS, 2010).

Em 2004 o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher - UNIFEM e o Pacto Global das Nações Unidas (UNGC), elaboraram através de um processo consultivo internacional, os Princípios de Empoderamento das Mulheres. Fundamentados em práticas empresariais reais, os princípios ajudam as empresas a adaptarem as políticas e práticas existentes, ou estabelecer outras novas e necessárias, para concretizar o empoderamento das mulheres:

1. A liderança promove a igualdade de gênero;
2. Igualdade de oportunidades, inclusão e não-discriminação;
3. Saúde, segurança e fim da violência;

4. Educação e formação;
5. Desenvolvimento empresarial e práticas de cadeia de fornecedores e de marketing;
6. Liderança comunitária e engajamento;
7. Transparência, medição e relatórios.

Segundo a UNIFEM e a UNGC (2004), o princípio 3 – saúde, segurança e o fim da violência, as empresas devem considerar os impactos diferenciados sobre mulheres e homens, fornecer condições de trabalho seguras e proteção contra a exposição a materiais perigosos e divulgar riscos potenciais, incluindo a saúde reprodutiva; devem estabelecer uma política de tolerância zero a todas as formas de violência no trabalho, incluindo o abuso verbal e/ou físico, e prevenir o assédio sexual; envidar esforços para oferecer seguros de saúde necessários – incluindo para vítimas de violência doméstica – e assegurar o acesso igualitário a todos os funcionários; precisam respeitar os direitos de trabalhadoras e trabalhadores à licença para tratamento médico e ao aconselhamento para si e seus dependentes; mediante consulta dos funcionários, identificar e abordar questões de segurança, incluindo a segurança das mulheres em deslocamento para e do trabalho e em atividades relacionadas com a empresa; e formar pessoal de segurança e gestores para reconhecer sinais de violência contra mulheres e compreender as leais e políticas da empresa relativas ao tráfico humano e exploração laboral e sexual.

O Projeto Diálogo Social e Igualdade nas Empresas do Centro de Estudos para a Intervenção Social de Lisboa, Portugal, em 2008, através do processo de diagnóstico, verificou que, em geral, as empresas e outras entidades empregadoras evidenciam dificuldades no reconhecimento e na promoção da igualdade entre mulheres e homens. A este problema estão associadas, nomeadamente, as seguintes causas:

- um desconhecimento relativo da temática da igualdade entre mulheres e homens, bem como a desvalorização da sua importância por se considerar ser extemporânea no atual contexto de desenvolvimento e tendo em conta o quadro jurídico, que salvaguarda a igualdade entre os sexos;
- representações sociais dominantes que desvalorizam os papéis femininos face aos masculinos;

- desconhecimento de como promover a igualdade e não discriminação entre mulheres e homens e a conciliação entre a vida profissional, familiar e pessoal;
- tendência para abordar a temática da igualdade de oportunidades em sentido lato, subvalorizando a dimensão da igualdade de gênero;
- insuficiente disponibilização de metodologias de intervenção e instrumentos de monitorização no domínio da promoção da igualdade e não discriminação em contexto laboral;
- dificuldade em associar a igualdade entre mulheres e homens às vantagens competitivas que daí advêm para a empresa;
- visão tradicional e essencialista da maternidade, pouco conforme com os novos princípios legais e valores sociais que vão no sentido de uma crescente valorização do papel do pai;
- algum conformismo por parte das empresas no que se refere à segregação horizontal e vertical em função do gênero, evidenciando um desconhecimento acerca de medidas ativas que possam contribuir para a dessegregação;
- insuficientes mecanismos de reconhecimento e de acompanhamento da promoção da igualdade entre mulheres e homens em contexto laboral e da conciliação da vida profissional, familiar e pessoal.

A responsabilidade social, para muitos empresários, infelizmente passa apenas pela questão da obtenção de certificados de padrão de qualidade e de adequação ambiental como as normas ISO, entendidas como símbolo de avanços técnicos e como a garantia de concorrer dentro do mercado industrial internacional e de ainda criar uma imagem de empresa que contribui para o desenvolvimento do país por meio da melhoria da qualidade de vidados cidadãos brasileiros (RINK, 2004).

Segundo Rink (2004), há a necessidade de se considerarem aspectos associados à saúde e segurança dos trabalhadores como requisito básico e fundamental para a adoção da responsabilidade social nas empresas. Esse requisito merece ainda mais destaque quando são observados os índices crescentes de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais, em âmbito nacional e internacional.

Para a grande maioria das pessoas, a saúde é vista como condição fundamental de satisfação. A empresa que oferece para seus funcionários e

funcionárias um programa de saúde aumenta o vínculo deles com a organização, produzindo maior confiança e aderência a seus objetivos. Como consequência indireta, a empresa pode vir a ter redução da rotatividade de pessoas e menor vulnerabilidade, já que grande parte desse investimento responde a exigências legais. O investimento expressivo na saúde, com efetivo olhar para a saúde da mulher é um componente cada vez mais generalizado entre as empresas socialmente responsáveis. Isso ocorre pelo fato de que essa iniciativa fortalece a sustentabilidade da atividade produtiva para grande parte das empresas. Além do mais, é um tipo de ação que tem reflexos na rentabilidade dos negócios, uma vez que, a médio e longo prazo, os custos de prevenção são menores que as despesas resultantes de problemas de saúde para os quais não houve uma ação preventiva. As doenças impactam a empresa não só com os custos de seu tratamento, mas também por suas consequências, como o absenteísmo e a perda da produtividade (INSTITUTO ETHOS, 2000).

Desde 1984, na Comissão Europeia, a direção-geral Emprego, Relações Industriais e Questões Sociais tem formulado programas de ações afirmativas para a igualdade de oportunidades entre mulheres e homens. No contexto do seu segundo programa (1986/90), formou-se a rede Positive Action Coordinating Group (PACG), reunindo especialistas que acompanhavam nas empresas o desenvolvimento das experiências em países membros. Em 1991, como fruto de uma ação conjunta para a valorização das convergências destas iniciativas, foi redigido o documento "Facteurs motivants, obstacles y lignes de conduíte", na qual foram propostas às empresas para introduzir ações afirmativas, as quais foram propostas às empresas, como específica estratégia de mudança em matéria de desenvolvimento organizacional e de desenvolvimento de recursos humanos (DELGADO; CAPPELLIN; SOARES, 2000).

Ainda segundo Delgado, Cappellin e Soares (2000), em 1991, E. Sullerot, coordenadora da rede Diversificação das Escolhas Profissionais das Jovens e das Mulheres, também da Comissão Europeia publicou o manual prático *"Comment concevoir et organiser des actions positives d'egalité des chances dans les entreprises"*. Nele, foi introduzido uma nova dimensão para enfatizar a contribuição das ações afirmativas no cotidiano empresarial.

As ações afirmativas, para promover a igualdade de oportunidade, formação e promoção entre homens e mulheres, adaptam-se às diferentes dimensões das organizações produtivas.

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram definidos em 2000, durante a reunião da Cúpula da Organização das Nações Unidas (ONU), onde líderes de 191 países assinaram um pacto para eliminar a fome extrema e a miséria até 2015 e, incentivar os 3 setores da sociedade: público, privado e sociedade civil organizada à implementar, desenvolver a apoiar ações afirmativas. São oito objetivos que abrangem as áreas de geração de renda, educação, gênero, saúde e meio ambiente (MNPP, 2013).

Os ODM surgiram como uma proposta de desenvolvimento à todos os setores da sociedade e segundo o Instituto Ethos (2000) o movimento da Responsabilidade Social Empresarial encontra, na iniciativa da ONU pelo cumprimento das Metas do Milênio, uma oportunidade de engajamento das empresas em ações que contribuam para a melhoria dos padrões sociais em todo o mundo. Ainda conforme o Instituto Ethos, há várias razões para as empresas incorporarem essa postura à sua estratégia corporativa: as empresas precisam de trabalhadores qualificados, de mercados consumidores prósperos e de um marco regulatório que facilite os negócios e as operações (INSTITUTO ETHOS, 2007).

As metas específicas estabelecidas em 2000 utilizam indicadores gerais, para os quais é possível encontrar referências na maioria dos países signatários. Há, entretanto, um importante trabalho que ainda precisa ser realizado que é o de cotejar esses parâmetros com as condições específicas do Brasil. Por exemplo, o ODM 3 – Promover a Igualdade entre os Sexos e a Autonomia da Mulher – apesar da desigualdade do acesso das mulheres no ensino já ter sido superado, ainda encontramos a falta da presença de mulheres em cargos de chefia e direção. É também pequeno o número de empresas que desenvolvem programas de ação afirmativa para a promoção mulher no local de trabalho, de programas de capacitação e, de promoção da saúde (MNPP, 2012).

Na publicação "Perfil Social, Racial e de Gênero das 500 maiores Empresas do Brasil e Suas Ações Afirmativas – Pesquisa 2010", estudo realizado pelo Instituto Ethos e pelo Ibope Inteligência, em parceria com a Fundação Getúlio Vargas de São Paulo (FGV-SP), o Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), está demonstrado que embora tenha havido alguns avanços em relação aos levantamentos anteriores, permanece nas grandes empresas

um alto grau de desigualdade que precisa ser reduzido com urgência (INSTITUTO ETHOS, 2010).

Ainda segundo o Instituto Ethos (2010), o Brasil se prepara para tornar-se a quinta maior potência econômica global, mas permanece uma das sociedades mais desiguais do mundo. Devemos, portanto, dedicar todos os esforços para trazer os direitos humanos ao mesmo patamar da economia. A promoção da diversidade e da equidade é um passo decisivo nesse sentido.

Concretas e mensuráveis, os oito Objetivos – com suas 22 metas (24 no Brasil) e 48 indicadores – podem ser acompanhadas por todos em cada país; os avanços podem ser comparados e avaliados em escalas nacional, regional e global; e os resultados podem ser cobrados pelos povos de seus representantes, sendo que ambos devem colaborar para alcançar os compromissos assumidos em 2000. Também servem de exemplo e alavanca para a elaboração de formas complementares, mais amplas e até sistêmicas, para a busca de soluções adaptadas às condições e potencialidades de cada sociedade (VEIGA, 2004).

No Brasil, o Instituto Ethos de Empresas e Responsabilidade Social vem, desde 1998, atuando para promover a gestão empresarial socialmente responsável fundamentada em princípios éticos e nos valores da solidariedade e da transparência e, catalisando o engajamento das empresas em ações que representem a concretização dos objetivos da ONU (VEIGA, 2004).

No Paraná, o Serviço Social da Indústria (SESI-PR), uma das entidades do Sistema Federação das Indústrias do Estado do Paraná (FIEP) criou o Movimento Nós Podemos Paraná - MNPP, que utilizando-se de parcerias e mobilização, tem articulado e promovido em todo o Estado a temática dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, fomentando uma rede comprometida com o desenvolvimento econômico e sustentável do Estado (SESI PR, 2006).

O Movimento Nós Podemos Paraná (MNPP), através do Projeto SESI Sustentabilidade, visando reconhecer e divulgar boas práticas para o alcance dos ODM, lançou em 2011 a certificação Selo ODM. A certificação é destinada a empresas e instituições públicas e do terceiro setor que participam do Movimento Nós Podemos Paraná e, portanto realizam projetos que contribuem para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e, consequentemente, com o desenvolvimento local (MNPP, 2013).

Uma das ferramentas desenvolvidas pelo SESI PR, em uma parceria com o Governo Federal e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, foi o Portal ODM, que além de monitorar os 5.565 municípios brasileiros, acompanha ainda os avanços dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MNPP, 2013).

Assim, muitas empresas percebem a necessidade de direcionar suas ações para reverter a degradação ambiental, melhorar a distribuição de renda, diminuir os índices de violência e de corrupção, influenciar o poder público para ampliar o acesso a seus serviços, estabelecer ações afirmativas em relação ao trabalho e gênero entre outras ações em prol do desenvolvimento (VEIGA, 2004).

Segundo a UNIFEM, empoderar as mulheres para que participem integralmente de todos os setores da economia e em todos os níveis de atividade econômica significa construir economias fortes; estabelecer sociedades mais justas; atingir os objetivos de desenvolvimento, sustentabilidade e direitos humanos; melhorar a qualidade de vida para as mulheres, homens, famílias e comunidades; e impulsionar as operações e as metas dos negócios (UNITED NATIONS GLOBAL COMPACT, 2004).

Segundo Delgado, Cappellin e Soares (2000), a ação afirmativa não é apenas o que é o correto fazer, mas uma necessidade empresarial, uma vez que as mulheres constituem um segmento importante da força de trabalho e do mercado de consumo tornando-se essencial a incorporação da perspectiva de gênero na formulação e implementação de políticas e estratégias de ação do setor privado.

O Programa Pró-Equidade de Gênero lançado em 2008 pelo Governo Federal é dirigido a empresas e instituições de médio e grande porte dos setores público e privado. A Equidade é um dos princípios da Política Nacional para as Mulheres, aprovada na I e II Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres, e reitera o acesso de todas as pessoas aos direitos universais e a adoção de ações afirmativas voltadas para grupos historicamente discriminados. É para dar consequência prática aos princípios e diretrizes desta Política que o primeiro capítulo do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, intitulado "Autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social" tem como uma de suas principais ações o Programa Pró-Equidade de Gênero (SECRETARIA DE POLÍTICA PARA MULHERES, 2008).

Estudos que visam identificar ações de equidade de gênero e saúde em diferentes empresas podem contribuir para demonstrar possíveis avanços nestes

aspectos, ou se necessário delinear caminhos para promoção de ações afirmativas para mulheres trabalhadoras (VEIGA, 2004).

Com base nestas reflexões este estudo objetiva identificar e analisar as ações afirmativas de saúde para as mulheres trabalhadoras, incluindo os de saúde auditiva, em indústrias do Estado do Paraná.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal.

Os procedimentos só foram efetuados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 30237414.0.0000.0103 (Anexo 1).

A pesquisa foi aplicada após assinaturas dos representantes das três indústrias da Carta de Autorização para Pesquisa (Anexo 2) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Trabalhadoras (Anexo 3) assinado por cada uma das funcionárias das indústrias.

3.1 LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO

Foram pesquisadas 3 indústrias paranaenses localizadas nas regiões Norte, Noroeste e Oeste pertencentes ao Sistema Federação das Indústrias do Estado do Paraná e, participantes do Movimento Nos Podemos Paraná.

Como critérios de inclusão das indústrias, considerou-se as indústrias signatárias do Movimento Nós Podemos Paraná, certificadas pelo Selo ODM, cujas iniciativas, programas e projetos contribuem com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e que aceitassem participar do estudo assinando Termo de Cooperação.

Foram convidadas 7 indústrias e destas, 3 aceitaram participar do estudo, a saber:

- **Indústria I** – localizada na Região Noroeste do Estado, pertencente ao segmento metalúrgico, que conta com um total de 1.348 colaboradores, sendo 255 mulheres.
- **Indústria II** – localizada na Região Norte do Estado, pertencente ao segmento da construção civil, com 4.100 trabalhadores no total e 200 mulheres espalhadas em canteiros de obras, com idade entre 20 a 40 anos.
- **Indústria III** - localizada na Região Oeste do Estado, pertencente ao segmento da confecção industrial; com 348 trabalhadores no total, sendo 205 mulheres.

3.2 COLETAS DE DADOS

Os dados foram obtidos por pesquisa com uma amostra aleatória de 50 mulheres em cada indústria. A pesquisadora contatou profissionais do setor de Recursos Humanos das indústrias apresentando a proposta, e solicitando aprovação da aplicação da pesquisa.

Para entrevista foi utilizado um questionário semiestruturado que contemplou questões relacionadas ao perfil socioeconômico das mulheres trabalhadoras, a saúde geral e laboral, questões sobre a percepção e cuidados com a saúde auditiva e questões sobre as condições e riscos de trabalho (Apêndice).

O questionário foi aplicado nos meses de junho e julho de 2014, em reuniões em cada uma das indústrias onde a pesquisadora, acompanhada de profissionais dos setores de RH, reunidas em uma sala com as 50 mulheres explicava cada pergunta a ser respondida.

Em cada indústria participaram mulheres trabalhadoras dos diversos setores, desde administrativos, passando pelos setores técnicos e de setores de produção.

3.3 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados e organizados em tabelas contendo o número de sujeitos que responderam a pesquisa, divididos entre as 3 indústrias participantes.

Foram calculadas as frequências e percentual de cada variável para cada uma das indústrias e para o conjunto das mesmas.

Os dados foram analisados separadamente, de cada indústria participante, assim como, foram feitas análises comparativas levando-se em consideração o segmento que cada empresa pertence.

Para a análise de associação entre algumas variáveis foi utilizado o teste Qui-Quadrado, ao nível de significância 0,05.

Na análise da associação entre escolaridade e autopercepção de saúde, considerou-se duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior) e, duas para as considerações sobre a saúde (Boa e Regular/Ruim).

Considerou-se ainda duas categorias de respostas para analisar a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior) e duas para as considerações sobre a saúde (Boa e Regular/Ruim).

Para a análise da relação entre escolaridade e problemas de saúde considerou-se também duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/ Médio e Superior).

Para a aplicação do teste entre escolaridade e procura por assistência à saúde, considerou-se duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental+Médio e Superior) e duas para procura por assistência à saúde (só quando está doente e as demais).

Ainda, para a análise da relação entre escolaridade e, se tem ou teve doença adquirida no trabalho considerou-se duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior) e duas para doença adquirida no trabalho (teve alguma/teve e não).

Em relação entre a escolaridade e a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) foram consideradas duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior). A proporção de utilização de EPIS é significativamente maior entre as mulheres trabalhadoras com cursos Fundamental/Médio.

A relação entre a escolaridade e a percepção de níveis de ruído no ambiente de trabalho, pelas trabalhadoras, se considerou duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior). A proporção sujeito ao nível de ruído no trabalho é significativamente maior entre as trabalhadoras com cursos Fundamental/Médio.

Entre escolaridade e trabalho com produtos químicos considerou-se duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior). A proporção de casos sujeitos à exposição aos produtos químicos é significativamente superior entre as trabalhadoras com cursos Fundamental/Médio.

E por fim, verificou-se que existe relação significativa entre renda familiar e problemas de audição. A proporção de casos com problemas auditivos é significativamente maior entre as mulheres trabalhadoras com renda familiar até R$ 1.576,00.

4 RESULTADOS

Conforme citado anteriormente, o questionário aplicado às 150 mulheres trabalhadoras de 3 indústrias do Estado do Paraná procurou levantar a percepção dessas trabalhadoras em relação à saúde geral, a saúde laboral e auditiva, além dos riscos nos ambientes de trabalho.

O perfil socioeconômico também foi observado para se estudar a relação das variáveis com as questões de saúde das trabalhadoras.

As mulheres puderam ainda propor ações de saúde que segundo elas, seriam importantes na qualidade de vida e melhoria no ambiente do trabalho.

Em relação às indústrias, pesquisou-se as ações de assistência à saúde e, as de educação desenvolvidas, direcionadas às suas funcionárias.

TABELA 1 - PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS TRABALHADORAS DE INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ - N=150

continua

Variáveis	IND I[1]		IND II[2]		IND III[3]		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Idade								
menos 25 anos	9	18	3	6	16	32	28	19
25- 34 anos	26	52	21	42	18	36	65	43
35 -44anos	10	20	20	40	10	20	40	27
45+ anos	5	10	6	12	6	12	17	11
Total	50		50		50		150	
Escolaridade								
Fundamental	8	16	30	60	9	18	47	31
Médio	15	30	19	38	31	62	65	43
Superior	27	54	1	2	9	18	37	25
Não responderam	0	0	0	0	1	2	1	1
Total	50		50		50		150	
Situação Conjugal								
Solteira	20	40	12	24	14	28	46	31
União Consensual e Casada	24	48	28	56	32	64	84	56
Separada e Viúva	6	12	10	20	4	8	20	13
Total	50		50		50		150	
Número Filhos								
1 a 2	17	77	27	63	18	72	62	69
3 a 4	4	18	15	35	7	28	26	29
5 e+	1	5	1	2	0	0	2	2
Total	22		43		25		90	
Profissão								
Área administrativa	25	50	5	10	8	16	38	25
Área de produção	25	50	42	84	42	84	109	73
Não responderam	0	0	3	6	0	0	3	2
Total	50		50		50		150	
Renda Mensal (R$)								
700 a 1499	20	40	45	90	46	92	111	74
1500 a 2500	19	38	4	8	0	0	23	15
+ de 2500	7	14	0	0	0	0	7	5
Não responderam	4	8	1	2	4	8	9	6
Total	50		50		50		150	

TABELA 1 - PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS TRABALHADORAS DE INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ - N=150

conclusão

Variáveis	IND I(1)		IND II(2)		IND III(3)		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Renda Familiar (R$)								
700 a 1499	6	12	16	32	8	16	30	20
1500 a 2500	6	12	18	36	33	66	57	38
+ de 2500	32	64	11	22	5	10	48	32
Não responderam	6	12	5	10	4	8	15	10
Total	50		50		50		150	
Fez Curso Profissionalizante								
Sim	34	68	20	40	13	26	87	58
Não	16	32	29	58	35	70	80	53
Não responderam	0	0	1	2	2	4	3	2
Total	50		50		50		150	
Chefe da família								
Trabalhadora	20	40	26	52	17	34	63	42
Companheiro	18	36	12	24	14	28	44	29
Outros	7	14	10	20	15	30	32	21
Não responderam	5	10	2	4	4	8	11	7
Total	50		50		50		150	

(1) IND I: indústria do segmento metalúrgico, da região noroeste do PR.
(2) IND II: indústria da construção civil, da região norte do PR.
(3) IND III: indústria da confecção industrial, da região oeste do PR.

Observou-se que em relação a idade, a faixa etária predominante nas 3 indústrias foi 25 a 34 anos. Em relação à escolaridade, o maior número das trabalhadoras possuíam o Ensino Médio, porém, nessa variável encontramos diferenças, em relação ao segmento das indústrias. As trabalhadoras da indústria do segmento metalúrgico cursaram na maioria o Ensino Superior; do segmento da construção civil, as trabalhadoras possuíam o Ensino Fundamental; da indústria do segmento da confecção industrial, as trabalhadoras possuíam o Ensino Médio.

Na variável da situação conjugal notou-se que a maioria das trabalhadoras, 56%, eram casadas ou mantinham união consensual. Em relação ao número de filhos, a faixa predominante foi a de 1 a 2 filhos.

A maioria das trabalhadoras das 3 indústrias pesquisadas, 73% exerciam suas atividades na área de produção. Encontrou-se também maioria, 58%, no número de mulheres que fizeram cursos profissionalizantes.

A renda mensal das mulheres estava na faixa de R$ 700,00 a R$ 1.499,00 e, a renda familiar, na faixa de R$ 1.500,00 a R$ 2.500,00.

Observou-se que a maior parte das trabalhadoras pesquisadas (42%) eram as chefes de suas famílias.

Em relação a saúde geral das mulheres trabalhadoras pesquisou-se as variáveis de autoavaliação e os problemas de saúde, o tempo da última consulta e, os tipos de serviço de saúde utilizados. Outras variáveis em relação aos cuidados da saúde, automedicação, medicamentos de uso contínuo também foram pesquisadas.

TABELA 2 - PERFIL DA SAÚDE GERAL DAS TRABALHADORAS DE INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ - N=150

Percepção da saúde geral	IND I(1)		IND II(2)		IND III(3)		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Autoavaliação saúde								
Boa	40	80	43	86	33	66	116	77
Regular	9	18	5	10	16	32	30	20
Ruim	0	0	0	0	1	2	1	1
Não responderam	1	2	2	4	0	0	3	2
Total	50		50		50		150	
Problemas saúde								
Sim	14	28	9	18	17	34	40	27
Não	34	68	39	78	33	66	106	71
Não responderam	2	4	2	4	0	0	4	3
Total	50		50		50		150	
Tempo da última consulta de saúde								
Último mês	21	42	16	32	11	22	48	32
De 3 a 6 meses	22	44	23	46	26	52	71	47
Último ano	6	12	11	22	13	26	30	20
Não responderam	1	2	0	0	0	0	1	1
Total	50		50		50		150	
Medicamento uso contínuo								
Sim	27	54	21	42	23	46	71	47
Não	21	42	28	56	25	50	74	49
Não responderam	2	4	1	2	2	4	5	3
Total	50		50		50		150	
Cuida da própria saúde								
Sim	42	84	42	84	45	90	139	93
Não	4	8	8	16	4	8	16	11
Não responderam	4	8	0	0	1	2	5	3
Total	50		50		50		150	
Automedicação								
Sim	38	76	30	60	24	48	92	61
Não	11	22	18	36	25	50	54	36
Não responderam	1	2	2	4	1	2	4	3
Total	50		50		50		150	
Tipo de serviço de saúde utilizado								
SUS	3	5	44	59	41	44	88	39
Outros	54	93	29	39	52	56	135	60
Não responderam	1	2	2	3	0	0	3	1
Total	58		75		93		226	

(1) IND I: indústria do segmento metalúrgico, da região noroeste do PR.
(2) IND II: indústria da construção civil, da região norte do PR.
(3) IND III: indústria da confecção industrial, da região oeste do PR.

Na variável autoavaliação de saúde, observou-se que a maior parte das mulheres trabalhadoras, 77%, a consideraram boa e, também foi maioria, 71% as

que disseram não ter problemas de saúde. Em relação ao tempo da última consulta de saúde predominou a faixa de 3 a 6 meses e, os tipos de serviços de saúde utilizados, entre o SUS e Outros, predominou a alternativa Outros. 93% das trabalhadoras disseram cuidar da própria saúde e, a maioria delas alegaram se automedicaram. Notou-se que a maioria não faz uso de medicamentos de uso contínuo.

Quando analisou-se a relação entre escolaridade com auto percepção sobre saúde, escolaridade e problemas de saúde, e escolaridade e doenças no trabalho, utilizando-se o teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que não existe relação significativa (p=0,3266, p=0,2621, p=0,5710, respectivamente).

A análise da associação entre escolaridade e considerações sobre a saúde está abaixo:

TABELA 3 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE

Escolaridade	Considerações sobre a Saúde				Total
	Sem resposta	Boa	Regular	Ruim	
Sem resposta	-	3	-	-	3
Fundamental	-	38	11	-	49
Médio	1	45	15	1	62
Superior	-	30	6	-	36
Total	1	116	32	1	150

Através do teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que não existe relação significativa (p=0,3266) entre escolaridade e as considerações sobre a saúde. Para a aplicação do teste, considerou-se duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior) e duas para as considerações sobre a saúde (Boa e Regular/Ruim).

Pesquisou-se ainda a relação entre a escolaridade das trabalhadoras pesquisadas e os problemas de saúde:

TABELA 4 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E PROBLEMAS DE SAÚDE

Escolaridade	Problemas de Saúde			Total
	Sem resposta	Não	Sim	
Sem resposta	-	1	2	3
Fundamental	2	37	10	49
Médio	-	46	16	62
Superior	-	24	12	36
Total	2	108	40	150

Através do teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que não existe relação significativa (p=0,2621) entre escolaridade e problemas de

saúde. Para a aplicação do teste, foram consideradas duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior).

Segue a relação entre escolaridade das mulheres trabalhadoras e a procura por assistência médica:

TABELA 5 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E PROCURA POR ASSISTÊNCIA MÉDICA

Escolaridade	Procura por Assistência Médica					Total
	Sem resposta	Só quando está doente	Exames e prevenção	Levar filhos e parentes ao médico	Outros	
Sem resposta	-	2	-	1	-	3
Fundamental	1	29	13	4	2	49
Médio	2	31	24	2	3	62
Superior	-	24	10	1	1	36
Total	3	86	47	8	6	150

Através do teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que o existe relação significativa (p=0,0000*) entre escolaridade e a procura por assistência à saúde. Para a aplicação do teste, se considerou duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior) e duas para procura por assistência à saúde (só quando está doente e as demais). Existe uma proporção maior de procura por assistência à saúde somente quando está doente entre àquelas com curso superior.

Em relação ao perfil da saúde laboral das mulheres trabalhadoras foram pesquisadas as variáveis à adquirir alguma doença no trabalho e, se as mesmas fizeram tratamento dessa doença, se sofreram acidentes de trabalho e, se as indústrias realizam exames médicos periódicos. Também foi analisada a variável em relação a participação das mulheres em ações, ou eventos sobre saúde oferecidas pelas empresas.

TABELA 6 - PERFIL DA SAÚDE LABORAL DAS TRABALHADORAS DE INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ - N=150

Variáveis	IND I(1)		IND II(2)		IND III(3)		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Adquiriu alguma doença do trabalho								
Sim	12	24	6	12	8	16	26	17
Não	38	76	43	86	40	80	121	81
Não responderam	0	0	1	2	2	4	3	2
Total	50		50		50		150	
Tratou doença do trabalho								
Sim	4	8	3	6	5	10	12	8
Não	46	92	46	92	42	84	134	89
Não responderam	0	0	1	2	3	6	4	3
Total	50		50		50		150	
Sofreu acidente do trabalho								
Sim	7	14	6	12	1	2	14	9
Não	43	86	43	86	49	98	135	90
Não responderam	0	0	1	2	0	0	1	1
Total	50		50		50		150	
Empresa solicita exames periódicos aos empregados								
Sim	46	92	34	68	49	98	129	86
Não	4	8	12	24	0	0	16	11
Não responderam	0	0	4	8	1	2	5	3
Total	50		50		50		150	
Periodicidade dos exames								
Mensal/trimestral	1	2	3	6	2	4	6	4
Semestral/anual	44	88	38	76	46	92	128	85
Não responderam	5	10	9	18	2	4	16	11
Total	50		50		50		150	
Participação em eventos e/ou campanhas de saúde na empresa								
Sim	28	56	34	68	33	66	95	63
Não	21	42	14	28	12	24	47	31
Não responderam	1	2	2	4	5	10	8	5
Total	50		50		50		150	

(1) IND I: indústria do segmento metalúrgico, da região noroeste do PR.
(2) IND II: indústria da construção civil, da região norte do PR.
(3) IND III: indústria da confecção industrial, da região oeste do PR.

Observou-se que 81% das trabalhadoras não adquiriu doença do trabalho, embora, na Indústria I, do segmento metalúrgico, 12 trabalhadoras (24%) afirmaram terem adquirido alguma doença no trabalho. Por não terem adquirido doença no trabalho, 89% não tratou de doença do trabalho.

A maioria das mulheres, 90% das pesquisadas não sofreu acidente de trabalho.

Também é maioria, 86%, a afirmação pelas trabalhadoras de que as indústrias solicitam exames periódicos, e, a periodicidade dos exames que mais aparecem estavam na faixa semestral/anual.

Em relação a participação das trabalhadoras em eventos e/ou campanhas de saúde promovidas pelas indústrias, notou-se que é maior o número das que participam. São 63% delas.

Na pesquisa aplicada às trabalhadoras das 3 indústrias paranaenses, as mulheres fizeram propostas e sugestões de melhorias em relação às ações de saúde desenvolvidas ou, que pudessem ser implementadas.

TABELA 7 - PROPOSTAS E/OU MELHORIAS EM AÇÕES DE SAÚDE SUGERIDAS PELAS TRABALHADORAS - N=150

Propostas e/ou melhorias em ações de saúde	IND I(1)		IND II(2)		IND III(3)		TOTAL	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
1. Orientações e/ou realizações de exames preventivos ginecológicos	23	34	9	12	7	12	39	19
2. Prevenção, campanhas, palestras sobre saúde em geral	19	28	5	6	4	7	28	14
3. Respeito às diferenças entre mulheres e homens	5	7	3	4	1	2	9	4
4. Direito a mais consultas e exames	2	3	10	13	3	5	15	7
5. Atenção na área psicológica	4	6	5	6	1	2	10	5
6. Ginástica Laboral	0	0	13	17	4	7	17	8
7. Odontologia	2	3	2	3	3	5	7	3
8. Ambulatório com melhor estrutura	2	3	1	1	0	0	3	1
9. Plano de Saúde para filhos	0	0	10	13	0	0	10	5
10. Atenção a nutrição/alimentação	0	0	0	0	5	9	5	2
11. Satisfeitas com as ações existentes	4	6	7	9	7	12	18	9
12. Não responderam	7	10	12	16	23	40	42	21
Total	68		77		58		203	

(1)IND I: indústria do segmento metalúrgico, da região noroeste do PR.
(2) IND II: indústria da construção civil, da região norte do PR.
(3) IND III: indústria da confecção industrial, da região oeste do PR.

As trabalhadoras propuseram ações mais efetivas em relação à saúde da mulher, principalmente em relação à questões de prevenção, cuidados necessários, exames e campanhas educativas. Foram propostas ações de qualidade de vida nos locais de trabalho como ginástica laboral, atenção aos aspectos emocionais, respeito às diferenças de sexo, ambulatórios melhores estruturados e, maior atenção à alimentação. Notou-se que as trabalhadoras se preocupam também com a família pois propuseram planos de saúde estendidos aos filhos.

Além da saúde laboral pesquisou-se a saúde auditiva e os riscos no ambiente do trabalho através da percepção das trabalhadoras. Perguntou-se sobre a utilização de EPIs, o trabalho com produtos químicos e máquinas com vibração. Pesquisou-se a percepção das mulheres trabalhadoras em relação a saúde auditiva,

sobre o ambiente ruidoso, além das avaliações auditivas periódicas e as orientações, ações e eventos das indústrias em relação ao tema.

TABELA 8 - PERCEPÇÃO DA SAÚDE AUDITIVA E DOS RISCOS NO AMBIENTE DO TRABALHO POR TRABALHADORAS DE INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ - N=150

continua

Percepção da saúde auditiva e riscos ambientais	IND I[1]		IND II[2]		IND III[3]		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Riscos existentes no trabalho								
Sim	39	78	48	96	26	52	113	75
Não	7	14	0	0	14	28	21	14
Não responderam	4	8	2	4	10	20	16	11
Total	50		50		50		150	
Tipos de riscos identificados pelas trabalhadoras								
Ruído	14	29	19	21	14	41	47	27
Quedas	0	0	33	36	2	6	35	20
Ergonomia/movimentos repetitivos	14	29	0	0	9	26	23	13
Poeira	0	0	18	20	0	0	18	10
Químico	8	16	8	9	0	0	16	9
Cortes	0	0	6	7	2	6	8	5
Fumaça	6	12	0	0	0	0	6	3
Maquinário	0	0	0	0	5	15	5	3
Choques	0	0	5	5	0	0	5	3
Estresse	3	6	0	0	2	6	5	3
Movimentação de cargas	2	4	2	2	0	0	4	2
Solda / fagulhas	2	4	0	0	0	0	2	1
Total	49		91		34		174	
Usa EPI								
Sim	41	82	50	100	27	54	118	79
Não	9	18	0	0	19	38	28	19
Não responderam	0	0	0	0	4	8	4	3
Total	50		50		50		150	
Considera ambiente trabalho ruidoso								
Sim	25	50	40	80	22	44	87	58
Não	25	50	8	16	24	48	57	38
Não responderam	0	0	2	4	4	8	6	4
Total	50		50		50		150	
Usa máquinas com vibração								
Sim	8	16	19	38	13	26	40	27
Não	40	80	29	58	33	66	102	68
Não responderam	2	4	2	4	4	8	8	5
Total	50		50		50		150	
Trabalha com produtos químicos								
Sim	12	24	33	66	1	2	46	31
Não	37	74	16	32	46	92	99	66
Não responderam	1	2	1	2	3	6	5	3
Total	50		50		50		150	
Tem algum problema audição								
Sim	3	6	4	8	3	6	10	7
Não	47	94	46	92	46	92	139	93
Não responderam	0	0	0	0	1	2	1	1
Total	50		50		50		150	

TABELA 8 - PERCEPÇÃO DA SAÚDE AUDITIVA E DOS RISCOS NO AMBIENTE DO TRABALHO POR TRABALHADORAS DE INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ - N=150

conclusão

Percepção da saúde auditiva e riscos ambientais	IND I(1)		IND II(2)		IND III(3)		Total	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Empresa faz avaliação auditiva periódica								
Sim	48	96	42	84	50	100	140	93
Não	2	4	4	8	0	0	6	4
Não responderam	0	0	4	8	0	0	4	3
Total	50		50		50		150	
Foi orientada sobre perda auditiva na empresa								
Sim	19	38	36	72	15	30	70	47
Não	29	58	13	26	30	60	72	48
Não responderam	2	4	1	2	5	10	8	5
Total	50		50		50		150	
Evento de orientação sobre perda auditiva								
Palestra/curso de Integração	5	50	6	29	0	0	11	31
SIPAT	4	40	5	24	2	50	11	31
Audiometria	0	0	5	24	1	25	6	17
Palestras / diálogos da Segurança	1	10	5	24	1	25	7	20
Total	10		21		4		35	
Realizou avaliação ou consulta auditiva fora da empresa								
Sim	3	6	13	26	3	6	19	13
Não	47	94	35	70	46	92	128	85
Não responderam	0	0	2	4	1	2	3	2
Total	50		50		50		150	

(1) IND I: indústria do segmento metalúrgico, da região noroeste do PR.
(2) IND II: indústria da construção civil, da região norte do PR.
(3) IND III: indústria da confecção industrial, da região oeste do PR.

Constatou-se que 75% das trabalhadoras tem a percepção dos riscos existentes nos ambientes de trabalho, e o ruído foi o risco mais identificado, nas 3 indústrias participantes da pesquisa, seguido das quedas e, das questões da ergonomia através dos movimentos repetitivos.

As 3 indústrias realizam avaliações auditivas periódicas, conforme as trabalhadoras.

As trabalhadoras consideraram ruidoso o ambiente de trabalho, principalmente as da indústria do segmento da construção civil, seguida pela indústria metalúrgica. E, são nessas mesmas indústrias onde mais as mulheres alegaram utilizar EPIs, sendo 100% e, 82%, respectivamente.

Notou-se equilíbrio nas respostas em relação às orientações das indústrias quanto a saúde auditiva e, ações educativas sendo na maioria essas ações terem sido realizadas nas SIPATs.

A relação entre escolaridade e a utilização dos Equipamentos de Segurança Individuais (EPIs), segue abaixo:

TABELA 9 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E UTILIZAÇÃO DE EPIs

Escolaridade	Utilização de EPIs			Total
	Sem resposta	Não	Sim	
Sem resposta	-	1	2	3
Fundamental	1	4	44	49
Médio	2	11	49	62
Superior	1	15	20	36
Total	4	31	115	150

Através do teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que existe relação significativa (p=0,0003*) entre escolaridade e utilização de EPIS. Para a aplicação do teste, foram consideradas duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior). A proporção de utilização de EPIS é significativamente maior entre as mulheres trabalhadoras com cursos Fundamental/Médio.

TABELA 10 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E PERCEPÇÃO DOS NÍVEIS DE RUÍDO NO AMBIENTE DE TRABALHO

Escolaridade	Nível de Ruído no Ambiente de Trabalho			Total
	Sem resposta	Não	Sim	
Sem resposta	-	1	2	3
Fundamental	1	10	38	49
Médio	3	18	41	62
Superior	-	25	11	36
Total	4	54	92	150

Através do teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que o existe relação significativa (p=0,0000*) entre escolaridade e percepção dos níveis de ruído no ambiente de trabalho. Para a aplicação do teste, se considerou duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior). A proporção sujeito ao nível de ruído no trabalho é significativamente maior entre as trabalhadoras com cursos Fundamental/Médio.

TABELA 11 - RELAÇÃO ENTRE ESCOLARIDADE E TRABALHO COM PRODUTOS QUÍMICOS

Escolaridade	Trabalho com Produtos Químicos			Total
	Sem resposta	Não	Sim	
Sem resposta	-	2	1	3
Fundamental	1	16	32	49
Médio	2	40	20	62
Superior	-	33	3	36
Total	3	91	56	150

Através do teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que o existe relação significativa (p=0,0000*) entre escolaridade e trabalho com produtos químicos. Para a aplicação do teste, considerou-se duas categorias de respostas para a escolaridade (Fundamental/Médio e Superior). A proporção de casos sujeitos à exposição aos produtos químicos é significativamente superior entre as trabalhadoras com cursos Fundamental/Médio.

TABELA 12 - RELAÇÃO ENTRE RENDA FAMILIAR E PROBLEMAS DE AUDIÇÃO

Renda Familiar	Problemas de Audição			Total
	Sem resposta	Não	Sim	
Sem resposta	-	7	-	7
Até R$ 1.576,00	1	34	9	44
Acima de R$ 1.576,00	1	87	1	99
Total	2	138	10	150

Através do teste Qui-quadrado, ao nível de significância de 0,05, verifica-se que existe relação significativa (p=0,0000*) entre renda familiar e problemas de audição. A proporção de casos com problemas auditivos é significativamente maior entre as mulheres trabalhadoras com renda familiar até R$1.576,00.

No quadro a seguir registrou-se as ações desenvolvidas pelas 3 indústrias que participaram da pesquisa, divididas em duas categorias: as de assistência à saúde e, as ações educativas.

QUADRO 1 - AÇÕES AFIRMATIVAS PARA TRABALHADORAS NAS INDÚSTRIAS DAS REGIÕES NOROESTE, NORTE E OESTE DO ESTADO DO PARANÁ

Indústria	Categorias	Ação afirmativa
Indústria I	Assistência à Saúde	Plano de Saúde. Consultas Médicas no Ambulatório da Empresa. Exames de Saúde: admissionais, periódicos, de mudança de função, de retorno ao trabalho quando afastamento e demissional. Exames médicos periódicos anuais: audiometria, rx tórax, exames de laboratório e espirometria
	Ações Educativas	Treinamento de Primeiros Socorros; Realização da SIPAT - Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho; Funcionamento da CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho.
Indústria II	Assistência à Saúde	Exames periódicos previstos por lei através de parcerias com o SESI Paraná e Sindicato Patronal.
	Ações Educativas	Palestras mensais pelos Técnicos de Segurança do Trabalho sobre o uso dos Equipamentos de Proteção Individual e Coletivo. Especificamente para as trabalhadoras realiza-se a Campanha Outubro Rosa com palestras sobre prevenção do câncer de mama e outras doenças.
Indústria III	Assistência à Saúde	Convênio com o SESI Paraná para realização de exames periódicos especificados no PCMSO. Ginástica Laboral:disponibilização de um profissional que diariamente realiza exercícios laborais específicos para cada setor. Fisioterapia Preventiva: os funcionários agendam consultas na própria empresa para avaliações, orientações e acompanhamentos em casos de dores, cansaços, inquietações. Disponibilização de EPIs e EPCs. Plano de Assistência Familiar Umuprev – 80% pago pela indústria e 20% pago pelo funcionário com consultas médicas, odontológicas, exames laboratoriais, cirurgias e medicamentos.
	Ações Educativas	Funcionamento da CIPA Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho. Realização da SIPAT Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho.

IND I: indústria do segmento metalúrgico, da região noroeste do PR.
IND II: indústria da construção civil, da região norte do PR.
IND III: indústria da confecção industrial, da região oeste do PR.

5 DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a saúde do trabalhador e um ambiente de trabalho saudável são valiosos bens individuais, comunitários e dos países. A saúde ocupacional é uma importante estratégia não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade e sendo assim, é urgente a inclusão das questões da saúde da trabalhadora em estudos, pesquisas e políticas visto que conforme já mencionado, em um total de 2,9 bilhões de trabalhadores no mundo conforme a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2006, 1,2 bilhões eram mulheres.

No Brasil, segundo dados do IBGE de 2012, a trabalhadora representa 63,9% da população ocupada entre 25 e 49 anos e, 94,85% dessas mulheres exercem a dupla jornada de trabalho pois além de trabalharem fora de casa, ocupam-se também dos afazeres domésticos, e dos cuidados com filhos e marido.

Ainda segundo a OMS, os maiores desafios para a saúde do trabalhador atualmente e no futuro são os problemas de saúde ocupacional ligados com as novas tecnologias de informação e automação, novas substâncias químicas e energias físicas, riscos de saúde associados a novas biotecnologias, transferência de tecnologias perigosas, envelhecimento da população trabalhadora, problemas especiais dos grupos vulneráveis (doenças crônicas e deficientes físicos), incluindo migrantes e desempregados, problemas relacionados com a crescente mobilidade dos trabalhadores e ocorrência de novas doenças ocupacionais de várias origens, e que conforme já apresentado nesse estudo inclue-se as mulheres trabalhadoras.

Segundo Santana, Loomis e Newman (2001) a relação saúde, trabalho e gênero é escassa e estudos recentes têm apontado associações positivas entre a pior condição de saúde e a dupla carga de trabalho entre mulheres, indicando a necessidade de se considerar as especificidades do trabalho feminino, suas exigências e repercussões na saúde o que foi constatado nesse estudo onde das 150 trabalhadoras que responderam a pesquisa.

Constatou-se através da pesquisa para esse estudo a urgência que as questões sociais e problemas sociológicos sejam eles relacionados ao trabalho, à saúde, à educação, à famíla, à violência, às ciências, à cultura, à identidade passem

a ser estudados e tratados com o olhar de gênero. A questão que surge é sobre o que determina alguém como masculino e feminino e assim, como se estudar e agir em relação à saúde do trabalhador e à saúde da trabalhadora. Giddens (2005) destaca que as diferenças sociais entre homens e mulheres despertam o interesse sociológico porque estão intimamente relacionadas às desigualdades e às relações de poder em uma sociedade, o que se pode também inserir as relações no trabalho.

Nos estudos de gênero, o termo gênero é usado para se referir às construções sociais e culturais de masculino e feminino e é nesse contexto que gênero exclui referências para as diferenças biológicas, e foca nas diferenças culturais, o que agrega importância em relação ao trabalho e o tema dentro das empresas. Gênero serve, assim, para determinar tudo que é social, cultural e historicamente definido e não é sinônimo de sexo, sendo mutável e estando em constante processo de ressignificação devido às interações concretas entre indivíduos do sexo feminino e masculino.

A faixa etária predominante das mulheres trabalhadoras, das 3 indústrias pesquisadas foi 25 a 34 anos, idade onde segundo a Organização Internacional do Trabalho (2000) está a maior parcela da população ativa mundial.

Bruschini, Lombardi e Umbehaum (2006) afirmam que a educação tem ganhado destaque como fator desencadeante do avanço da mulher no mercado de trabalho. Em relação à escolaridade, o maior número das trabalhadoras que responderam a pesquisa possuíam o ensino médio, porém, nessa variável encontramos diferenças, em relação ao segmento das indústrias. As trabalhadoras da indústria do segmento metalúrgico cursaram na maioria o ensino superior; do segmento da construção civil, as trabalhadoras possuíam o ensino fundamental; da indústria do segmento da confecção industrial, as trabalhadoras possuíam o ensino médio.

Das 150 mulhereres, 58% fizeram algum curso profissionalizante.O conhecimento obtido por meio da qualificação não evita todos os riscos no trabalho mas aliado ao gênero, interfere decisivamente na questão da proteção. O conhecimento ou a falta dele propicia os cuidados ou descasos diante dos riscos e, o gênero serve como suporte ao fato das mulheres mostrarem-se mais atentas aos riscos invisíveis que podem deixar marcas igualmente invisíveis, para o uso mais constante de equipamentos de proteção, como para o maior cuidado de si e dos

outros como apontam estudos de Grisci, Pivetta e Gomes (2008) já citados nesse estudo.

A maioria das trabalhadoras das 3 indústrias pesquisadas, 73% exerciam suas atividades na área de produção, cujo ambiente se caracteriza por postos de saúde mais insalubres, perigosos e propensos aos acidentes de trabalho segundo Brito e D'Acri (1991), que consideram que um dos fatores que condiciona a saúde das mulheres é a sua posição no processo de produção, ou seja, o posto de trabalho que ocupam.

Na indústria metalúrgica (segmento "masculinizado") e na indústria de confecção industrial (segmento "feminilizado") pesquisadas nesse estudo percebeu-se que como afirma Kergoat (1982) a organização técnica e social do trabalho varia segundo se trate de uma fábrica de homens ou de uma fábrica de mulheres e, mais do que isso, as relações de força capital/trabalho não são as mesmas, segundo o trabalho se conjugue no feminino ou masculino.

""Eu acho muito importante incluir programa de saúde para as mulheres pois somos mais sensíveis. Não somos homens, que se acham fortes." (NGA, 35 anos, soldadora, Indústria I).

"As vezes somos tratadas e vistas como hoemens. Falta gentileza." (RAP, 25 anos, líder de vendas, Indústria I).

Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), um fenômeno relevante diagnosticado foi o aumento da proporção de domicílios chefiados por mulheres entre 1992 a 2002, onde os indicadores demonstravam que as mulheres mantinham economicamente cerca de 22,3% das famílias.Encontramos nesse estudo que 56% das trabalhadoras eram casadas ou mantinham união consensual e, a maioria, 42% eram chefes de família, percentual superior a média nacional.

Em relação ao número de filhos, a faixa predominante foi a de 1 a 2 filhos, onde a média de filhos por mulher no país, segundo o Censo Demográfico de 2010 do IBGE chegou a 1,9. Os números mostram que a taxa de fecundidade brasileira caiu de 6,16, em 1940, para 1,9, entre 2000 e 2010 e, segundo ainda o IBGE, a taxa de fecundidade é maior conforme o grau de instrução e de rendiment oda mulher.

A renda mensal das mulheres estava na faixa de R$ 700,00 a R$ 1.499,00, 1 a 2 salários mínimos e, a renda familiar, na faixa de R$ 1.500,00 a R$ 2.500,00, 2 a 3 salários mínimos e, conforme Hirata (2002), as desigualdades dos salários, das condições de trabalho e da saúde não foram significativamente reduzidas com o

crescimento do emprego assalariado das mulheres, e a divisão do trabalho doméstico não mudou de fato, apesar das responsabilidades crescentes assumidas, pelo menos por algumas dessas mulheres, no campo do trabalho profissional.

Em relação a saúde geral das mulheres trabalhadoras pesquisou-se as variáveis de autoavaliação e os problemas de saúde, o tempo da última consulta e, os tipos de serviço de saúde utilizados. Outras variáveis em relação aos cuidados da saúde, automedicação, medicamentos de uso contínuo também foram pesquisadas. Quanto aos aspectos relacionados à saúde das trabalhadoras constatou-se que as mesmas tem conhecimento da importância dos cuidados com sua saúde, dos exames preventivos, da necessidade do uso dos equipamentos de proteção individual e coletivo porém, uma proporção ainda não tem estes cuidados. Segundo Brito e D'Acri (1991) sem reconhecerem-se no grupo sexuado, as trabalhadoras convivem com a dificuldade de reconhecer problemas patogênicos que lhes são comuns, oriundos do processo de trabalho e das características biológica.

Observa-se também a afirmação de Giatti e Barreto (2002) que destreza feminina manual (precisão motriz, agilidade digital e clareza gestual), a monotonia e a atenção a vários sinais como controle auditivo, visual e tátil, entre outros exemplos, são exigências predominantes no trabalho feminino: doméstico ou assalariado. Entendê-las como competências naturais das mulheres é um passo certo para desvalorizar o trabalho feminino, para a manutenção de divisão sexual do trabalho e para mascarar o desgaste gerado nessas condições. Na indústria, a postura estática, a cadência elevada, as tarefas parceladas, exigindo grande resistência nervosa, com duração limitada do ciclo de trabalho, utilização de pequeno número de músculos e pouca amplitude de movimentos, são constantemente encontradas nos postos de trabalho ocupados pelas mulheres.

“Precisamos de algumas paradas para alongamento. Trabalhamos muito sentadas” (OASS, 29 anos, costureira, Indústria III).

As indústrias pesquisadas apresentaram alguns destes padrões e podem estar afetando as trabalhadoras, não sendo no entanto percebidas pelas mesmas.

Quando analisou-se a relação entre escolaridade com auto percepção sobre saúde, escolaridade e problemas de saúde, e escolaridade e doenças no trabalho, nas 3 indústrias pesquisadas, verificou-se que não existe relação significativa porém, segundo Abramo (2000), atualmente são poucas as pesquisas sobre os novos paradigmas produtivos que incorporam sistematicamente a dimensão de gênero no

mundo do trabalho. A reduzida presença da variável gênero nos estudos sobre a reestruturação produtiva em geral e os processos de inovação tecnológica de maneira particular já foram observados por vários autores.

“O Programa de Saúde da empresa é muito bom, eu acho.” (PMP, 22 anos, etiquetadora, Indústria III).

Constatou-se que 75% das trabalhadoras tem a percepção dos riscos existentes nos ambientes de trabalho, e o ruído foi o risco mais identificado, nas três indústrias participantes da pesquisa, seguido das quedas e, das questões da ergonomia através dos movimentos repetitivos. Conforme Araújo (2002), o ruído elevado poderá atuar como fator predisponente à ocorrência de acidentes de trabalho, e ser causa agravante de doenças nos sistemas cardiovascular e endócrino por ação do sistema nervoso autônomo, daí a necessidade de utilização de protetores auditivos para a redução mecânica do ruído e a de Programas de Conservação Auditiva nas indústrias em que os trabalhadores estão expostos a ruído excedendo 85dB.

“Os ruídos do setor de produção incomoda aqui no almoxarifado.” (APRS, 18 anos, almoxarife I, Indústria I).

As ações à saúde desenvolvidas pelas empresas pesquisadas ainda estão relacionadas à assistência e a obrigatoriedade legal em serem implementadas, mesmo que as indústrias sejam diferenciadas no âmbito da Responsabilidade Social Corporativa já que se inscreveram e receberam o Selo ODM, afirmando assim que contribuem com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Duas das indústrias pesquisadas oferecem planos de saúde à suas trabalhadoras e, uma das indústrias apenas mantém convênio com o sindicato da categoria para oferecer exames médicos periódicos talvez porque a Saúde Laboral ainda encontra dificuldades em responder às problemáticas de saúde emergentes do processo de produção (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2006) e,os problemas de saúde das mulheres não são vistos como relacionados com o trabalho, sendo enfocados apenas do ponto de vista da prevenção dos riscos à gravidez, reforçando a visão biológica e funcional sobre a mulher (OLIVEIRA, 1999).

É importante observar que as ações e os estudos voltados para o trabalho feminino só se desenvolveram a partir da década de 70, com a história das mulheres vinculada às concepções marxistas, privilegiando o trabalho fabril e as identificações da opressão masculina e capitalista sobre o sexo feminino. Inicialmente essas pesquisas tiveram como preocupação a visibilidade da mulher em contraposição à

historiografia caracterizada como eminentemente masculina; apesar de relevante para o questionamento de certezas cristalizadas no meio acadêmico, esse formava um grupo homogêneo (MACHADO, 2003).

As trabalhadoras propuseram ações mais efetivas em relação à saúde da mulher, principalmente em relação à questões de prevenção, cuidados específicos à saúde do trabalho necessários, exames e campanhas educativas. Foram propostas ainda ações de qualidade de vida nos locais de trabalho como ginástica laboral, atenção aos aspectos emocionais, respeito às diferenças de sexo, ambulatórios melhores estruturados e, maior atenção à alimentação. Notou-se que as trabalhadoras se preocupam também com a família pois propuseram planos de saúde estendidos aos filhos. Essas propostas vem de encontro ao estudo do Instituto Ethos que afirma que, para a grande maioria das pessoas a saúde é vista como condição fundamental de satisfação. A empresa que oferece para seus funcionários e funcionárias um programa de saúde aumenta o vínculo dos mesmos com a organização, produzindo maior confiança e aderência a seus objetivos.

“Estamos conquistando o mercado de trabalho e estamos deixando a saúde de lado.” (JSQ, 30 anos, eletricista, Indústria II).

“As mulheres estão se igualando aos homens, deixando a saúde e só pensando em trabalho.” (SV, 47 anos, operadora de montagem de eixo, Indústria I).

Destaca-se a importância em ouvir as trabalhadoras e o permanente diálogo e atenção às necessidades e sugestões para a definição de ações afirmativas mais efetivas.Como consequência indireta, a empresa pode vir a ter redução da rotatividade de pessoas e menor vulnerabilidade social e de saúde e, responder a exigências legais. O investimento expressivo na saúde, com efetivo olhar para a saúde da mulher é um componente cada vez mais generalizado entre as empresas socialmente responsáveis. Isso ocorre pelo fato de que essa iniciativa fortalece a sustentabilidade da atividade produtiva para grande parte das empresas. Além do mais, é um tipo de ação que tem reflexos na rentabilidade dos negócios, uma vez que, a médio e longo prazo, os custos de prevenção são menores que as despesas resultantes de problemas de saúde para os quais não houve uma ação preventiva,como afirma estudos do Instituto Ethos.

“Precisamos de ginástica laboral, massagem, exames de prevenção para doenças da mulher porque com saúde, trabalhamos melhor.” (CCY, 21 anos, servente de limpeza, Indústria II).

As doenças impactam a empresa não só com os custos de seu tratamento, mas também por suas consequências, como o absenteísmo e a perda da produtividade mas acima destas questões estaria contribuindo para a garantia dos direitos humanos, direitos à saúde e qualidade de vida e, para um mundo mais justo equânime, fatos dialogados com os gestores das indústrias pesquisadas nesse estudo porém, não transformadas em ações efetivas de estudos e alterações nos ambientes de trabalho visitados durante a aplicação da pesquisa.

Em 1995, quando a Organização Inteos rnacional do Trabalho (OIT) revisou e ampliou o conceito da "Saúde do Trabalhador" ficou ainda mais claro que os três setores da sociedade, setor público, privado e sociedade civil organizada, precisavam estar atentos às mudanças do mundo do trabalho. Ainda segundo a OIT, o foco deveria estar direcionado para três objetivos:

1. A manutenção e promoção da saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores e de suas capacidades de trabalho;
2. O melhoramento das condições de trabalho, para que fossem compatíveis com a saúde e com a segurança;
3. O desenvolvimento de culturas organizacionais que contribuíssem com a saúde e segurança, capazes de criarem um clima positivo que favorecessem a melhoria da produtividade.

Mas, apesar do marcante aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, no Brasil, persiste um desconhecimento generalizado sobre os efeitos do trabalho sobre sua saúde. Esse aumento em ocupações anteriormente restritas a trabalhadores do sexo masculino, como nas indústrias, além do crescimento de oportunidades de trabalho nas áreas executivas e de coordenação, para mulheres de classe média, têm colocado a necessidade de estudos epidemiológicos que atualizem, dentro de uma perspectiva de gênero, o conhecimento produzido exclusivamente a partir da observação de grupos de homens (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995) o que podemos notar em relação às respostas de trabalhadoras do setor administrativo e de produção desse estudo.

A evolução da sociedade impacta fortemente no mundo do trabalho estabelecendo novas responsabilidades para organizações, trabalhadores e trabalhadoras que têm alterado o comportamento derrubando a tese de que as mulheres são mais atenciosas do que os homens em relação a à saúde. Conforme

dado dos Indicadores Sociais do IBGE (2014) a mortalidade por distúrbios considerados como preveníveis, entre eles o câncer de mama, entre brasileiras de 30 a 69 anos cresceu de 17,4 a cada 100 mil habitantes, em 1990, para 20,4 em 2010, ou seja um crescimento de 16,7%.

É importante também registrar as limitações desse estudo já que a pesquisa foi aplicada em 3 das 7 indústrias paranaenses contatadas e convidadas a participarem. Atualmente são mais de 300 organizações dos setores público, privado e sociedade civil organizada reconhecidas com o Selo ODM, do Movimento Nós Podemos Paraná, que contribuem com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o critério de inclusão das indústrias para esse estudo.

Seria recomendável a criação de uma linha de pesquisa com um aprofundamento nas questões da saúde das trabalhadoras no curso de mestrado e doutorado em Disturbios da Comunicação, com a realização de estudos mais amplos sobre as especificidades de gênero no foco da saúde das trablhadoras.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a presença cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho, nas mais diversas profissões, cargos, funções, encontramos novas configurações nos papéis de homens e mulheres nas atividades produtivas. Porém, em diferentes proporções nessa evolução, encontramos ainda discriminação e preconceito, camuflados em diferentes contextos.

A cada momento, observa-se a necessidade de se reconquistar o direito à cidadania, à educação, ao trabalho, à sexualidade e, até mesmo, ao próprio corpo como afirma Eva Blay (2002).

Com base nesse estudo reforça-se a relevância da discussão da situação das mulheres trabalhadoras no mundo atual. O desafio para se identificar prioridades determinadas, pelo cenário sociodemográfico e epidemiológico atual ainda é grande.

No século passado seria difícil imaginar que as mulheres são atualmente mais da metade dos postos de trabalho no Brasil pois, até 1962 as mulheres casadas dependiam da autorização do marido para trabalhar. Mas, é fato de que ainda encontramos a divisão sexual do trabalho que estabelece os lugares destinados aos homens e mulheres, as estratégias de qualificação, os postos de trabalho, os cargos, as políticas de benefícios e, as questões de saúde e segurança.

Hoje, segundo o IBGE são cerca 63% de trabalhadoras, no total no número de trabalhadores brasileiros que enfrentam a dupla e até, a tripla jornada de trabalho, com salários menores aos dos homens nos mesmos cargos e/ou funções; ambientes de trabalho insalubres e inseguros, equipamentos de segurança "masculinos", sem contar com o assédio moral e sexual de que ainda são vítimas, e com a dupla discriminação que sofrem as trabalhadoras negras, segregadas, pela questão de gênero e raça.

É significativo o dado da Organização Internacional do Trabalho (2000) quando afirma que mais de 40% da mão de obra mundial, ou seja, há 1.200 milhões de mulheres para um total de 3.000 milhões de trabalhadores e, por isso suscitou-se um conjunto de questões do trabalho relacionadas à igualdade de gênero, no que se refere às mais diversas questões como cargos, salários, oportunidades, capacitações, saúde e, aos diferentes e diversos efeitos riscos laborais.

A globalização e a competitividade bem como, a legislação e a evolução histórica fez com que as empresas repensassem suas missões, valores e

responsabilidade por uma sociedade mais justa, igualitária e sustentável, passando pela valorização da igualdade de gênero. Muitas empresas valorizam suas trabalhadoras e entendem que mantê-las saudáveis, traz benefícios para todos, além de perceberem e respeitarem que existem atributos e capacidades característicos que são importantes para melhores resultados.

Nesse contexto, empresas que vem trabalhando com uma visão integradora de suas trabalhadoras, as reconhecendo como cidadãs, mulheres e não apenas como mães, além de ganharem na produtividade e competitividade, estão sendo reconhecidas como éticas e sustentáveis, as diferenciando no contexto do trabalho.

O Instituto Ethos afirma que o investimento na saúde da mulher é um componente que vem avançando nas empresas socialmente responsáveis, com fortes reflexos na rentabilidade dos negócios, a curto, médio e longo prazos e, vai além quando afirma que os custos de prevenção são menores que os resultantes de problemas de saúde.

Ações afirmativas são importantes instrumentos para que as empresas, de qualquer porte e segmento possam planejar e atuar no sentido de promover políticas a grupos segregados como mulheres, negros e negras, jovens aprendizes, deficientes, imigrantes, e outros, os beneficiando na inserção no trabalho e, consequentemente apoiando a exclusão da discriminação.

O diálogo permanente com as trabalhadoras e outros grupos sociais, que pressupõe uma escuta ampla e o empoderamento das mulheres, permitindo a participação das mesmas na definição de estratégias para melhoria das condições de trabalho ou seja, de ações afirmativas sociais incluindo melhores salários, igualdade nas oportunidades de promoção e, ações afirmativas de saúde específicas, são essenciais para alcançar a verdadeira igualdade de gênero no Paraná e no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, L. A situação da mulher latino-americana – o mercado de trabalho no contexto da reestruturação. **Revista Mulher e Trabalho Experiências de Ação Afirmativa**, São Paulo. 2000.

ALLEDI, C.; QUELHAS, O. A sustentabilidade das organizações e a gestão da ética, transparência e responsabilidade social corporativa. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 1., 2003. Niterói. **Anais**... Niterói: Universidade Federal Fluminense (UFF), 2003.

AQUINO, E.M.L. et al. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.174-189, abr/jun, 1991.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; MARINHO, L. F. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.281-290, abr./jun., 1995.

ARAÚJO, A. M. C.; OLIVEIRA, E. M. Reestruturação produtiva e saúde no setor metalúrgico: a percepção das trabalhadoras. **Sociedade e Estado**, Brasília, v.21, n.1, p.169-198, 2006.

ARAÚJO, S. A. Perda auditiva induzida por ruído em trabalhadores de metalúrgica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.68, n.1, p.47-52, jan./fev. 2002.

ARBER, S. Integrating non-employment into research on health inequalities. **International Journal of Health Services**, v.26, n.3, p.445-481, 1996.

BERTONCELLO, S. L. T.; CHANG JUNIOR, J. A importância da responsabilidade social corporativa como fator de diferenciação. **Revista da Faculdade de Comunicação e Marketing da Fundação Armando Alvares Penteado**, São Paulo, n.17, p.70-76, 2007.

BLAY, E. A. (Org.). **Igualdade de oportunidades para as mulheres**: um caminho em construção. São Paulo: Humanitas, 2002.

BONCIANI, M. **Saúde, ambiente e contrato coletivo de trabalho**. São Paulo: LTR, 1996.

BRASIL. Ministério da Justiça. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília. 1996. Disponível em: <www.brasil.gov.br>. Acesso em: 19 nov. 2014.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional**. Abr. 1998. Disponível em: <www.brasil.gov.br>. Acesso em: 19 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Perda auditiva induzida por ruído (PAIR)**: saúde do trabalhador – protocolos de complexidade diferenciada 5.ed. Brasília: do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero**. 1.ª Impressão. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2010. 88 p.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Cadastro Nacional de Atividades Econômicas – CNAE**. Disponível em: <www.brasil.gov.br>. Acesso em: 02 nov. 2014.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relação Anual de Informações Sociais – RAIS**. 2013. Disponível em: <www.brasil.gov.br>. Acesso em: 19 nov. 2014.

BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da UNESP, 1991.

_____. **Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación**. 2.ed. Quito: CEAS, 1995.

BRITO, J.; D'ACRI, V.; Referencial de análise para estudo da relação trabalho, mulher e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.201-214, 1991.

BRUSCHINI, C. Trabalho da mulher: igualdade ou proteção? **Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas**, São Paulo, n.61, p.58-67, 1987.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R.; UNBEHAUN, S. O progresso das mulheres no Brasil. In: **Trabalho, renda e políticas sociais**: avanços e desafios. 2006. Disponível em: <www.mulheresdobrasil.org.br>. Acesso em: 20 nov. 2012.

CARLOTO, C. M. Gênero, reestruturação produtiva e trabalho feminino. **Revista do Serviço Social**, Londrina, v.4, 2006.

_____. Adoecimento no trabalho, as mulheres na categoria do asseio e limpeza. **Revista do Serviço Social**, Londrina, v.6, 2014.

CARPENTER, L. M. **Health-related selection and mortality in employees of the United Kingdom atomic energy authority**. 1990. Dissertação (Doutorado) - London School of Hygiene and tropical medicine,University of London, Londres, 1990.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

COSTA, A. M.; GUIMARÃES, M. C. L. **Controle social**: uma questão de cidadania. Saúde é assunto para mulheres. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde; 2002.

COSTA, A.; BARROSO, C.; SARTI, C. **Pesquisa sobre Mulher no Brasil: do limbo ao gueto?** Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n.54, p.5-15, agosto, 1985.

DELGADO, D.; CAPPELLIN, P.; SOARES, V. (Orgs.). **Mulher e trabalho**: experiências de ação afirmativa. São Paulo: Boitempo, 2000.

DIAS, A.; CORDEIRO, C.; CORRENTE, J. E.; GONÇALVES, C. G. O. Associação entre perda auditiva induzida pelo ruído e zumbidos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.63-68, 2006.

FERREIRA JR., M. Perda auditiva induzida pelo ruído. In: FERREIRA JR., M. (Org.). **Saúde no trabalho**. São Paulo: Roca; 2000. p.262-285.

FERREL, O. C.; FRAEDRICH, J.; FERREL, L. **Ética empresarial**: dilemas, tomadas de decisões e casos. 4.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.2, p.424-428, 2009.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Trabalho feminino e saúde na terceira idade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.825-839, 2002.

GIDDENS, A. **Sociologia.** Anthony Giddens, tradução Sandra Regina Netz. 4ed, Artmed, Porto Alegre, 2005.

GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GONÇALVES, C. G. O. **O ruído, as alterações auditivas e o trabalho**: estudo de casos em indústrias metalúrgicas de Piracicaba. 2003. Tese (Doutorado) - UNICAMP, São Paulo, 2003.

_____. **Saúde do trabalhador**: da estruturação à avaliação de programas de preservação auditiva. São Paulo: Rocca, 2009.

GONÇALVES, C.; LACERDA, A. B. M.; RIBAS, A.; OLIVA, F.; ALMEIDA, S. B.; MARQUES, J. M. Exposição ocupacional ao ruído em odontólogos do Paraná: percepções e efeitos auditivos. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.38, n.4, p235-243, 2009.

GRISCI, C.L.I.; PIVETTA, A.L.; GOMES, S.R. Gênero, saúde e risco no cotidiano do trabalho. In ZANELLA, A.V. et al., org **Psicologia e práticas sociais (online)**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008.

HARTMANN, H. The Economic emergence of woman: bergmann's six commitments. **Feminist Economics**, v.4, n.3, 1998.

HIRATA, H. Globalização, trabalho e tecnologias: uma perspectiva de gênero. **Revista Presença de Mulher**, São Paulo, n.30, 1997.

_____. **Nova divisão sexual do trabalho**. São Paulo. Boitempo Editora. 2002.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Mensal de Emprego 2003-2011**. 2012. Disponível em: <www.ibge.org.br>. Acesso em: 12 out. 2014.

INSTITUTO ETHOS, de Empresas e Responsabilidade Social. São Paulo: Peirópolis, 2007.

_____. **Como as empresas podem investir na saúde da mulher**. São Paulo: Instituto Ethos, 2000.

_____. **Perfil social e de gênero das 500 maiores empresas do Brasil e suas ações afirmativas**: Pesquisa 2010. São Paulo: Instituto Ethos, 2010.

IPEA. **Pesquisa de Ação Social nas Empresas no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <www.brasil.gov.br>. Acesso em: 28 nov. 2014

JERGER, S.; JERGER, J. **Alterações auditivas um manual para avaliação clínica**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 1989.

KERGOAT, D. **Les Ouvrières**. Paris: Edit Le Sycomore, 1982.

KURPPA, K.; RANTALA, K.; NURMINEN, T; HOLMBERG, P.C.; STARCK, J. Noise exposure during pregnancy and selected structural malformations in infants. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, v.15, n.2, p.111-116, 1989.

LACERDA, M. N.; NUDELMANN, A. A. Perda auditiva induzida pelo ruído na gravidez. In: NUDELMANN, A.A.; COSTA, E.A.; SELIGMAN, J.; IBAÑEZ, R.N. **PAIR - perda auditiva induzida pelo ruído**. Porto Alegre: Bagagem Comunicação, 1997.

LALANDE, N. M.; HETÚ, R.; LAMBERT, J. Is occupational noise exposure during pregnancy a risk factor of damage 36 to the auditory system of the fetus? **American Journal of Industrial Medicine**, v.10, p.427-435, 1986.

LASMAR, A Simulação e dissimulação. In: NUDELMANN, A. A.; COSTA, E. A.; SELIGMAN, J.; IBAÑEZ, R. N. **PAIR - perda auditiva induzida por ruído**. Porto Alegre: Bagagem Comunicação, 1997.

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

LOBO, E. S. **A classe operária tem dois sexos**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

LOPES, A. C.; NELLI, M. P.; LAURIS, J. R. P.; AMORIM, R. B.; MELO, A. D. P. Condições de saúde auditiva no trabalho: investigação dos efeitos auditivos em trabalhadores expostos ao ruído ocupacional. **International Archives of Otorhinolaryngology**, v.13, n.1, p.49-54, 2009.

LOPES, C. M. S. Direito do trabalho da mulher: da proteção à promoção. **Cadernos Pagu**, n.26, p.405-430,.jan./jun. 2006.

MACHADO, M. H. A mão de obra feminina no setor saúde no Brasil. In: LABRA, M. E. (Org.). **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

MACHADO, M. L. **Mulheres trabalhadoras, uni-vos?** Um olhar sobre o trabalho e a diversidade feminina na Indústria e Comércio Senegaglia entre as décadas de 50 e 70. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em História) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

MAIA, P. A. **O ruído nas obras da construção civil e o risco de surdez ocupacional**. 1999. 154 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Engenharia Civil, Campinas, 1999.

MELO, F. P.; FROES, C. **Responsabilidade social & cidadania empresarial**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2001.

MELO, H. P. M.; CONSIDERA, C. M.; SABBATO, A. **10 anos de mensuração dos afazeres domésticos no Brasil**. Artigo apresentado na 35.ª Conferência da Associação Internacional para Pesquisas de Uso do Tempo. Rio de Janeiro, 2013.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.5, n.5, p.341-349, 1991.

MESSING, K. Introduction: research directed to inproving women's occupational health. **Women & Health**, v.18, n.3, p.1-9, 1992.

MIÑO, J. B.; MUÑOZ, Y. T. **Aceleración global y despojo en Ecuador**: el retrocesso del derecho a la salud em la era neoliberal. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador : Abya-Yala, 2009.

NELSON, D. I. ; NELSON, R. Y.; CONCHA-BARRIENTOS, M.; FINGERHUT, M. The global burden of occupational noise-induced hearing loss. **American Journal of Industrial Medicine**, v.48, n.6, p.446-458, dez. 2005.

OLIVEIRA, E. M. **A mulher, a sexualidade e o trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, R. M. R. **A Abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho – LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo – CRST/ES**. 2001. 143p. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

PERISTA, H.; GUERREIRO, M. D.; JESUS, C.; MORENO, M. L. A Igualdade de Género no quadro da responsabilidade social: o Projecto Equal Diálogo Social e Igualdade nas Empresas. CESIS – Centro de Estudos para a Intervenção Social. **Ex aequo** [online], n.18, p.103-120, 2008.

PORTAL EDUCAÇÃO. **Fundamentos da medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador**. Disponível em: <www.portaleducacao.com.br>. Acesso em: 13 jun. 2014.

PRAZERES, T.J.; NAVARRO, V.L. Na costura do sapato, o desmanche das operárias: estudo das condições de trabalho e saúde das pespontadeiras da indústria de calçados de Franca, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.10, p.1930-1938, out. 2011.

RINK, M. R. Saúde e segurança dos trabalhadores: fatores para a responsabilidade social. **Revista FAE Business**, Curitiba, v.9, n.5, p.20-21, 2004.

ROCHA, E. B.; AZEVEDO, M. F.; XIMENES, J. A. Estudo da audição de crianças de gestantes expostas ao ruído ocupacional: avaliação por emissões otoacústicas – produto de distorção. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, n.73, n.3, p.359-69, 2007.

ROCHA, E. K. G. T. **Desigualdade também no adoecimento**: mulheres como alvo preferencial das Síndromes do Trabalho. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu, MG, 2008.

ROCHA, M. I. B. (Org.). **Trabalho e gênero**: mudanças, permanências e desafios. Campinas. ABEP, NEPO/UNICAMP e CEDEPLAR/UFMG. 2000.

ROCHA, M. I. B.; ROCHA, L. **Controle social, uma questão de cidadania**: saúde é assunto para Mulheres. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 3.ed. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, 2002.

RODRIGUES, A. O outro no trabalho: a mulher na indústria. **Psicologia USP**, São Paulo, v.5, n.1/2, p.221-244, 1994.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Labrys, Estudos Feministas**, São Paulo, n.1-2, 2002.

SANTANA, V. S.; LOOMIS, D. P.; NEWMAN, B. Housework, paid work and psychiatric symptoms. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.1, p.16-22, 2001.

SANTOS, I. A.; JACOB, S.; SANTIAGO, L. **Mulheres trabalhadoras**: vida e direitos. Rio de Janeiro: Casa da Mulher Trabalhadora. Núcleo Piratininga de Comunicação, 2008.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise dialética. In: _____ (Org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petropólis: Vozes, 1999.

SCOTT, J **Gender**: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York: Columbia University Press, 1989.

_____. **Gênero: uma categoria útil na análise histórica.** Educação e Realidade. Porto Alegre, v.15, n.2, p.S-22, jul/dez, 1990.

SÊCA, I. C. G. S. **As questões de gênero na gestão empresarial**: estudo das experiências em organizações estatais brasileiras. Trabalho apresentado no VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Rio de Janeiro, 2011.

SELIGMAN, J Efeitos não-auditivos e aspectos psicossociais no indivíduo submetido a ruído intenso. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, n.59, p.257-259, 1993.

SHIRAISHI, N. Y.; ARAÚJO, R. C. S. S.; KOISHI, S. M.; SILVA, J. S.; LIMA, C. J.; SILVA, L. F.; PRIOSTE, S. V.; SANTOS, S. A. Avaliação de ruído em um indústria gráfica: uma alternativa metodológica. **REDE**, São Paulo, ano 2, 1998.

SILVA, L. F. S. O Projeto Ruído no PCTBI. **REDE - Revista do Projeto de Cooperação Técnica Brasil – Itália**, São Paulo, 1998.

SILVA FILHO, J.; JARDIM, S. **A danação do trabalho**: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997.

SMITH, G. S.; WELLMAN, H. M.; SOROCK, G. S.; WARNER, M.; COURTNEY, T. K.; PRANSKY, G. S.; FINGERHUT, L. A. Injuries at work in the US adult population: contributions to the total injury burden. **American Journal of Public Health**, v.95, n.7, p.1213-1219, 2005.

UBRIG-ZANCANELLA, M. T. ; BEHLAU, M. Relação entre ambiente de trabalho e alteração vocal em trabalhadores metalúrgicos. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.15, n.1, p.72-79, 2010.

UNIFEM. **Princípios de empoderamento das mulheres**: igualdade significa negócios. United Nations Development Fund for Women, 2004.

VEIGA, J. P. **O compromisso das empresas com as metas do milênio**. São Paulo: Instituto Ethos, 2004.

VIDAL, R. Q. S.; SILVANY, A. M. Trabalhadoras brasileiras: características socioeconômicas e ocupacionais e perfil de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n.34, n.120, p.115-127, 2009.

VIEZZER, M. **O problema não está na mulher**. São Paulo: Cortez, 1989.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health risks**: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO, 2009.

Sites consultados:

BUREAU INTERNACIONAL DO TRABALHO (BIT). Genebra. 2000. Disponível em> <www.ilo.org>. Acesso em: 15 set. 2014.

INSTITUTO ARGENTINO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL EMPRESARIA (IARSE). Disponível em: <www.iarse.org>. Acesso em: 12 maio 2014.

NÓS PODEMOS PARANÁ. Disponível em: <www.nospodemosparana.org.br>. Acesso em: 12 ago. 2014.

NÚCLEO DE SAÚDE DO TRABALHADOR (NUSAT). Brasília. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 11 dez. 2014.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Disponível em: <www.oit.com>. Acesso em: 12 out. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <www.oms.org>. Acesso em: 28 nov. 2014.

PORTAL ODM. Disponível em: <www.portalodm.com.br>. Acesso em: 24 mar. 2014.

PNUD. Disponível em: <www.pnud.org.br>. Acesso em: 24 mar. 2014.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA (SESI). Disponível em: <www.sesi.org.br/pro-sst>. Acesso em: 10 nov. 2014.

APÊNDICE

APÊNDICE

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Título da pesquisa: AS INDÚSTRIAS DO PARANÁ E SUAS AÇÕES AFIRMATIVAS NA SAÚDE DAS TRABALHADORAS

Identificação da Empresa: _____
Município: _____
N.º do questionário: _____

1. Dados socioeconômicos:

1.1. Iniciais do nome da trabalhadora:_____ 1.2. Idade:_____
1.3. Formação profissional: _____
1.4. Ocupação/função na empresa: _____
1.5. Setor que trabalha na empresa: _____

1.6. Escolaridade:

a. ( ) ensino fundamental completo
b. ( ) ensino fundamental incompleto
c. ( ) ensino médio completo
d. ( ) ensino médio incompleto
e. ( ) ensino universitário completo
f. ( ) ensino universitário incompleto

1.7. Possui algum curso profissionalizante?

a. ( ) Sim. Quais? _____
b. ( ) Não

1.8. Situação conjugal:

a. ( ) solteira
b. ( ) união consensual (amasiada)
c. ( ) casada
d. ( ) separada ou divorciada
e. ( ) viúva

1.9. Número de filhos:

a. N.º total de gravidezes: _____
b. Nº de abortos: _____
c. N.º filhos nascidos vivos:_____
d. N.º filhos nascidos mortos: _____
e. N.º filhos do companheiro: _____ (que moram com vocês)
f. N.º filhos adotados: _____

1.10. Quem é o chefe da família, considerando a renda (quem sustenta a família):

a. ( ) Você b. ( ) Companheiro c. ( ) Outro Quem: _____

1.11. Seu salário mensal: R$ _____

1.12. Renda familiar (some os outros salários da sua casa): R$ _____

1.13. Quem realiza as tarefas domésticas:

a. ( ) Você Quais: _____
b. N.º horas dedicadas por você, às tarefas domésticas por semana: _____
c. ( ) Marido ou companheiro. Quais:_____
d. N.º horas dedicadas pelo companheiro por semana: _____
e. ( ) Outros. Quem? _____

2. Dados sobre a Saúde Geral das Trabalhadoras:

2.1. Quais ações sua empresa promove que favorecem as mulheres trabalhadoras?

_____
_____
_____

2.2. Como considera sua saúde:

a. ( ) boa b. ( ) regular c. ( ) ruim

2.3. Tem algum problema de saúde:

a. ( ) Sim. Quais? _____
b. ( ) Não

2.4. Quando foi sua última consulta de saúde ?

a. ( ) No último mês b. ( ) Nos últimos 3 meses
c. ( ) Nos últimos 6 meses d. ( ) No último ano

2.5. Quais os motivos da última consulta?

_____
_____

2.6. Toma algum medicamento de uso contínuo?

a. ( ) Sim. Quais? _____
b. ( ) Não

2.7. Quando você procura a assistência à saúde:

a. ( ) Para consultar com médico quando está doente
b. ( ) Para exames de prevenção
c. ( ) Para levar filhos ou parentes ao médico
d. ( ) Outros Quais:_____

2.8. Que tipos de serviços de saúde utiliza:

a. ( ) Conveniados
b. ( ) SUS
c. ( ) Particular (não conveniados)
d. ( ) Ambulatório da empresa

2.9. Realizou exame preventivo do câncer de colo do útero alguma vez:

a. ( ) Sim
b. Quando foi a última vez?
( ) há menos de seis meses ( ) seis meses a um ano ( ) dois anos
( ) três anos ( ) mais de três anos
c. ( ) Não

2.10. Realizou mamografia alguma vez:

a. ( ) Sim
b. Quando foi a última vez?
( ) há menos de seis meses ( ) seis meses a um ano ( ) dois anos
( ) três anos ( ) mais de três anos
c. ( ) Não

2.11. Utiliza métodos contraceptivos atualmente:

a. ( ) Sim. Qual?_____
b. ( ) Não

2.12 Esta satisfeita com o método contraceptivo que utiliza:

a. ( ) Sim
b. ( ) Não. Por quê? _____

2.13. Você sofre de Tensão Pré-Menstrual/TPM? e esta interfere no seu trabalho?

a. ( ) Sim
b. ( ) Não

2.14. A TPM interfere no seu trabalho?

a. ( ) Sim. Como: _____
b. ( ) Não

2.15. Você se considera uma mulher preocupada com sua saúde?

a. ( ) Sim. Por quê? _____
b. ( ) Não. Por quê? _____

2.16. Você se automedica?

a. ( ) Sim. Quais medicamentos usa? _____
b. ( ) Não

2.17. Já sofreu alguma forma de violência em casa?

a. ( ) Sim
b. De que tipo?
( ) verbal: xingamentos ( ) física: tapas, socos ( ) moral: traição
c. ( ) Não

2.18. Já sofreu alguma forma de violência no trabalho?

a. ( ) Sim
b. De que tipo? ( ) verbal ( ) física ( ) moral
c. ( ) Não

3. Dados sobre Saúde Laboral das Trabalhadoras:

3.1. Você já teve ou tem alguma doença que adquiriu nesse trabalho:

a. ( ) Teve. Quais: _____
b. ( ) Tem. Quais: _____
c. ( ) Não

3.2. Faz atualmente algum tratamento em relação a doenças adquiridas no trabalho:

a. ( ) Sim. Quais tratamentos: _____
b. ( ) Não

3.3. Já sofreu algum acidente de trabalho nesta empresa:

a. ( ) Sim
b .Quais, quando e onde:_____
c. ( ) Não

3.4. Quais exames de avaliação de saúde são solicitados ou ofertados por esta empresa?

_____
_____
_____

3.5. Os exames solicitados são pagos pela empresa:

a. ( ) Sim
b. ( ) Não

3.6. Você realiza exames periódicos nesta empresa:

a. ( ) Sim
b. Que tipos de avaliações e onde são realizados?
c. ( ) Não _____

3.7. A cada quanto tempo são realizados os exames periódicos?

a. ( ) Mensal c. ( ) Semestral
b. ( ) Trimestral d. ( ) Anual
Outro período:_____

3.8. Quais riscos existem no seu trabalho que podem afetar a saúde dos trabalhadores?

_____
_____
_____

3.9. Você utiliza algum equipamento de proteção contra riscos no seu trabalho:

a. ( ) Sim. Quais?_____
b. ( ) Não

3.10. O seu ambiente de trabalho apresenta níveis de ruídos elevados:

a. ( ) Sim. Quais?_____
b. ( ) Não

3.11. Você trabalha com máquinas que tem algum tipo de vibração:

a. ( ) Sim. Quais?_____
b. ( ) Não

3.12. Você trabalha com produtos químicos:

a. ( ) Sim. Quais?_____
b. ( ) Não

3.13. Tem algum problema de audição:

a. ( ) Sim. Tipo? _____
b. ( ) Não

3.14. Esta empresa faz avaliação auditiva periodicamente nos trabalhadores:

a. ( ) Sim. Quais? _____
b. ( ) Não

3.15. Você já recebeu alguma orientação sobre perda auditiva provocada pelo ruído:

a. ( ) Sim. Quais? _____
b. ( ) Não

3.16. Você já realizou consulta ou avaliação da sua audição fora da empresa:

a. ( ) Sim
b. ( ) Com Quem? ( ) Fonoaudiologista ( ) Otorrinolaringologista
c. ( ) Não

3.17. Você participa de eventos, promoções e campanhas de saúde oferecidos pela sua empresa:

a. ( ) Sim. Quais: _____
b. ( ) Não. Por que:_____

3.18. O que você considera importante incluir no programa de saúde da empresa para as mulheres trabalhadoras?

_____
_____
_____

3.19. Você considera que existe diferença no tratamento da saúde dos trabalhadores em relação à das trabalhadoras:

a. ( ) Sim. Quais? _____
b. ( ) Não

ANEXOS

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

SOCIEDADE EVANGÉLICA BENEFICENTE DE CURITIBA - PR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As indústrias do Paraná e suas ações afirmativas na saúde das trabalhadoras.
Pesquisador: Marcia Fernanda Vieira Rocha
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 30237414.0.0000.0103
Instituição Proponente: SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 621.513
Data da Relatoria: 22/04/2014

Apresentação do Projeto:
Este estudo pretende analisar a saúde geral e laboral das mulheres trabalhadoras em indústrias paranaenses, participantes do Sistema Federação
das Indústrias do Estado do Paraná, para o Movimento Nós Podemos Paraná, certificadas pelo Selo ODM cujas ações, programas e projetos
contribuem para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e o desenvolvimento local. Embora a saúde dos trabalhadores seja objeto
de legislação que se relaciona com questões de conforto e da manutenção da saúde, é necessário e importante identificar se existem ações
afirmativas de promoção da saúde que levem em consideração as diferenças de gênero. Os riscos para os trabalhadores do sexo masculino são
hoje mais bem conhecidos, dado que, anteriormente, as preocupações acerca da segurança e saúde no trabalho se concentravam nos trabalhos
perigosos, em setores dominados por trabalhadores do sexo masculino. No entanto, podem ser diferentes os riscos relacionados com o trabalho
para homens e mulheres, em termos de exposição a substâncias perigosas, impactos dos agentes biológicos na saúde reprodutiva, exigências
físicas no trabalho pesado, concepção ergonômica dos locais de trabalho e duração da jornada de

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorrilho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

trabalho. Além disso, os riscos relativos à
segurança e saúde no trabalho enfrentado pelas trabalhadoras foram tradicionalmente subestimados, dado que as normas de segurança e saúde no
trabalho e os limites de exposição às substâncias perigosas são baseados em dados relativos aos trabalhadores do sexo masculino e em testes
laboratoriais. (OIT,2009). Para que as políticas de promoção da saúde no domínio da saúde e segurança do trabalho sejam mais eficazes para
mulheres e homens, terão de ser baseadas em informações mais corretas sobre a relação entre saúde no trabalho e o sexo dos trabalhadores. As
mulheres trabalhadoras são especialmente prejudicadas por estrutura de mão-de-obra, medidas e atitudes no trabalho, desatualizadas. Uma ampla
estratégia para a melhoria da segurança e saúde das trabalhadoras terá de ser concebida no âmbito de uma política nacional, especialmente nos
domínios onde existe uma grande concentração de mulheres. (Convenção 155 da OIT) Para tanto são fundamentais investigações que busquem
captar quaisquer disparidades em razão do sexo e dos avanços alcançados a partir de ações afirmativas para mulheres em empresas. Este estudo
se enquadra na área de Saúde do Trabalho e dos Distúrbios da Comunicação, tendo como principais questões de pesquisa: Empresas paranaenses
vinculadas a FIEP e ao Movimento Nós Podemos Paraná desenvolvem ações afirmativas específicas com vistas à promoção de saúde das mulheres
trabalhadoras? Qual o perfil de saúde geral e laboram de trabalhadoras nestas indústrias? Como as trabalhadoras percebem e cuidam de sua saúde
em geral e de sua saúde laboral nestas indústrias? Como as indústrias tratam dos aspectos de promoção da saúde auditiva?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar e analisar as ações afirmativas de saúde para mulheres trabalhadoras, incluindo ações de saúde auditiva, em indústrias do estado do
Paraná.

Objetivo Secundário:

- Traçar o perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres trabalhadoras em indústrias do Paraná; - Identificar como as trabalhadoras percebem e cuidam de sua saúde em geral e da sua saúde

laboral, em especial da sua saúde auditiva; -Descrever as ações de saúde adotadas pelas indústrias; identificando as especificidades de gênero.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As trabalhadoras não estarem preparadas para analisarem e responderem a pesquisa em relação à sua saúde.

Benefícios:

Reflexão para melhorias e/ou novas propostas em relação a saúde ocupacional de mulheres trabalhadoras nas indústrias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada em duas indústrias localizadas no estado do Paraná através de um questionário com 45 perguntas, fechadas e semiabertas
a serem respondidas por 50 empregadas de cada uma delas. A pesquisadora visitará cada uma das indústrias e acompanhará a aplicação
do questionário às 50 trabalhadoras. Após os questionários respondidos os mesmos serão tabulados estatisticamente gerando dados e tabelas que
serão analisados, comparados e relacionados à bibliografia pesquisada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba, de acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/12 CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da pesquisa.

SOCIEDADE EVANGÉLICA BENEFICENTE DE CURITIBA - PR

Continuação do Parecer: 621.513

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

CURITIBA, 22 de Abril de 2014

Assinador por:
Carmen Australia Paredes Marcondes Ribas
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorrilho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

ANEXO 2

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Título da pesquisa: As indústrias do Paraná e suas ações afirmativas na atenção a saúde geral e auditiva das trabalhadoras.
Investigadora: Marcia Fernanda Vieira Rocha
Local da Pesquisa: Indústria x
Região: x

A indústria x, signatária ao Movimento Nós Podemos Paraná, certificada com o SELO ODM e que contribui para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM está sendo convidada a participar de um estudo cujo objetivo é conhecer e levantar as ações afirmativas em relação a saúde da mulher trabalhadora.

Esta pesquisa se justifica para que possamos identificar e analisar as especificidades das ações afirmativas de saúde para as mulheres trabalhadoras, na contribuição dos ODM 3, 4 e 6.

A pesquisadora Marcia Fernanda Vieira Rocha, RG 8.299.504-7, que conta com o apoio da articuladora do Movimento Nós Podemos Paraná na região, Talita de Aquino poderá ser contatada pelo e-mail, marcia.rocha@sesipr.org.br ou nos fones (41) 3593-1219 e 8829-5889, de segundas a sextas-feiras das 9:00 às 17:00 horas, para o esclarecimentos de dúvidas ou solicitações de orientações.

Fazendo parte dessa pesquisa, a indústria autorizará a participação de 50 funcionárias para responderem um questionário sobre saúde das mulheres trabalhadoras, e disponibilizará informações e documentos que julgar pertinente sobre as ações afirmativas de saúde que a indústria desenvolve. Será necessário que a empresa dispense algum tempo, para que as funcionárias respondam o questionário.

A participação da indústria é voluntária e seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa identificá-la será mantido em sigilo. Há qualquer momento do projeto a indústria poderá se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, sem que isso signifique a imputação de penas e/ou prejuízos.

Os resultados da pesquisa serão apresentados à indústria que poderá contar com uma palestra sobre as questões de gênero no trabalho direcionada aos seus gestores.

Eu, XXXXXXX portador(a) do RG n.º XXXXXXXXX, abaixo assinado, representante da indústria acima citada concordo e fui devidamente informada/o e esclarecida/o por Marcia Fernanda Vieira Rocha quanto ao teor do estudo e compreendi a natureza e o objetivo da já referida pesquisa, assim como sobre os riscos e benefícios envolvidos. Foi-me garantido o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso ocasione qualquer prejuízo ou penalidade.

xxxxxxxxxxx, _____/_____/_____.

_____
Representante da Indústria - carimbo

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MULHERES TRABALHADORAS

Título da pesquisa: As indústrias do Paraná e suas ações afirmativas na atenção a saúde geral e auditiva das trabalhadoras
Pesquisadora: Marcia Fernanda Vieira Rocha
Local da Pesquisa: Empresa: x – Região: x
Município: x

1. Propósito da informação e documento de consentimento

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa coordenada por um profissional agora de nominada pesquisadora. Para poder participar é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entenda e assim, por favor, peça aos responsáveis pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.
O propósito desse documento é dar a você informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar do estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e direcionamentos do trabalho. Você deve participar do estudo se você quiser.

2. Objetivo da Pesquisa

Essa pesquisa será realizada com 50 mulheres trabalhadoras de 3 indústrias das diferentes regiões do Paraná com o principal objetivo de conhecer ações afirmativas de saúde desenvolvidas por essas empresas, direcionadas ao seu público feminino.

3. Procedimentos

Trata-se de uma pesquisa através de um questionário com questões fechadas e semiabertas, sem identificação da trabalhadora pesquisada.

4. Custos

Não haverá nenhum custo a você relacionado aos procedimentos previstos na pesquisa.

5. Pagamento pela participação

Sua participação é voluntária, portanto você não será paga por sua participação na pesquisa.

6. Permissão para revisão de registros, confidencialidade e acesso aos registros

O pesquisador responsável pelo estudo e equipe irá coletar informações sobre você. Em todos os registros um código substituirá seu nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, membros das autoridades de saúde ou do comitê de ética, podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado porém, sua identidade não será revelada em qualquer circunstância.

7. Contato para perguntas

Se você tiver alguma dúvida com relação ao estudo você pode contatar a pesquisadora Marcia Fernanda Vieira Rocha pelo telefone (41) 8829-5889. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como sujeito da pesquisa você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP cujo telefone será informado posteriormente.
O CEP é um grupo de indivíduos com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

8. Declaração de consentimento do sujeito da pesquisa

Eu li e discuti com a pesquisadora responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendia informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

Iniciais da pesquisada:.....
Visto da pesquisada:

Nome da pesquisadora: Marcia Fernanda Vieira Rocha
Visto da pesquisadora:

Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, maiores e diferentes, a gente tem de aumentar a cabeça para o total.

Guimarães Rosa

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydnei Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

R672 Rocha, Marcia Fernanda Vieira.

Perfil de saúde laboral e auditiva de trabalhadoras e as ações afirmativas em indústrias do Paraná/ Marcia Fernanda Vieira Rocha; orientadora Profª drª Cláudia Giglio de Oliveira Gonçalves.
115f.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2015
1. Saúde do trabalhador. 2. Gênero. 3. Responsabilidade social corporativa. 4. Ações afirmativas. 5. Saúde da mulher. 6. PAIR. I. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação/Mestrado em Distúrbios da Comunicação. II. Título.

CDD - 613.62