

Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, Município de São Paulo

Reported morbidity and use of health services by working women, Brazil

Keila R O Gomes^a e Ana Cristina d'A Tanaka^b

^aDepartamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil. ^bDepartamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Saúde da mulher. Trabalho feminino. Morbidade. Saúde ocupacional. Fatores socioeconômicos. Serviços de saúde, utilização. Morbidade referida.

Resumo

Objetivo

O trabalho tem sido incorporado ao cotidiano das mulheres, levando-as a realizar dupla jornada e conciliar múltiplos papéis. Assim, realizou-se estudo para conhecer as queixas de morbidade e o uso dos serviços de saúde pela mulher trabalhadora.

Métodos

Estudou-se, por meio de inquérito domiciliar, morbidade aguda (30 dias antes da coleta de dados) e crônica referida por população de 1.157 mulheres, na faixa etária de 10 a 49 anos, residentes na Região Sul do município de São Paulo. Os dados foram coletados de janeiro de 1992 a janeiro de 1993. Analisou-se a relação entre ter ou não atividade remunerada e idade, situação conjugal, escolaridade e nível social, baseado na ocupação informada pela mulher.

Resultados

Verificou-se que houve maior frequência de queixa de morbidade aguda ou crônica entre mulheres que informaram ter atividade remunerada. Também foi entre essas mulheres que houve tendência à menor frequência de procura por atendimento médico motivada pelo problema de saúde referido. As doenças respiratórias, em especial as gripes (72/1.000), foram as queixas agudas mais prevalentes, seguidas das queixas de dor abdominal e pélvica (13,2/1.000) cefaléia (11,4/1.000) e hipertensão (9,5/1.000). Quanto às queixas crônicas, as maiores prevalências foram de hipertensão (39,7%), dorsopatias (26,5%), bronquite (24,6%) e gastrite e duodenite (24,6%).

Conclusões

As mulheres trabalhadoras queixaram-se mais de problemas de saúde que as donas de casa, mas utilizaram tanto quanto ou menos os serviços de saúde, para a maioria das causas de morbidade analisadas.

Keywords

Women's health. Women, working. Morbidity. Occupational health. Health services. Socioeconomic factors. Self-reported morbidity.

Abstract

Objective

Inclusion in the work force has become part of women's daily lives, and they have to cope with multiple tasks and manage double working shifts. A study was carried out to assess working women's morbidity and their use of health services.

Methods

By means of a household survey, chronic and acute morbidity (i.e. within 30 days of data collection) was reported by 1,157 women aged 10 to 49 years living in the

Correspondência para/ Correspondence to:

Keila R. O. Gomes
Rua Magalhães Filho, 575 Sul
64001-350 Teresina, PI, Brasil
E-mail: keilag@yahoo.com

Pesquisa subvencionada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp - Processo n. 91/0036-4) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo n. 502722/91-6). Baseado em tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da USP, em 1999. Recebido em 29/11/2001. Reapresentado em 26/6/2002. Aprovado em 29/8/2002.

southern area of the city of São Paulo, Brazil. Data were collected from January 1992 to January 1993. The relationship between employment and marital status, educational level and socioeconomic status was evaluated.

Results

Women who had a paid job were more likely to complain of acute or chronic morbidity. Also, these women tended to be less likely to seek medical services for their health problem. The most prevalent acute illnesses were: respiratory illnesses, especially influenza or colds (72/1,000), abdominal and pelvic pain (13.2/1,000), headaches (11.4/1,000), and hypertension (9.5/1,000). Regarding chronic complaints, hypertension (39.7/1,000), back pain (26.5/1,000), gastritis or inflammation of duodenum (24.6/1,000), and bronchitis (24.6/1,000) were the most prevalent conditions.

Conclusions

Although employed women reported more health complaints than women who were not employed, their use of health services was equal to or less than that of women who were not employed for most health conditions studied.

INTRODUÇÃO

O esforço de diversas gerações no sentido de reduzir as disparidades sociais entre os gêneros, levou o trabalho a ser incorporado ao cotidiano de grande número de mulheres, cujo desempenho de atividade remunerada levou-as a conciliar múltiplos papéis e a realizar dupla jornada. Entretanto, no trabalho remunerado ainda não há igualdade de salários, de profissionalismo e de qualificação para homens e mulheres.

O trabalho tem transformado não só a vida feminina, mas também a familiar e a própria convivência em sociedade. Os avanços são conquistas de várias gerações.

Ainda há muito da sociedade patriarcal que valorizava a mulher em razão de sua capacidade reprodutiva e não da produtiva, que priorizava a ocupação do espaço privado, em detrimento do público. Assim sendo, as mulheres têm vivido em desvantagem social frente ao homem. Esta desigualdade social entre os gêneros se reflete no quadro de saúde de ambos, e em especial sobre a mulher.

A doença e a saúde formam um processo dinâmico, que reflete a ligação estrutural entre corpo e sociedade, os quais são cruciais para se estudar a morbidade referida por mulheres trabalhadoras. Entretanto, é inevitável a comparação entre os sexos. Dentre as várias diferenças, destaca-se o "padrão" de morbidade e mortalidade.⁶

A literatura tem mostrado as diferenças no padrão de morbidade e mortalidade entre homens e mulheres, em que as mulheres têm referido maiores taxas

de morbidade que os homens e estas, maiores taxas de mortalidade^{7,10}

As condutas autodestrutivas, como o excesso de consumo de álcool e tabaco, a maior exposição à violência, acidentes e riscos ocupacionais, têm trazido graves conseqüências para a saúde do homem. A mulher, por outro lado, tem sofrido muito mais problemas ligados às variações hormonais, falta de exercícios físicos, conseqüências de gestações repetidas tais como veias varicosas, transtornos urinários, hemorróidas e, sobretudo, fadiga e depressão decorrente da forma como a sociedade patriarcal identifica seu papel.¹³

São raros os trabalhos populacionais dedicados à análise da morbidade referida por mulheres trabalhadoras, especialmente no Brasil. Usualmente, os estudos referem-se à morbidade da população em geral, sem que se capte valiosas informações acerca das queixas de morbidade dessas mulheres. Incluem-se o uso dos serviços de saúde e ampliação do conhecimento sobre a saúde da mulher, buscando atender suas necessidades de acordo com a especificidade biológica e o gênero.

O objetivo do presente estudo é conhecer as queixas de morbidade e o uso dos serviços de saúde pela mulher trabalhadora.

MÉTODOS

A população estudada foi constituída por mulheres trabalhadoras, da faixa etária de 10 a 49 anos, cujos dados sobre morbidade referida foram coletados no período de janeiro de 1992 a janeiro de 1993,* como parte do projeto de investigação.

*Esses dados fazem parte do projeto de investigação: Morbidade e mortalidade materna, qualidade da assistência e estrutura social: estudo da região Sul do Município de São Paulo, Brasil (dados inéditos).

A região estudada abrangeu 633,7 Km² do Município de São Paulo, equivalente a 42% da extensão do município e formada pelos subdistritos de Santo Amaro, Capela do Socorro e de Parelheiros. A população da região está distribuída de maneira heterogênea, com áreas de elevada e de baixa densidade demográfica, bem como áreas de grande concentração de indústrias.

A divisão da região em 31 áreas, com maior homogeneidade, fundamentou-se em uma subdivisão do território proposta por Unglert,¹⁵ baseada na fusão de setores censitários. Tal fusão foi estabelecida por critérios geográficos e sociais, fluxo de utilização de equipamentos sociais, presença de barreiras naturais ou construídas pelo homem, dentre outros.

As 31 áreas foram distribuídas segundo combinações na variação de taxas de mortalidade materna e infantil da população residente (alta, média ou baixa), resultando em oito tipos de agrupamentos.¹ Cada um destes agrupamentos, resultantes da combinação destas taxas, passou a ser composto por no máximo 12 e no mínimo uma das 31 áreas iniciais. A partir destes agrupamentos, procedeu-se o sorteio das áreas eleitas para a pesquisa, cujo critério foi: 25% para os agrupamentos com mais de quatro áreas e uma área para aqueles com menos de quatro áreas. O processo resultou na seleção de 11 áreas: três para o distrito de Parelheiros, quatro para o distrito de Santo Amaro e quatro para o distrito de Capela do Socorro.

A unidade amostral foi residência com mulheres de 10 a 49 anos. Utilizou-se a técnica de amostragem por conglomerados para a seleção. Foram selecionados 727 domicílios com 750 famílias, perfazendo o total de 3.268 pessoas, sendo que 1.733 eram mulheres, das quais 1.261 tinham idade entre 10 a 49 anos. Deste grupo etário, 104 (8,3%) foram excluídas devido às seguintes causas: recusa em participar, 3,0%; ausência às entrevistas previamente combinadas, 4,7%; ausência por motivo de viagem, 0,5%; problemas mentais, 0,1%. Assim, a população estudada foi de 1.157, das quais 596 (51,5%) informaram ter atividade remunerada.

Adotou-se a classificação de Joly Gouveia,¹ que distribui as ocupações numa escala ordinal de sete categorias. O indivíduo cuja ocupação fosse classificada nas categorias um ou sete, socialmente estaria no nível mais baixo ou mais alto, respectivamente. A desvantagem da aplicação deste método foi que mulheres que não tinham atividade remunerada, ou aquelas que tinham atividades definidas como "bico", foram excluídas da classificação. As sete categorias desta escala são:

1. Ocupações manuais não especializadas → ex.: faxineiro, gari, empregada doméstica, vendedor ambulante.
2. Ocupações manuais especializadas e semelhantes → ex.: balconista, cabeleireiro (empregado), auxiliar de enfermagem.
3. Supervisão de trabalho manual e ocupações semelhantes → ex.: cozinheiro (restaurante de 1ª classe), chefe de seção.
4. Ocupações não manuais de rotina e semelhantes → ex.: caixa, recepcionista, professor primário, auxiliar de escritório.
5. Posições mais baixas de supervisão ou inspeção de ocupações não manuais e proprietários de pequenas empresas comerciais, industriais, agropecuaristas → ex.: caixa (bancário), escrevente, professor secundário.
6. Profissionais liberais, cargo de gerência ou direção, proprietários de empresas de tamanho médio → ex.: gerente de banco, dentista, vereador, empresário (11-49 empregados), professor universitário.
7. Altos cargos políticos e administrativos, proprietários de grandes empresas e semelhantes → ex.: banqueiro, desembargador, deputado, empresário (mais de 50 empregados), diplomata.

Os dados foram coletados por uma equipe de entrevistadores composta por 10 estudantes universitárias treinadas e sob supervisão de profissional experiente em pesquisa. Fez-se a leitura crítica dos questionários preenchidos para verificação de consistência, coerência e falta de dados, além de auxiliar na supervisão de campo e de coletar dados. As respostas foram codificadas e processadas no programa Epi-Info, versão 6.0. Sinais, sintomas e agravos citados foram classificados segundo a Classificação Internacional das Doenças - 10ª revisão - CID 10.¹²

Respostas às questões abertas foram interpretadas e direcionadas à categoria apropriada. Após esta etapa, as respostas eram codificadas e analisadas quantitativa e qualitativamente.

Para se detectar diferenças, foi utilizado o teste de qui-quadrado. Optou-se por rejeitar a hipótese de nulidade sempre que o valor de "p" não superasse 0,05 (p<5%).

Considerou-se morbidade aguda a referida pela mulher como ocorrida nos 30 dias que antecederam a data da coleta de dados, podendo ter sido uma doença crônica que se agravou. Como morbidade crônica foram classificados todos os problemas de saúde ou doenças que começaram há mais tempo, mas que periodicamente se repetiam, mesmo que não houvesse queixa no último mês.

RESULTADOS

Caracterização sociodemográfica das mulheres estudadas

Das mulheres estudadas, 51,5% informaram ter atividade remunerada, 21% afirmaram ter como chefe de família uma mulher, 10,9% identificaram-se como responsáveis pelo sustento da família e 33,2% afirmaram ser co-responsáveis pelo sustento familiar das mulheres.

A participação das mulheres no mercado de trabalho foi detectada em todas as faixas etárias, mas sem uniformidade na distribuição dos casos. Na Tabela 1 observa-se que a alternativa ter atividade remunerada foi citada por mais de metade das mulheres em todas as faixas etárias, a partir dos 20 anos de idade, com uma maior proporção entre aquelas que estavam na faixa de 20 a 24 anos (76,7%) e menor entre aquelas com mais de 44 anos.

Das mulheres trabalhadoras remuneradas, 51,2% informaram ter companheiro, correspondendo a 26,4% do total estudado. Dentre aquelas com companheiro, 40% eram co-responsáveis por sustentar a família e apenas 7,6% tinham atividade remunerada, mas não colaboravam para este fim; 70,6% que identificaram-se como responsáveis pelo sustento familiar não tinham companheiro (Tabela 1).

A frequência de mulheres que informaram ser responsáveis por sustentar a família elevou-se à medida que se reduziu o nível de escolaridade. Cerca de 70% dessas mulheres não tinham companheiro, quase 40% tinham menos de 30 anos e 11% eram adolescentes na faixa etária de 14 a 19 anos. Pouco menos de 50% tinham até quatro anos de estudo.

Dentre as mulheres que afirmaram ter atividade remunerada, observa-se na Tabela 2, que o nível social, segundo a escala de Joly Gouveia, teve relação diretamente proporcional ao grau de escolaridade. Ou

Tabela 1 - Distribuição da situação de mulheres residentes na Região Sul do Município de São Paulo quanto a atividade remunerada, segundo faixa etária, situação conjugal e escolaridade.

Característica	Com atividade remunerada		Situação da mulher Sem atividade remunerada		Responsável* pelo sustento familiar	
	N	%	N	%	N	%
Faixa etária (anos)						
10 a 14	08	3,9	199	96,1	01	0,8
15 a 19	75	41,7	105	58,3	06	4,8
20 a 24	125	76,7	38	23,3	18	14,3
25 a 29	101	65,2	54	34,8	24	19,0
30 a 34	85	63,4	49	36,6	26	20,6
35 a 39	87	67,4	42	32,6	18	14,3
40 a 44	59	62,8	35	37,2	17	13,5
45 a 49	56	58,9	39	41,1	16	12,7
Situação conjugal						
Com companheiro	305	51,2	258	49,2	37	29,4
Sem companheiro	291	48,8	303	50,8	89	70,6
Escolaridade**						
Não alfabetizada	25	62,5	15	37,5	09	7,1
Analfabeta funcional	94	47,2	110	52,8	27	21,4
Primário completo	102	48,3	109	51,7	24	19,0
Ginásio incompleto	133	41,3	189	58,7	22	17,5
Ginásio completo	76	55,5	61	44,5	13	10,3
2º grau incompleto	49	54,4	41	45,6	09	7,1
2º grau completo	60	71,4	24	28,6	14	11,1
3º grau incompleto	21	84,0	04	16,0	02	1,6
3º grau completo	34	82,9	07	17,1	06	4,8

*Mulheres com atividade remunerada que informaram ser responsáveis pelo sustento familiar (soma na coluna).

**Excluídos 3 casos sem registro de escolaridade.

Tabela 2 - Distribuição de frequência do nível social de mulheres trabalhadoras residentes em Região Sul do Município de São Paulo, segundo a escolaridade.*

Escolaridade	Nível social segundo classificação de Joly Gouveia (%)						Total
	1	2	3	4	5	6	
Não alfabetizada	76,2	19,0	4,8	-	-	-	100,0
Analfabeta funcional	73,4	21,9	1,8	2,7	0,6	-	100,0
Ginásio incompleto	47,4	40,4	0,9	11,4	-	-	100,0
Ginásio completo	29,7	39,1	-	31,3	-	-	100,0
2º grau incompleto	15,0	37,5	2,5	40,0	5,0	-	100,0
2º grau completo	3,4	22,4	5,2	63,8	3,4	1,8	100,0
3º grau incompleto	-	5,0	-	85,0	5,0	5,0	100,0
3º grau completo	-	8,8	2,9	52,9	5,9	29,5	100,0

*No capítulo Métodos encontra-se relatado o significado dos valores citados para as categorias da variável. Foi excluída a categoria 7 por não apresentar casos com qualquer nível de escolaridade.

seja, mulheres de baixa escolaridade foram maioria entre as que informaram ocupações que as classificavam como de mais baixo nível social, e aquelas de escolaridade mais elevada foram maioria em categorias de nível social mais elevado.

A maioria (83,3%) das mulheres classificadas na escala 6 de nível social era de pessoas que informaram ter concluído o terceiro grau. As demais desta categoria informaram ter, no mínimo, curso superior incompleto ou segundo grau completo. De todas as mulheres que ingressaram em curso universitário, nenhuma informou ocupação que a classificasse na categoria 1 da escala social utilizada.

Prevalência de morbidade

Na Tabela 3 estão relacionadas as 10 queixas agudas referidas, (CID-10, código de três dígitos) mais

prevalentes. Estas queixas tiveram, quase sempre, maior prevalência entre mulheres que informaram ter atividade remunerada. A principal queixa referida foi gripe (72%), seguida de dor abdominal e pélvica (13,2%), cefaléia (11,4%) e crises de hipertensão (9,5%).

A procura por atendimento médico, para metade das queixas analisadas, foi menor entre as trabalhadoras remuneradas. Nos casos de gastrite a procura foi 50% menor. Entretanto, trabalhadoras que referiram gripes buscaram atendimento médico 70% a mais que donas de casa.

As queixas de doenças crônicas permaneceram com maior prevalência entre as mulheres com atividade remunerada (Tabela 4). A hipertensão (39,7%) e a cefaléia (17%) mantiveram-se entre as mais referidas e com prevalência superior àquela relativa ao grupo das donas de casa. Estas taxas de prevalência entre

Tabela 3 - Prevalência de queixas de morbidade aguda segundo código de três dígitos da CID-10, atividade remunerada e procura por atendimento médico por mulheres residentes na Região Sul do Município de São Paulo.

Causa - CID 10	Atividade remunerada (AR)				Procura por atendimento médico		Razão*
	Sim		Não		Com (AR)	Sem (AR)	
	N	%0	N	%0	%	%	
J11 Influenza [gripe] devida a vírus não identificado**	38	72,0	29	46,1	71,0	41,4	1,7
R10 Dor abdominal e pélvica	7	13,2	9	14,3	28,6	44,4	0,6
J02 Faringite aguda	4	7,5	9	14,3	50,0	44,4	1,1
J40 Bronquite não especificada como aguda ou crônica	3	5,7	4	6,3	33,3	75,0	0,4
M79 Outros transtornos dos tecidos moles, não classificados em outra parte	5	9,5	2	3,2	60,0	50,0	1,2
R51 Cefaléia	6	11,4	1	1,6	83,3	-	-
I10 Hipertensão essencial (primária)	5	9,5	1	1,6	100,0	100,0	1,0
K29 Gastrite e duodenite	4	7,5	1	1,6	50,0	100,0	0,5
N93 Outros sangramentos anormais do útero e da vagina	4	7,5	1	1,6	75,0	100,0	0,8
T78 Efeitos adversos, não classificados em outra parte	4	7,5	1	1,6	75,0	100,0	0,8
Demais códigos	45	-	36	-	42,2	36,1	1,1
Total	125	-	94	-	-	-	1,0

*Razão entre os percentuais de pessoas que procuram atendimento médico e informaram ter atividade remunerada/ negaram ter atividade remunerada.

**Diferença estatisticamente significativas entre as prevalências observadas.

Tabela 4 - Prevalência de queixas de morbidade crônica segundo código de três dígitos da CID-10, atividade remunerada e procura por atendimento médico por mulheres residentes na Região Sul do Município de São Paulo.

Causa - CID 10	Atividade remunerada (AR)				Procura por atendimento médico		Razão*
	Sim		Não		Com (AR)	Sem (AR)	
	N	%0	N	%0	%	%	
I10 Hipertensão essencial (primária)	21	39,7	13	20,7	85,7	85,0	1,0
J40 Bronquite não especificada como aguda ou crônica	13	24,6	18	28,6	53,8	83,3	0,6
M53 Outras dorsopatias, não classificadas em outra parte	14	26,5	14	22,2	71,4	85,7	0,8
T78 Efeitos adversos, não classificados em outra parte	18	34,1	10	15,9	66,6	50,0	1,3
J32 Sinusite crônica	11	20,8	10	15,9	45,4	40,0	1,1
K29 Gastrite e duodenite	13	24,6	8	12,7	46,2	37,5	1,2
M79 Outros transtornos dos tecidos moles, não classificados em outra parte	7	13,2	11	17,5	57,1	54,5	1,0
G43 Enxaqueca	10	18,9	5	7,9	40,0	60,0	0,7
R45 Sintomas e sinais relativos ao estado emocional	6	11,4	8	12,7	50,0	87,5	0,6
R10 Dor abdominal e pélvica	8	15,1	4	6,3	75,0	25,0	1,5
R51 Cefaléia	9	17,0	3	4,8	77,7	33,3	2,3
J30 Rinite alérgica e vasomotora	5	9,4	6	9,5	40,0	66,7	0,6
Demais códigos	106	-	68	-	39,6	39,7	1,0
Total	241	-	178	-	-	-	1,0

*Razão entre os percentuais de pessoas que procuram atendimento médico e informaram ter atividade remunerada/ negaram ter atividade remunerada.

trabalhadoras remuneradas são de pelo menos o dobro das que ocorreram entre donas de casa em seis das dez causas analisadas na Tabela 4.

A análise do qui-quadrado para o conjunto de taxas de referência das queixas apontadas nas Tabelas 3 e 4 mostrou que foram altamente significativas as diferenças segundo ter ou não atividade remunerada ($p=0,000000$).

A procura por cuidados médicos foi, ao se observar a maioria das causas de queixas, igual ou menor entre as mulheres trabalhadoras quando comparadas às donas de casa, exceto para casos de cefaléia, em que houve procura por ajuda médica quase duas vezes e meia a mais entre as trabalhadoras remuneradas.

DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográfica das mulheres estudadas

Uma das maneiras de se verificar as desigualdades sociais é por meio de avaliação dos indicadores de saúde de determinada população. Os mais usuais são os relativos a mortalidade e morbidade. Entretanto, a homogeneidade social da população estudada foi aspecto limitador para a análise dos resultados, haja vista que esta característica do grupo dificulta a identificação de diferenças sutis. Dados da Fundação SEADE⁵ mostraram que na mesma época do estudo, 1992, a situação de trabalho das mulheres estudadas era equivalente para a região metropolitana de São Paulo. Embora os achados da Fundação SEADE tenham se mantido nos dados referentes a 1996 e 1997, havia tendência ao deslocamento do pico de emprego da mão-de-obra feminina, da faixa de 18 a 24 anos para a de 25 a 39 anos. Esta tendência se confirmou em 1999, mas não se manteve nos dados de 2000, permanecendo a faixa etária de 18 a 24 anos com as maiores taxas de mão-de-obra empregada.⁶ Para mulheres com 40 anos ou mais se manteve a menor taxa de participação no mercado de trabalho.

Esses achados decorrem de fatores tais como a preferência do mercado de trabalho pela mão-de-obra dos mais jovens e também pelo denominado “efeito da geração”, no qual as mulheres de 40 anos ou mais por terem, em muitos casos, abandonado o mercado de trabalho ou os estudos para dedicar-se ao cuidado da família, tentam voltar a trabalhar após os filhos atingirem a adolescência, após a separação conjugal ou em busca de valorização do seu potencial produtivo, mas as exigências do mercado e a concorrência com os mais jovens, muitas vezes mais habilitados, acabam por dificultar esse retorno.

Os resultados mostraram que a maioria das mulheres que informou ser responsável pelo sustento familiar não tinha companheiro, era jovem e com pouca escolaridade. Este tem sido o retrato da família nos países latino-americanos. A situação de abandono, a dificuldade e a necessidade de sobreviver com os filhos impulsionam a mulher de baixa qualificação profissional para modos de produção precários, desfavoráveis à sua saúde física e mental. Assim, percebe-se que a mulher toma para si o papel de provedora familiar mesmo quando os indícios apontam para obstáculos intransponíveis, como o de oferecer à prole qualidade de vida com recursos inadequados e quando não pode contar com a ajuda financeira de outros membros da família, o pai das crianças principalmente. Esta situação de desvantagem se materializa quando se observa que as mulheres ocupam um terço dos postos oficiais de trabalho no mundo, apesar de representarem cerca de metade da população mundial. Têm que conciliar ao trabalho remunerado, as atividades domésticas e a atenção à família, entretanto recebem apenas pouco mais que 10% da renda mundial e possuem apenas a décima parte dos bens.⁹ Dados da CEPAL⁴ (Comissão Econômica para a América Latina e Caribe), órgão ligado à ONU, mostraram que em 1996 o salário médio feminino brasileiro correspondia a apenas 68% da remuneração masculina.

O sistema educacional sempre foi considerado canal condutor à mobilidade social, ou seja, estudar é o meio mais usual para quem quer ascender na pirâmide social. Confirmando esta afirmativa, o mercado de trabalho formal emprega, preferencialmente, a mão de obra mais qualificada e/ou de melhor escolaridade. Kliksberg⁸ cita dados do Banco Interamericano para o Desenvolvimento - BID, relativos aos países latino-americanos, que mostram ter os chefes de famílias dos 10% mais ricos da população, 11,3 anos de estudos em média, enquanto os 30% mais pobres estudaram sete anos ou menos. Portanto, a mulher deve transpor duplo obstáculo para conseguir seu crescimento social. De um lado há diferenças educacionais contribuindo para a desigualdade social, problema que atinge toda a sociedade, e de outro, diferenças de gênero exacerbam a assimetria.

Prevalência de morbidade

O mundo cada vez mais globalizado aumenta a competitividade dos mercados e exige crescente produtividade, o que tem afetado amplamente as condições de trabalho, saúde e de vida do trabalhador, em especial, da mulher. Este processo afeta de forma desigual homens e mulheres, ao contribuir para aprofundar as desvantagens da mulher frente ao homem,

ampliar sua exclusão de postos mais privilegiados no que se refere ao poder de decisão e elevar sua concentração em postos mal remunerados.

Taxas de morbidade têm sido consideradas indicadores confiáveis das condições de saúde populacional e reveladoras das desigualdades entre os grupos, sejam relativas ao sexo, sejam relativas a outras características desses indivíduos.

No grupo feminino estudado por Arber et al² (1985), foi observado que trabalhadoras com filhos e sem companheiro referiram pior estado de saúde que aquelas com filhos, sem companheiro e que não trabalhavam fora.

O estudo britânico desenvolvido por Macran et al¹⁰ (1996) mostra que donas de casa (“economicamente inativas”) obtiveram escores, relativos aos parâmetros de saúde estudados, fortemente mais pobres que os obtidos por mulheres trabalhadoras. Dentre aquelas que à época do estudo estavam desempregadas, os escores obtidos quanto a aspectos físicos foram semelhantes aos das que estavam trabalhando fora de casa, diferindo apenas quanto à dimensão psicológica.

O trabalho de Rohlfs et al¹⁴ (1997), realizado na Espanha, buscou verificar a influência que o trabalho teria na percepção da mulher sobre sua saúde. Detectou-se que as donas-de-casa tinham a percepção de um nível mais pobre de sua saúde que mulheres que trabalhavam. Quando a classe social foi considerada, compararam-se mulheres trabalhadoras de classe social mais baixa com donas-de-casa de classe social mais elevada, as primeiras tiveram percepção de seus níveis de saúde mais baixo que as últimas. Observa-se, apesar da diversidade de metodologias empregadas nos estudos publicados, que a vida em família e social da mulher é constituída por elementos e situações que determinam sua condição de saúde, que vão desde o fato de se sentir cidadã participante do processo produtivo, desenvolvendo atividades de valorização da capacidade feminina, a ter que assumir sozinha as responsabilidades familiares quando o companheiro e genitor não assume ou está impedido de assumir seu papel. Portanto, não se trata apenas de alterações biológicas, mas da condição de gênero envolvida.

A Tabela 3 mostra que houve variação entre ter ou não atividade remunerada e referência de morbidade aguda no último mês anterior à pesquisa.

O estudo de Nogueira¹¹ (1980) apontou a gripe como a primeira causa de afastamento do trabalho

tanto na primeira licença, quanto para a segunda e terceira, com perda média de 2,43 dias de trabalho. Portanto, a primeira causa de queixa aguda entre as mulheres trabalhadoras pode ser a causa mais importante para o absenteísmo, com conseqüente queda na produção.

Vários autores^{3,9} citam que a percepção de doença e de saúde está ligada ao desempenho dos papéis sociais das pessoas. Neste aspecto, houve um destaque para o auto-cuidado, a realização das atividades do trabalho doméstico ou remunerado, mas também são consideradas as vertentes sociais e psicológicas do processo. As pessoas querem ter desempenho social e imagem que estejam dentro das normas sociais do meio em que vivem, mas seguramente também querem ter o conforto de não sentir dor ou algo que as incomode. Após avaliarem o problema, as pessoas decidem se devem ou não procurar um profissional de saúde, quase sempre um médico.

A todo este processo, acrescentam-se as exigências de produtividade, oriundas da globalização, e da crise financeira mundial em que permanecem no posto remunerado os mais ágeis, saudáveis, jovens, com tempo disponível para dedicar-se prioritariamente ao trabalho, capazes tecnicamente, entre outras características das quais muitas excluem a mulher, sem que para isto ela sacrifique o convívio familiar e ao que sugere o estudo, também se abstenha da procura a atendimento médico.

Em conclusão, as mulheres de níveis sociais inferiores são arrimo de família mais freqüentemente que aquelas de níveis sociais superiores; a escolaridade obtida pela mulher a partir do segundo grau completo contribui fortemente para o alcance de melhor nível social, mas com diploma de curso superior aumenta a possibilidade de estar nos níveis sociais superiores; que mulheres com atividade remunerada referiram mais queixas tanto de morbidades agudas quanto de crônicas que as donas de casa.

A procura por atendimento médico foi maior entre as donas de casa para a maioria das queixas agudas e crônicas. O trabalho pode ser objeto de valorização do corpo como instrumento de produtividade e atendimento às exigências do mercado, contribuindo para que a mulher que trabalha fora tenha no trabalho um obstáculo à procura de soluções para seus problemas de saúde. Entretanto, este achado deve ser explorado de modo qualitativo para que sejam ouvidas as mulheres sobre o motivo de não procurarem atendimento médico quando referem morbidade de variado grau de comprometimento do bem-estar, bem como envolver clientela heterogênea quanto ao nível socioeconômico.

REFERÊNCIAS

1. Alvarenga AT, Ciari Jr C, Santos JLF. Índice de status sócio-econômico da família da mulher grávida que freqüenta o Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública do Piauí da Universidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 1973;7:351-67.
2. Arber S, Gilbert N, Dale A. Paid employment and women's health: a benefit or a source of role strain? *Soc Health Illness* 1985;7:375-81.
3. Boltanski L. *As classes sociais e o corpo*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989
4. [CEPAL] Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Salário medio de las mujeres/salario medio de los hombres: zonas urbanas* [on-line]. Disponível em URL: <http://www.eclac.cl/mujer/proyectos/perfiles/comparados/salariomedio.html> [1998 jul 07].
5. Fundação SEADE. Trabalho: taxas de participação, segundo sexo e faixa etária: Região metropolitana de São Paulo, 1989-1997 [on-line]. Disponível em URL: <http://www.seade.gov.br/ccgi-bin/titabp/shtabassun?tbl/MMT97/tb197004-MT97> [1998 jul 07].
6. Fundação SEADE. A busca da equidade social. Mulher e trabalho. São Paulo, março 2001. Nº 3. [on line]. Disponível em URL: http://www.seade.gov.br/mulher/index_01.html [2001 ago 01].
7. Gomes KRO. Morbidade referida por mulheres em idade fértil, uso dos serviços e qualidade da assistência: estudo da Região Sul do município de São Paulo [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.
8. Kliksberg B. *Desigualdade na América Latina: o debate adiado*. São Paulo: Cortez/ Brasília (DF): UNESCO; 2000.
9. Lepargneur H. O novo quadro mundial da mulher. *Mundo Saúde* 1999;23:69-78.
10. Macran S, Clarke L, Joshi H. Women's health: dimensions and differentials. *Soc Sci Med* 1996;42:1203-16.
11. Nogueira DP. Absenteísmo-doença: aspectos epidemiológicos [Tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1980.
12. [OMS] Organização Mundial de Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª rev*. São Paulo: Centro de Documentação da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1995. v.1.
13. Restrepo HE. Epidemiologia y control del cáncer de la mujer en América Latina y del Caribe. In: Gómez Gómez E, editor. *Genero, mujer e salud en las Américas*. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1993. p. 98-113. (OPS-Publicación Científica, 541).
14. Rohffs I, de Andres J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influence of paid work on the perceived health state in women. *Med Clin Barc* 1997;108:566-71.
15. Unglert CVS. Contribuição para o estudo da localização de serviços de saúde: uma abordagem geográfica em saúde pública [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1986.