

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO
URBANA DE FEIRA DE SANTANA, BAHIA: ANÁLISE DE DIFERENCIAIS DE GÊNERO^a**

Samara Bruno Moura Cordeiro^b

Tânia Maria de Araújo^c

Maura Maria Guimarães de Almeida^c

Kionna Oliveira Bernardes Santos^c

Resumo

O perfil sociodemográfico e as condições de trabalho têm sido investigados em processos específicos de adoecimento. O objetivo deste estudo foi descrever características sociodemográficas, do trabalho e estimar a frequência de problemas de saúde entre homens e mulheres da população de Feira de Santana, Bahia. Trata-se de um estudo de corte transversal com amostra representativa da população de 15 anos ou mais, selecionada aleatoriamente por amostragem estratificada por subdistrito da zona urbana, com base nos dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Analisaram-se as informações de 4.170 pessoas: 2.819 (67,6%) mulheres e 1.351 (32,4%) homens. A faixa etária predominante foi a de 15 a 29 anos, em ambos os sexos. O nível de analfabetismo funcional foi maior entre as mulheres. Entre os homens, 52,3% informaram que estavam trabalhando contra 30,2% das mulheres; 34,6% dos homens trabalhavam com carteira assinada (contra 25,4% das mulheres). Quanto às doenças autorreferidas, observou-se percentual mais elevado entre as mulheres. As questões abordadas evidenciam a existência de diferenciais de gênero no que se refere ao trabalho e à situação de saúde, que devem ser considerados pelas instituições responsáveis por promover ações que visem à melhoria da qualidade de vida das populações.

Palavras-chave: Condições de trabalho. Saúde. Gênero.

^a Órgãos financiadores: Ministério da Saúde (Convênio 1532/2005) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) - (ET 71/2004).

^b Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). samaydoo@yahoo.com.br

^c Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). arajuo.tania@uefs.br; kionnabernardes@hotmail.com

Endereço para correspondência: Av. Transnordestina, s/n, Bairro Novo Horizonte. Universidade Estadual de Feira de Santana, Módulo VI, Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia (NEPI). Feira de Santana, Bahia, Brasil. CEP: 44036-900. samaydoo@yahoo.com.br

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, WORK AND HEALTH CONDITIONS: AN ASSESSMENT OF DIFFERENCES ACCORDING TO GENDER

Abstract

The sociodemographic profile and working conditions have been investigated in specific cases of illness. The aim of this study was to describe sociodemographic and work characteristics, and estimate the frequency of health problems between men and women in the population of Feira de Santana, Bahia. This is a cross-sectional study with a representative sample of the population aged 15 or older, randomly selected by stratified sampling of the sub-urban area, based on census data from IBGE. We analyzed information from 4,170 residents (2,819 (67.6% women and 1,351 (32.4%) men). In both sexes, the predominant age group 15 to 29 years. The level of functional illiteracy was higher among women. Among men, 52.3% reported that they were working (against 30.2% among women) and 34.6% of regular employees (versus 25.4%). Regarding self-reported diseases, it was observed that among women, the percentage was higher than among men. The issues raised demonstrate the existence of gender differences with regard to labor relations and health, which can not be overlooked by institutions responsible for promoting actions aimed at improving the quality of life.

Key words: Working conditions. Health. Gender.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD: ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO

Resumen

El perfil sociodemográfico y las condiciones de trabajo se han investigado en los casos específicos de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue describir las características sociodemográficas y laborales y estimar la frecuencia de problemas de salud entre hombres y mujeres en la población de Feira de Santana, Bahia. Se trata de un estudio transversal con una muestra representativa de la población de 15 o más años, seleccionadas al azar mediante un muestreo estratificado de la zona sub-urbana, sobre la base de datos del censo del IBGE. Se analizó información de 4.170 habitantes: 2.819 mujeres (67,6%) y 1.351 (32,4%) hombres. En ambos sexos, predominó la edad de 15 a 29 años. El nivel de analfabetismo funcional es mayor entre las mujeres. Entre los hombres, 52,3% informaron que estaban trabajando (contra 30,2% de las mujeres) y el 34,6% de los empleados eran regulares (en comparación con el 25,4%). En relación con las enfermedades auto-reporte, se observó que entre las mujeres, el porcentaje fue

mayor que entre los hombres. Las cuestiones planteadas muestran la existencia de diferencias de género en lo que respecta a las relaciones laborales y la salud, que deben ser considerados por las instituciones responsables de promover acciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas.

Palabras-clave: Condiciones de trabajo. Salud. Género.

INTRODUÇÃO

A análise de diferenciais de gênero com base na descrição do perfil sociodemográfico e das condições de saúde tem ganhado relevo nos últimos anos. A constatação de diferenças nas condições e características do trabalho entre homens e mulheres evidencia também uma série de outros diferenciais (nas condições de vida em geral, situação de saúde, moradia, renda, acesso a bens e serviços) e fortalece a necessidade de maior conhecimento sobre os processos específicos de adoecimento considerando a estratificação segundo gênero.

Características sociodemográficas têm sido apontadas como fatores relevantes para a saúde das populações, atuando, muitas vezes, de forma a interagir ou modificar as relações entre determinados fatores de risco e o processo saúde/doença. Alguns estudos têm demonstrado a importância dessas condições nas diferentes situações do cotidiano, sendo aspectos de interesse de diversas áreas do conhecimento.¹⁻³

Estudos com foco na análise de gênero destacam que o perfil sociodemográfico apresenta-se de maneira diferenciada. As mulheres têm alcançado as faixas etárias mais elevadas em maior proporção que os homens. Consequentemente, o percentual de mulheres viúvas também tem sido maior.⁴ Dentre as pessoas com os níveis mais baixos de escolaridade, as mulheres representam a maioria, embora esta realidade esteja se transformando e elas, concomitantemente, já representem a maior parte daqueles que alcançam o nível superior.⁵⁻⁷ Os percentuais de baixa renda *per capita* e de condições de moradia mais precárias são mais elevados entre as mulheres. O sexo feminino representa 70% das pessoas que vivem em situação de pobreza no mundo.⁵

As diferenças existentes entre homens e mulheres apresentam reflexos também no processo de morbimortalidade, na forma de referir problemas de saúde e de avaliar o seu estado geral.^{2,8} Em sua maioria, as mulheres queixam-se mais de processos de adoecimento físico e psíquico, buscando com maior frequência os serviços de saúde. Entretanto, os agravos apresentados são de baixa gravidade e letalidade, apresentando-se de forma aguda, com curto período de duração.^{2,4,8} Já os homens têm a tendência de não relatar seus problemas de saúde e não frequentar

serviços para consultas e exames de rotina. O processo patológico dos homens é caracterizado por doenças crônicas de alta letalidade. Outra questão relevante para ambos é a forma de enfrentamento da sua condição de saúde, bem como da sua gravidade. Esses aspectos evidenciam atitudes e comportamentos diferenciados diante das questões relativas à saúde segundo gênero.^{2,4,9}

A utilização dos serviços de saúde parece estar associada à idade, à posição do indivíduo no mercado de trabalho (trabalhadores do setor informal e aqueles que trabalham por conta própria têm menor possibilidade de uso), à escolaridade do chefe da família e ao tamanho desta para ambos os sexos.⁸ Para os homens, um fator relevante na utilização dos serviços de saúde é a renda *per capita*. Já para as mulheres, ter o homem como chefe da família aumenta as possibilidades de acesso aos serviços de saúde.⁸

As mulheres, nos últimos anos, têm assumido, de forma crescente, a posição de chefes de família. A participação econômica e política delas tem crescido a passos largos. Entretanto, ainda são evidentes as diferenças e a relação de dominação entre os gêneros, no que se refere a condições de trabalho, cargos e atribuição de valores do trabalho feminino.^{5,9}

As condições e as características do trabalho têm grande importância sobre o processo saúde-doença, já que podem trazer repercussões tanto positivas como também negativas para a saúde, dependendo da forma como se estruturam e se organizam tais condições. Além disto, muitas vezes, às atribuições e responsabilidades da atividade profissional soma-se ainda o trabalho de cuidado com a casa e com a família, na chamada dupla jornada de trabalho. Pesquisas têm demonstrado maior prevalência de agravos relacionados ao trabalho como LER/DORT e problemas osteo-musculares entre as mulheres.^{3,10,11}

O avanço das discussões sobre os diferenciais entre homens e mulheres encontra-se pautado no anseio pela igualdade. Igualdade e diferença não se opõem, mas estão intrinsecamente relacionados e em constante conflito. A igualdade almejada não está direcionada para as diferenças entre os sexos, no que se refere ao fator biológico ou comportamento social, mas à atribuição de valores e ao tratamento justo e equânime ao abordar os gêneros.¹²

Ancorado no anseio de contribuir para a promoção de relações mais equânimes entre homens e mulheres, com base no debate sobre as possíveis desigualdades e desvantagens existentes, este estudo teve como objetivo analisar diferenciais de gênero com relação a características sociodemográficas, condições de trabalho e condições de saúde de residentes de zonas urbanas de Feira de Santana, Bahia. Assim, buscou-se descrever características sociodemográficas, do trabalho e estimou-se a frequência de problemas de saúde entre homens e mulheres. Este estudo poderá contribuir para a descrição da morbidade autorreferida presente no cotidiano de homens e mulheres moradores no município estudado na perspectiva de direcionar

ações de enfrentamento dos problemas existentes e melhoria da situação de saúde e de promoção de qualidade de vida para as populações estudadas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo corte transversal, de caráter descritivo, realizado no ano de 2007-2008, em Feira de Santana, Bahia. A sede deste município é a segunda maior cidade do estado da Bahia e a 31ª do país. Está localizado na região da zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semiáridos do nordeste baiano, com população de 535.820 habitantes, estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2006.

A seleção das áreas de estudo foi feita com base em amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimentos aleatórios, com base em dados censitários do IBGE, tendo o domicílio como unidade amostral.

O estudo foi desenhado originalmente para avaliar a saúde mental da população de Feira de Santana com 15 anos ou mais de idade. A amostra foi obtida assumindo-se uma prevalência estimada de transtornos mentais comuns de 25%, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), erro amostral de 3% e nível de confiança de 95%. Assumindo-se esses parâmetros, estabeleceu-se amostra de 800 indivíduos. Considerando-se o efeito do desenho do estudo (amostragem por conglomerado), dobrou-se o tamanho da amostra, que subiu para um total de 1.600 pessoas. Admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%, definiu-se o tamanho da amostra em 1.920 indivíduos.

Para a seleção da amostra foram adotados os seguintes procedimentos: determinação da representação percentual da população por subdistrito da zona urbana; definição de percentual na amostra de cada subdistrito, com base nos dados de população residente em cada subdistrito; listagem dos setores censitários em cada subdistrito; seleção aleatória dos setores censitários que foram incluídos na amostra em cada subdistrito; seleção aleatória das ruas incluídas na amostra em cada setor censitário; todos os domicílios nas ruas sorteadas foram incluídos na amostra; todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados elegíveis, compondo a amostra do estudo. Para reduzir o percentual de perdas, realizou-se até três visitas por domicílio.

Os dados foram coletados por meio de formulário, aplicado aos moradores elegíveis dos domicílios sorteados (com idade \geq 15 anos), por entrevistadores previamente treinados. O instrumento utilizado continha informações sociodemográficas, características do trabalho profissional e doméstico, hábitos de vida, aspectos da saúde reprodutiva, informações sobre doenças autorreferidas e sobre a saúde mental.

Neste estudo foram analisadas informações sobre características sociodemográficas, do trabalho profissional e da morbidade autorreferida, considerando estratificação segundo gênero.

Na análise foi realizada a descrição das características sociodemográficas, das condições de trabalho e situação de saúde, considerando os problemas de saúde mais frequentes, para homens e mulheres.

A análise dos diferenciais de gênero incluiu avaliação de condições referidas por toda a população estudada (como no caso das características sociodemográficas) e também considerou a análise de situações apenas da população trabalhadora (considerando aqui apenas características do trabalho). Portanto, foram explorados diferenciais gerais e diferenciais específicos relativos ao trabalho.

Para caracterização da situação de saúde, embora tenha sido avaliado um conjunto amplo de problemas de saúde, encontram-se descritos aqui apenas os problemas de maior frequência, a saber: dores de coluna, distúrbios do sono, hipertensão arterial, colesterol alto, obesidade e Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

A análise dos agravos autorreferidos também foi feita para a população que não estava trabalhando, composta por desempregados, afastados por motivo de doença, aposentados, donas de casa, estudantes e aqueles que viviam de renda. Desta forma, foram avaliadas as estimativas das prevalências de agravos autorreferidos entre homens e mulheres trabalhadores e não trabalhadores.

Para a comparação da prevalência da morbidade autorreferida entre homens e mulheres foram estimadas as razões de prevalência segundo as características de interesse, adotando-se critérios de significância em 5%. Os dados foram armazenados e analisados pelos programas estatísticos *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 10.0 e Epi Info versão 6.0.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, tendo sido aprovado (Protocolo 042-2006; CAAE – 0037.0.059.000-06). Todos os indivíduos que concordaram em participar, assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo-se a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS

Foram entrevistadas 4.170 pessoas, sendo 2.819 mulheres (67,6%) e 1.351 homens (32,4%). A média de idade foi de $38 \pm 17,9$ anos, revelando tratar-se de uma população jovem. A idade mínima foi de 15 anos (limite inferior para inclusão no estudo) e a máxima de 103 anos. A faixa etária predominante foi a de 15 a 29 anos (homens: 42%; mulheres: 36,8%).

(Tabela 1). No geral, a distribuição das faixas etárias foi muito similar entre homens e mulheres: apenas entre os homens observou-se percentual mais elevado nas faixas etárias mais jovens.

Tabela 1. Características sociodemográficas segundo gênero. População urbana – Feira de Santana, Bahia – 2007

Características sociodemográficas (N)	Mulheres		Homens	
	n	%	n	%
Idade (4.170)				
15 a 29 anos	1.037	36,8	567	42,0
30 a 49 anos	970	34,4	423	31,3
50 a 69 anos	624	22,1	270	20,0
70 anos ou mais	188	6,7	91	6,7
Cor de pele (4.137)				
Branca	390	13,9	222	16,6
Parda	1.473	52,6	738	55,1
Preta	687	24,6	293	21,9
Amarela	59	2,1	16	1,2
Indígena	46	1,6	29	2,2
Não sabe	144	5,2	40	3,0
Grau de escolaridade (4.156)				
Nunca foi à escola/ Lê, escreve o nome	199	7,1	85	6,3
Fundamental I e II (1ª a 8ª série)	1.290	45,9	656	48,7
Ensino Médio	1.150	40,9	540	40,1
Ensino superior	170	6,1	66	4,9
Situação conjugal (4.147)				
Solteiro	964	34,4	568	42,3
Casado/união estável	1.344	47,9	671	50,0
Divorciado/desquitado	208	7,4	70	5,2
Viúvo	288	10,3	34	2,5
Renda média mensal (2.385) *				
Até ½ SM **	239	16,5	33	3,5
De ½ a 1 SM	706	48,7	276	29,5
De 1 a 2 SM	333	23,0	381	40,7
≥ 2 SM	171	11,8	246	26,3
Trabalha atualmente (4.167)				
Sim	851	30,2	706	52,3
Não	1.966	69,8	644	47,7
Se não está trabalhando, você está: (2.594)				
Desempregado/a	426	21,8	162	25,2
Aposentado/a	339	17,4	197	30,7
Afastado por doença/motivo particular	39	2,0	36	5,6
Dona de casa	616	31,6	2	0,3
Estudando	404	20,7	233	36,3
Vivendo de renda	128	6,6	12	1,9

Notas: * Nesta variável, foram perdidos 71 dados e 1.714 pessoas referiram não ter renda própria: 48,0% (n=1.377) do total de mulheres e 28,7% (n=377) do total de homens.

** SM: salário mínimo vigente em 2007: R\$ 380,00.

Quando avaliada a cor autorreferida, o maior percentual foi de cor parda para ambos os sexos. Observou-se predominância nos níveis mais baixos de escolaridade: 53% das mulheres e 55% dos homens tinham até o ensino fundamental (até a 8ª Série). Curiosamente, as mulheres apresentaram percentuais mais elevados nos dois níveis extremos: analfabetismo (7,1% contra 6,3%) e superior (6,1% contra 4,8%).

Ao se avaliar a situação conjugal, 50% dos homens referiram estar casados ou ter uma relação estável, contra 47,9% das mulheres. O percentual de homens solteiros também foi maior que o de mulheres. Vale ressaltar o pequeno percentual de homens viúvos (2,5%) em relação ao das mulheres (10,3%).

A análise da renda média mensal evidenciou diferenças muito expressivas segundo gênero. Inicialmente, não ter uma renda mensal própria representava 48,0% das mulheres estudadas contra 28,7% dos homens. Dentre a população com renda própria, as diferenças foram também significativas: as mulheres apresentaram percentuais mais elevados nos estratos de renda mais baixos; a situação inverteu-se nos estratos de renda mais elevados, com maiores percentuais entre os homens. Entre as mulheres, 16,5% recebiam até ½ salário mínimo (percentual 4,7 maior do que o dos homens) e 48,7% recebiam até um salário mínimo; entre os homens, 40,7% recebiam de um a dois salários mínimos e 26,3% mais de dois salários (percentual 2,2 vezes maior do que o referido pelas mulheres). **(Tabela 1).**

Mais da metade dos homens (52,3%) estava inserida no mercado de trabalho contra apenas 30,2% das mulheres. Os percentuais de trabalhadores desempregados foram similares, embora tenha sido ligeiramente mais elevado entre os homens (25,2% contra 21,8%). Com relação à população que não tinha um trabalho remunerado nem referiu estar desempregada no momento da coleta de dados, destacaram-se, entre os homens, os maiores percentuais de aposentados, afastados por doença ou por motivo particular e estudantes. Entre as mulheres, observou-se maior percentual de donas de casa (31,6% contra 0,3% dos homens) e de quem vivia de rendas (6,6% das mulheres e 1,9% dos homens).

Considerando a ocupação principal da população que estava trabalhando, os autônomos (trabalho por conta própria) tiveram destaque: mais de 1/3 dos homens e das mulheres estavam nessa condição; os assalariados sem comissão mantinham a segunda posição para ambos, contudo a proporção de homens nessa atividade foi cerca de 50% maior do que das mulheres (34,4% e 21,1% respectivamente). **(Tabela 2).** A diferença mais expressiva foi observada na situação de empregado doméstico: 16% das mulheres desempenhavam essa atividade contra apenas 0,1% dos homens (n=1). Os percentuais de profissional liberal, empregador/empresário e assalariado com comissão foram maiores entre os homens, enquanto

as mulheres tinham maior participação na ocupação de funcionário público e trabalhador cooperativado (**Tabela 2**).

Tabela 2. Características da atividade ocupacional de homens e mulheres trabalhadores da área urbana – Feira de Santana, Bahia – 2007

Característica (N)	Mulheres		Homens		Valor de p
	n	%	n	%	
Ocupação principal (1.568)					< 0,01
Autônomo	290	33,8	253	35,6	
Assalariado/a sem comissão	207	24,1	244	34,4	
Empregado/a doméstico/a	137	16,0	01	0,1	
Biscateiro/a	65	7,6	62	8,7	
Funcionário/a público/a	78	9,1	52	7,3	
Assalariado/a com comissão	33	3,8	53	7,5	
Profissional liberal	10	1,2	21	3,0	
Empregador/a - empresário/a	06	0,7	12	1,7	
Cooperativado/a	07	0,8	03	0,4	
Outros	25	2,9	09	1,3	
Contribui para o INSS* (1.535)					< 0,01
Sim	249	29,7	282	40,5	
Não	590	70,3	414	59,5	
Em seu trabalho, você tem direito à folga? ** (829)					0,03
Sim	248	60,9	287	68,0	
Não	159	39,1	135	32,0	

Notas: * INSS: Instituto Nacional de Previdência Social.

** Inclui apenas os trabalhadores que possuem algum tipo de vínculo de trabalho com outra pessoa/empresa.

A contribuição para o sistema de seguridade social no Brasil, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), que garante aos trabalhadores uma série de direitos sociais (aposentadoria, auxílio-doença em caso de doença ou acidente de trabalho, licença-maternidade dentre outros), foi pequena para toda a população (menos de 50% referiram ser contribuintes do sistema); contudo, o percentual foi mais expressivo entre os homens (40,7%) do que entre as mulheres (29,7%).

Na população trabalhadora que referiu possuir algum tipo de vínculo de trabalho com outra pessoa ou empresa, o direito a folga foi mais referido pelos homens (**Tabela 2**).

Ao avaliar o vínculo de trabalho com carteira assinada, apenas 34,6% dos homens e 25,4% das mulheres informaram esta condição (**Tabela 3**). Para aqueles trabalhadores que não tinham a carteira de trabalho assinada, o contrato estabelecido apenas de forma oral foi o que predominou entre mulheres e homens, embora em uma proporção muito maior entre as mulheres (64,6% contra 42,2%).

Tabela 3. Características do trabalho de homens e mulheres da área urbana – Feira de Santana, Bahia – 2007

Características do trabalho	Mulheres		Homens	
	n	%	n	%
Carteira assinada (1.538)				
Sim	213	25,4	242	34,6
Não	626	74,6	457	65,4
Tipo de contrato de trabalho* (489)				
Oral	168	64,6	108	47,1
Escrito	63	24,2	40	17,5
Não tem	29	11,2	81	35,4
Local de trabalho (1.531)				
Empresa	221	26,3	288	41,7
Repartição pública	108	12,8	73	10,6
Na rua	92	10,9	139	20,2
Em sua própria casa	212	25,3	85	12,3
Na casa de outra pessoa	192	22,8	76	11,0
Outro local	16	1,9	29	4,2
Carga horária semanal (1.557)				
< 20 horas	172	20,2	53	7,5
> 20 a 40 horas	327	38,4	251	35,6
> 40 horas	352	41,4	402	56,9
Turno de trabalho (1.546)				
Diurno fixo	627	74,1	495	70,7
Noturno fixo	27	3,2	38	5,4
Diurno e noturno	128	15,1	108	15,4
Revezamento de turnos	42	5,0	52	7,4
Outros	22	2,6	07	1,0
Acidente de trabalho (1.535)				
Sim	48	5,7	68	9,8
Não	790	94,3	629	90,2

Nota: * Incluiu trabalhadores sem vínculo formal de trabalho (sem carteira assinada).

Os principais locais de trabalho dos homens foram em empresa (41,7%) e na rua (20,1%). Entre as mulheres, observou-se uma distribuição de locais de trabalho mais dispersa do que entre os homens, com predominância do trabalho em empresa (26,3%), trabalho na própria casa (25,3%) e na casa de outra pessoa (22,8%).

Em relação à carga horária, 56,9% dos trabalhadores e 41,4% das trabalhadoras exerciam atividades laborais por mais de 40 horas por semana, revelando longas jornadas de trabalho nos grupos estudados, especialmente entre os homens. Vale ressaltar que 20,2% das mulheres referiram 20 horas ou menos de trabalho semanal, enquanto apenas 7,5% dos homens informaram essa mesma realidade. A maioria dos trabalhadores, tanto do sexo feminino (74,1%) quanto masculino (70,7%) realizavam as atividades laborais em turno diurno fixo (**Tabela 3**).

Os agravos à saúde também foram foco de investigação. As mulheres apresentaram maior prevalência para todas as queixas autorreferidas quando comparadas aos homens; todos os achados foram estatisticamente significantes.

Considerando apenas a população que estava trabalhando no momento da pesquisa, o agravo que predominou, em ambos os sexos foi dor de coluna, encontrada em 51,7% das trabalhadoras e em 39,5% dos trabalhadores, com diferença significativa de prevalência entre os sexos. Os distúrbios do sono foram referidos por 24,6% das mulheres e 17,3% dos homens. A hipertensão arterial também foi investigada e esteve presente em 20,6% das mulheres e em 15,9% dos homens. Contudo, as diferenças mais relevantes foram observadas para obesidade (RP=2,29) e para Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho (DORT) (RP=1,79). (Tabela 4).

Tabela 4. Prevalência de doenças autorreferidas, em homens e mulheres trabalhadores – Feira de Santana, Bahia – 2007

Doenças autorreferidas (N)	Mulheres		Homens		RP*	IC95%**	Valor de p
	n	%	n	%			
Dores de coluna (1.555)							
Sim	440	51,7	278	39,5	1,31	1,17-1,46	<0,001
Não	411	48,3	426	60,5			
Distúrbio do sono (1.556)							
Sim	209	24,6	122	17,3	1,42	1,16-1,73	<0,001
Não	642	75,4	583	82,7			
Hipertensão Arterial (1.556)							
Sim	175	20,6	112	15,9	1,29	1,04-1,61	0,017
Não	676	79,4	593	84,1			
Colesterol Alto (1.556)							
Sim	86	10,1	50	7,1	1,42	1,02-1,99	0,036
Não	765	89,9	655	92,9			
Obesidade (1.556)							
Sim	83	9,8	30	4,3	2,29	1,53-3,44	<0,001
Não	768	90,2	675	95,7			
DORT (1.552)							
Sim	63	7,4	29	4,1	1,79	1,17-2,75	0,006
Não	787	92,6	673	95,9			

Notas : DORT: Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho.

* Razão de Prevalência.

** Intervalo de Confiança de 95%.

A população de ambos os sexos que referiu não estar trabalhando no momento da investigação apresentou maiores prevalências para hipertensão arterial, distúrbios do sono e colesterol alto. Já entre trabalhadores/as foram encontradas prevalências mais elevadas para dor de coluna, obesidade e DORT (Tabela 5). Registra-se que as razões de prevalência para as

comparações entre homens e mulheres foram mais robustas entre a população não trabalhadora, excetuando-se apenas as comparações para dor na coluna e distúrbios do sono, cuja associação foi mais forte entre a população que estava trabalhando.

A dor de coluna também foi o agravo mais prevalente nas mulheres (46,9%) e nos homens (37,2%) que não trabalhavam. O perfil de maior adoecimento referido entre as mulheres foi também observado na população não trabalhadora, sendo as diferenças mais expressivas para obesidade (RP= 2,56), colesterol alto (RP= 2,31) e DORT (RP= 2,03). Todas as diferenças observadas segundo gênero foram estatisticamente significantes (**Tabela 5**).

Tabela 5. Prevalência de doenças autorreferidas em homens e mulheres não trabalhadores – Feira de Santana, Bahia – 2007

Agravos à saúde	Mulheres		Homens		RP*	IC95%**	Valor de p
	n	%	n	%			
Dores de coluna (2.607)							
Sim	922	46,9	239	37,2	1,26	1,13-1,41	0,000
Não	1042	53,1	404	62,8			
Distúrbio do sono (2.608)							
Sim	551	28,1	139	21,6	1,30	1,10-1,53	0,001
Não	1413	71,9	505	78,4			
Hipertensão Arterial (2.607)							
Sim	593	30,2	129	20,1	1,50	1,27-1,78	0,000
Não	1371	69,8	514	79,9			
Colesterol Alto (2.606)							
Sim	332	16,9	47	7,3	2,31	1,73-3,10	0,000
Não	1631	83,1	596	92,9			
Obesidade (2.607)							
Sim	172	8,8	22	3,4	2,56	1,66-3,95	0,000
Não	1792	91,2	621	96,6			
DORT (2.605)							
Sim	93	4,7	15	2,3	2,03	1,18-3,47	0,008
Não	1870	95,3	627	97,7			

Notas: DORT: Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho.

* Razão de Prevalência.

** Intervalo de Confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Os resultados revelaram a existência de diferenças entre homens e mulheres segundo as características sociodemográficas, situação de trabalho e de saúde. Na população estudada predominou o sexo feminino. Os percentuais encontrados diferem da distribuição da população de Feira de Santana (BA), estimada para 2007 em 544.114 habitantes, sendo 284.878 mulheres (52,4%) e 259.236 homens (47,6%), conforme dados do IBGE. Há distinção também de várias capitais brasileiras, em que a predominância feminina gira em torno de 50%.⁴

Ao se considerar a escolaridade, as mulheres apresentaram maior proporção nos extremos das categorias de nível de instrução (analfabetos funcionais e nível superior). Desta forma, identifica-se um antagonismo vivenciado no cotidiano feminino em que a realidade da exclusão social, imposta pela falta de acesso à instrução, ainda marcante no cenário do trabalho doméstico, é compartilhada pelo processo de legitimação social por meio da ascensão no mercado de trabalho.⁶ Entretanto, as mulheres já são hoje a maioria dos alunos matriculados no ensino superior. Esse fato evidencia a perspectiva futura de maior participação feminina no setor econômico e político do país, no qual ainda é minoria.⁷ No momento atual, deve-se considerar que apenas uma pequena parcela da população brasileira tem acesso ao ensino superior. Portanto, mesmo que as mulheres estejam aumentando sua participação nesse estrato educacional, os percentuais são ainda pouco significativos quando se considera o conjunto da população feminina.

Observou-se diferença relevante no percentual de mulheres viúvas e separadas com relação aos homens. Essa maior proporção de mulheres encontrada nessa situação conjugal corrobora os achados em outros estudos.¹ A importância desse diferencial revela-se na relação com a saúde, uma vez que há evidências empíricas apontando para maior nível de adoecimento entre pessoas divorciadas/separadas e viúvas.^{1,13,14}

De maneira geral, o percentual de homens que possuíam maior renda foi superior em relação às mulheres, fato também verificado na maioria dos estudos que avaliaram o trabalho e a relação com gênero.^{9,15,16} Uma vertente explicativa seria a absorção da mão de obra feminina em setores com menor remuneração, maior vulnerabilidade, insegurança no trabalho e subordinação, atualmente transformadas em vantagens pelo processo de flexibilização do mercado de trabalho.^{7,17}

O estudo aponta também para uma tendência de precarização do trabalho feminino caracterizada por ocupações restritas a atividades com baixo *status* e menor capacidade de desenvolvimento e ascensão social,⁵ refletida nos percentuais de menor renda, que foram mais expressivos entre as trabalhadoras investigadas.

A existência de desvantagens das mulheres no mundo do trabalho foi confirmada neste estudo, quando foram comparadas as características do trabalho segundo gênero. As desvantagens começavam no processo de inserção das mulheres no mercado de trabalho (enquanto menos de 1/3 das mulheres estavam trabalhando, mais da metade dos homens tinham um trabalho) e estendiam-se para a renda mensal média recebida, o tipo de vínculo de trabalho e garantia e cobertura de direitos sociais. Portanto, os achados desta pesquisa fortalecem a hipótese de que o processo de valorização e desvalorização social de homens e mulheres atua como eixo determinante da subordinação feminina e da divisão sexual do trabalho,⁵ com desvantagens evidentes para as mulheres.

Relações de dominação geralmente acontecem quando uma categoria é quantitativamente superior em relação a outra. Entretanto, essa explicação não parece sustentar adequadamente a estrutura de manutenção das relações de dominação observada entre homens e mulheres, uma vez que, mesmo em grupos sociais ou ocupacionais em que as mulheres representam a porção mais elevada da população, os homens mantêm superioridade nas relações sociais.¹⁸

Outra vertente da análise do comportamento social para compreensão das relações de dominação considera que integrantes de um grupo desprovido de poder formatam socialmente uma minoria.¹² Desta forma, a representação e projeção social feminina designam às mulheres um papel inferior, uma vez que ocupam a minoria dos cargos de poder na sociedade moderna. Analisar mais detidamente as relações entre aspectos relativos ao poder e dominação masculina configura-se elemento importante para a compreensão da estrutura que sustenta e reproduz as desvantagens e desigualdades de gênero. A análise desses elementos deve constituir foco de estudos futuros.

As características da atividade ocupacional revelaram perfis semelhantes para homens e mulheres, compostos por trabalhadores autônomos e assalariados sem comissão. Este perfil evidenciou, sobretudo, a predominância de postos de trabalho informais, caracterizados por relações de trabalho precárias, tanto para homens, quanto para mulheres. Contudo, apesar dessa tendência geral, observou-se que a situação é ainda mais precária entre as mulheres (ao trabalho autônomo soma-se o trabalho doméstico, realizado na própria casa ou na casa de outra pessoa e concentrado nas mais baixas faixas de renda). Entre os homens, a condição de assalariado com comissão e com carteira assinada apresentou percentuais mais elevados, assegurando maior acesso aos direitos sociais e trabalhistas. Este fato evidenciou-se também quando se analisou a contribuição para o INSS e a proporção de homens aposentados. Estudos comprovam que a informalidade é geralmente mais difundida entre as mulheres trabalhadoras,^{5,14,17} principalmente no setor doméstico, cuja estigmatização faz com que esta atividade não seja vista pelas trabalhadoras como uma profissão,¹⁹ o que fortalece o processo de manutenção de sua desvalorização social.

Mais da metade dos homens relataram jornada semanal de mais de 40 horas, diferentemente do observado em outros estudos.⁹ A predominância de trabalho por conta própria e com vínculo de trabalho informal são fatores que podem estar associados a esse resultado.

Destacou-se um percentual bem maior de trabalho de 20 horas entre as mulheres. Esse dado aponta para uma realidade já conhecida entre as mulheres: a necessidade de estar presente, mesmo que parcialmente, na rotina doméstica, no cuidado da família e dos filhos e mesmo a impossibilidade de ter quem cuide da casa e filhos leva uma parcela das mulheres a ingressarem em trabalhos parciais, ainda que a renda recebida seja muito baixa. O trabalho

doméstico sempre esteve atrelado à idealização feminina do cuidado e, independente do vínculo extradomiciliar estabelecido, ainda permanece, como atribuição feminina, a responsabilidade pelas tarefas domésticas.^{1,20}

A análise da morbidade autorreferida revelou semelhanças entre a situação de saúde da população trabalhadora e não trabalhadora, entretanto os percentuais diferiram de acordo com o gênero e a tipologia da doença investigada. As mulheres ativas profissionalmente e as que não estavam trabalhando referiram maior frequência para todos os agravos à saúde investigados quando comparadas aos homens que trabalhavam ou não. Todas as associações foram estatisticamente significantes.

Possíveis explicações para a identificação de maior prevalência de agravos à saúde entre as mulheres relacionam-se, por um lado, a maior atenção das mulheres com as questões relativas à saúde, sua ou de sua família, fazendo com que procurem mais os serviços de saúde e tenham acesso a mais informações. Em estudo sobre procura por serviços de saúde,⁸ observou-se que os percentuais de procura eram maiores para as mulheres (15,8%) do que para os homens (10,1%). As mulheres buscam os serviços para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto os homens os procuram quase sempre por motivo de doença.⁸ Desse modo, é possível que as diferenças na morbidade referida estejam relacionadas, ao menos em parte, ao fato de a mulher mencionar os problemas de saúde com maior frequência do que os homens.²

Por outro lado, tais resultados podem também estar associados à sobrecarga laboral, em função das jornadas de trabalho profissional e doméstico, bem como das condições mais precárias de trabalho entre as mulheres. Neste estudo, o elevado percentual de mulheres que referiram não ter renda própria (quase a metade delas) e o baixo percentual que estava trabalhando (menos de um terço desta população) evidenciam que, além de ter condições de trabalho mais desvantajosas do que os homens, as condições de vida, em geral, também eram concretamente mais precárias para elas. Associação entre condições precárias de vida e situação de saúde pobre tem sido consistentemente evidenciada na literatura nacional e internacional.^{1,14}

As associações mais robustas entre agravos autorreferidos por gênero foram encontradas em mulheres que não estavam trabalhando. Este fato revela a complexidade existente na análise e compreensão do papel do trabalho na relação saúde-doença. A visão reducionista que incorpora ao trabalho apenas condições desfavoráveis à saúde dos trabalhadores ignora o conteúdo subjetivo que a inserção social gerada pela atividade laboral é capaz de agregar ao padrão de saúde e qualidade de vida do/a trabalhador/a. O desemprego, como mostram vários estudos, aumenta o desgaste emocional, físico, familiar e social devido à diminuição das exigências sociais, da autoestima e da perda do papel social.^{21,22}

Entretanto, é importante salientar que, para um agravo autorreferido ser considerado como doença ocupacional, é necessário que haja avaliação da exposição do trabalhador a fatores de risco de natureza ocupacional, associada à alta prevalência da doença em determinados grupos de trabalhadores, excluídas as causas mais comuns, de natureza não-ocupacional.²³

Algumas limitações devem ser consideradas na análise dos resultados obtidos. O tipo de estudo, corte transversal, permite apenas uma avaliação instantânea da realidade de interesse em um ponto do tempo (o momento da coleta da informação). Outro fator que deve ser considerado é um possível viés de seleção. Como mencionado, a distribuição percentual de homens e mulheres na população diferiu da distribuição estimada para o município estudado, com predomínio de mulheres (67,6%). Embora se tenham adotado procedimentos aleatórios para a composição da amostra do estudo, a distribuição da população estudada aponta para uma possível distorção da composição amostral por sexo, observando-se uma sobrerrepresentação do sexo feminino. Ainda que tenham sido adotados procedimentos para evitar perdas (foram realizadas até três visitas por domicílio amostrado, sendo uma delas no período noturno ou em finais de semana), é possível que os homens, principalmente aqueles envolvidos em atividades laborais com vínculos de trabalho formalizados ou com maior demanda de carga horária, tenham sido perdidos em função de não estarem em suas casas nas três tentativas de entrevista. Cabe registrar, contudo, que os resultados obtidos são semelhantes aos de outros estudos que analisaram diferenciais de gênero.^{5,9} Embora não possa ser descartada a possibilidade de viés de seleção, é pouco provável que os resultados encontrados sejam decorrentes apenas desse possível viés.

Compete registrar também que os achados aqui expostos são de natureza exploratória e tiveram como objetivo descrever a prevalência de morbidade autorreferida entre homens e mulheres, avaliar as características sociodemográficas e as condições do trabalho. A análise de gênero, contudo, deve incorporar reflexões de escopo mais amplo com relação aos tópicos relativos à saúde do trabalhador, evitando reduzir a sua interpretação a avaliação apenas de percentuais de morbimortalidade de um referido sexo; é necessário correlacionar as observações com o contexto histórico e a construção social envolvida na relação com o trabalho e o modo de vida.²⁴

As transformações sociais fazem da relação masculino-feminino um construto dinâmico e complexo que não pode ser interpretado unicamente sob a ótica linear da análise de dominador-subordinado. O poder e a dominação devem ser relativizados e compreendidos em suas diferentes perspectivas e complexas interações.^{6,25} Desse modo, este estudo buscou contribuir para a análise de elementos empíricos que, de um lado, apontam importantes diferenciais no perfil sociodemográfico, nas características do trabalho e na situação de saúde de homens e mulheres, no intuito de evidenciar que as diferenças biológicas entrelaçam-se a

processos sociais de valorização e desvalorização, que, por sua vez, sustentam e promovem quadros de desigualdade e desvantagens de gênero. Alerta-se, no entanto, que a análise dessas evidências deve ser realizada com base em contextos mais amplos, que geram e reproduzem os sistemas de poder e de valorização social.

A existência de diferenças de gênero na população de Feira de Santana foi observada nas condições de trabalho e de saúde a que homens e mulheres estavam expostos. Ratificou-se a segregação no mundo do trabalho, uma vez que a maioria das mulheres não estava trabalhando, ao passo que mais da metade dos homens encontravam-se profissionalmente ativos. O estudo aponta também segregação nas ocupações: menor participação das mulheres nas atividades laborais que permitiam a tomada de decisão ou que se encontravam protegidas pelo sistema de seguridade social. Os dados reafirmam a existência de diferenciais de gênero no âmbito laboral.

Foram evidenciadas ainda elevadas prevalências de doenças autorreferidas entre mulheres trabalhadoras e não-trabalhadoras quando comparadas aos homens. Cabe, entretanto, realçar a necessidade de análises mais aprofundadas sobre os fatores que podem estar associados a esse resultado, uma vez que ainda não se encontra bem esclarecido se os homens são, de fato, menos afetados pelos problemas de saúde avaliados nos estudos de morbidade referida ou se há subestimação desses problemas entre os homens por dificuldades desses em relatar a situação de saúde.

Os resultados evidenciam a existência de diferenciais no que se refere às relações de gênero, considerando trabalho e saúde. Com base nessas evidências, pretende-se envidar esforços para novas investigações sobre os diferentes aspectos envolvendo questões de gênero, ancorados, sobretudo, numa perspectiva de tornar a vida humana e o trabalho mais dignos, com condições favoráveis à preservação da saúde e da igualdade entre homens e mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev bras Saúde Mater Infant.* 2005;5(3):337-48.
2. Pinheiro RS, Brito AS, Viacava F, Travassos C. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ci Saúde col.* 2002;7(4):687-707.
3. Reis RJ, Pinheiro TMM, Navarro A, Martin MM. Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões por esforços repetitivos. *Rev Saúde Públ.* 2000;34(3):292-8.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro; 2004.
5. Brito JC. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cad Saúde Públ.* 2000;16(1):195-204.
6. Guedes MC. As mulheres de formação universitária: a reversão da desigualdade de gênero e seus reflexos no mercado de trabalho Brasil: 1970-2000 [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional das Ciências Estatísticas; 2004.
7. Aquino EML. Gênero e ciência no Brasil: contribuições para pensar a ação política na busca da equidade. Trabalho apresentado ao Encontro Nacional de Núcleos e Grupos de Pesquisas – 2005/2006 - Presidência da República. Pensando gênero e ciência. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2006.
8. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publ.* 2002;11(5/6):365-73.
9. Araújo TM, Godinho TM, Reis EJFB, Almeida MMC. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. *Ci saúde col* 2006;11(1):1117-29.
10. Salim CA. Doenças do trabalho exclusão, segregação e relações de gênero. *São Paulo em Perspec.* 2003;17(1):11-24.
11. Santana V, Maia AP, Carvalho C, Luz G. Acidentes de trabalho não fatais; diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. *Cad Saúde Públ.* 2003;19(2):481-93.
12. Scott JW. O enigma da igualdade. *Rev Est Fem.* 2005;3(1):11-30.
13. Alves MGM. Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.
14. Ludermir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad Saúde Públ.* 2000;16(3):647-59.
15. Castro MG. O conceito de gênero e as análises sobre mulher e trabalho: notas sobre impasses teóricos. *Cad CRH.* 1992;17:80-105.

16. Galeazzi IMS. Mulheres trabalhadoras: a chefia da família e os condicionantes de gênero. Mulher e trabalho. Porto Alegre: FEE; 2001.
17. Guimarães JRS. Participação feminina no mercado de trabalho: expansão e iniquidade. Bahia Análise e Dados. 2001;10(4):154-68.
18. Beauvoir S. O segundo sexo: fatos e mitos. Tradução de Sergio Milliet. 4ª ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro; 1970. v. 1
19. Lautier B, Pereira JM. Representações sociais e construção do mercado de trabalho: empregadas domésticas e operários da construção civil na América Latina. Cad CRH. 1994;21:125-51.
20. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Ciênc. saúde col. 2002;7(4):743-56.
21. Pinheiro LRS, Monteiro JK. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. Cad Psicol Social do Trab. 2007;10(2):35-45.
22. Seligmann-Silva E. A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: Silva Filho J, Jardim S, organizadores. A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá; 1997. p. 20-63.
23. Dantas J, Mendes R, Araújo TM. Hipertensão arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma refinaria de petróleo. Rev bras Med Trab. 2004;2(1):55-68.
24. Brito J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. Cad Saúde Públ. 1997;13(Supl. 2):141-4.
25. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. 1990;16(2):5-22.