



Artigo Original

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA NA INDÚSTRIA DO VESTUÁRIO

HEALTH CONDITIONS OF WOMEN WORKING IN THE CLOTHING INDUSTRY

CONDICIONES DE SALUD DE LA MUJER TRABAJADORA EN LA INDÚSTRIA TEXTIL

Hellen Pollyanna Mantelo Cecilio¹, Maria Antonia Ramos Costa², Regina Lúcia Dalla Torre Silva³, Sonia Silva Marcon⁴

Objetivo foi investigar aspectos das condições de vida e saúde da mulher trabalhadora na indústria têxtil. Estudo descritivo exploratório, realizado na região noroeste do Paraná, em quatro municípios selecionados por conveniência. Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2011, no próprio local de trabalho, por meio de questionário autoaplicável. A amostra foi constituída por 177 mulheres trabalhadoras em indústrias do vestuário, com idades entre 18 e 60 anos; 83,9% das mulheres tem mais de oito anos de estudo e possuem renda familiar média de R\$1.662,34. Relacionado aos hábitos de vida, 44,2% realizam atividade física e 80,2% não utilizam bebida alcoólica e 6,7% são fumantes. O estilo de vida aliado a condições inadequadas de trabalho, podem favorecer o aparecimento de doenças, assim, as políticas de saúde do trabalhador devem vislumbrar ações de promoção da saúde e melhores condições de trabalho.

Descritores: Condições de Trabalho; Saúde da Mulher; Indústria Têxtil.

This study aimed to investigate aspects of living conditions and health of female workers in the textile industry. This is a descriptive exploratory study conducted in the northwest of Paraná, in four municipalities selected for convenience. Data were collected in October and November 2011, in the workplace, through self-administered questionnaire. The sample consisted of 177 women working in the textile industries, aged between 18 and 60 years; 83.9% of women have more than eight years of study and have an average household income of R\$1,662.34. Regarding lifestyle, 44.2% practice physical activities, 80.2% do not use alcohol and only 6.7% are smokers. The lifestyle allied with poor working conditions, may favor the onset of diseases, so policies of workers' health must contemplate actions to promote health and better working conditions.

Descriptors: Working Conditions; Women's Health; Textile Industry.

El objetivo fue investigar aspectos de las condiciones de vida y la salud de las trabajadoras de la industria textil. Estudio exploratorio, descriptivo, realizado en el noroeste de Paraná, Brasil, en cuatro municipios seleccionados por conveniencia. Los datos fueron recogidos en octubre y noviembre de 2011, en el lugar de trabajo, a través de cuestionario auto administrado. La muestra consistió de 177 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 60 años, 83,9% de las mujeres tienen más de ocho años de estudios y renta familiar promedio de R\$ 1,662.34. En cuanto al estilo de vida, 44,2% realizaban actividad física; 80,2% no usaban alcohol y 6,7% eran fumadoras. El estilo de vida junto con las malas condiciones de trabajo pueden favorecer la aparición de enfermedades, y las políticas de salud de los trabajadores debe vislumbrar acciones para promover la salud y mejores condiciones de trabajo.

Descritores: Condiciones de Trabajo; Salud de la Mujer; Industria Textil.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá (UEM). Sarandi, PR, Brasil. E-mail: pollymantelo@gmail.com.

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na UEM. Professora Assistente da Faculdade Estadual de Educação, Ciências e Letras de Paranavaí. Paranavaí, PR, Brasil. E-mail: marcenf@bol.com.br.

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na UEM. Professor auxiliar do Departamento de Enfermagem da UEM. Maringá, PR, Brasil. E-mail: rldtorre@uem.br.

⁴ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da graduação e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem na UEM. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem na UEM. Maringá, PR, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador tem como objetivo garantir que o trabalho seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde e sua integridade física e mental⁽¹⁾. São considerados trabalhadores todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, independente de serem formais ou informais.

O trabalho, portanto, tem um papel fundamental na vida do ser humano, pois além de ser fonte de sobrevivência, faz com que o mesmo se sinta útil, produtivo e valorizado, com a possibilidade concreta de auto realização. Entretanto, quando o trabalho é realizado sob condições inadequadas, pode se tornar nocivo, prejudicando a saúde, provocando doenças, levando à inatividade, encurtando a vida e até causando a morte⁽¹⁾. Em 2010, a Previdência Social registrou 701.496 acidentes de trabalho, com 2.712 óbitos, isto sem considerar os trabalhadores autônomos e as empregadas domésticas, sendo que 24.310 acidentes ocorreram na indústria têxtil.

A partir da indústria têxtil, ocorreu a ascensão do movimento de mulheres, questionando os velhos estereótipos sobre o papel feminino, abrindo novas possibilidades e oportunidades na sociedade para o surgimento de atividades fora do lar. Este movimento foi favorecido pelo maior acesso das mulheres à educação, o que provocou a incorporação de um maior contingente de mulheres no mercado de trabalho e aumentou sua participação política na sociedade⁽²⁾.

No entanto, este novo papel assumido pelas mulheres, não as desvinculou das tarefas domésticas e da educação dos filhos, resultando num acúmulo de atribuições, que têm levado a uma sobrecarga de trabalho devido às jornadas duplas ou triplas, ao estresse emocional e causando prejuízos à sua saúde. As mulheres, consideradas as responsáveis pelos cuidados de saúde da

sua família são pessoas dependentes do sistema de saúde, e em muitas situações são atendidas de forma relapsa, com suas necessidades pouco ouvidas, valorizadas e resolvidas.

Apesar dos avanços e conquistas percebe-se que no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem lacunas no que se refere ao acesso da mulher trabalhadora ao serviço e ao modo como ela é acolhida neste sistema, visto que ainda se depara com um contingente significativo que nunca realizou ou que não realizam os exames preventivos com a regularidade recomendada por falta de acesso a Unidade Básica de Saúde (UBS). Assim, os profissionais de saúde precisam perceber que a assistência a saúde da mulher trabalhadora com maior compromisso refletirá diretamente no cuidado familiar.

Porém, o SUS ainda enfrenta a precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva que permeia as práticas de atenção, o que se verifica com o alto contingente de mulheres em idade fértil com níveis de saúde insatisfatórios, devido a dificuldade de compreensão do processo saúde-doença da mulher, necessitando conceber um novo paradigma que a veja inserida em um processo dinâmico⁽³⁾. Desse modo, o objetivo do estudo foi investigar aspectos das condições de vida e saúde da mulher trabalhadora na indústria têxtil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de análise quantitativa. A amostra foi constituída por 177 mulheres trabalhadoras em indústrias do vestuário localizadas em quatro cidades do Paraná: Sarandi, Mandaguaçu, Santa Fé e Paranavaí, as quais fazem parte do polo industrial têxtil da região Noroeste do Paraná, conhecida como polo da moda do sul do país, concentrando inúmeras indústrias do vestuário.

Na definição das indústrias que fariam parte do estudo considerou-se o fato de as mesmas possuírem CNPJ, terem mais de 20 trabalhadoras e permitirem que as

funcionárias participassem da pesquisa. O instrumento para coleta de dados foi um questionário semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras, constituído de duas partes, que abordou as características sócio demográficas e as condições de saúde e trabalho.

Os critérios de inclusão das mulheres no estudo foram ter mais de 18 anos e estarem trabalhando na mesma função há no mínimo um ano e devolver o questionário preenchido dentro do prazo estabelecido. Os questionários foram entregues a todas as mulheres que preenchiam os critérios de inclusão e a amostra foi estabelecida a partir da devolução dos questionários, ou seja, foram incluídas no estudo todas as mulheres que devolveram o questionário preenchido, após três tentativas de recolhimento.

Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2011, no próprio local de trabalho, por meio de questionário autoaplicável, que foi entregue às mulheres após orientação para o seu preenchimento e devolvidos as pesquisadoras após dois dias. O contato

inicial foi estabelecido após a autorização da diretoria das indústrias selecionadas. Para análise, os dados foram registrados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel*[®] e submetidos a análise estatística descritiva.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde e o seu projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 566/2011). Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e formalizaram a participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Participaram do estudo 177 mulheres, que correspondem a 63,2% das trabalhadoras nas respectivas indústrias, sendo 39 de Sarandi (22,1%), 21 de Santa Fé (11,8%), 56 de Mandaguaçu (31,6%) e 61 de Paranaíba (34,5%), cujas características encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição segundo características sócio demográficas das mulheres. Região Noroeste, PR, Brasil, 2011

Caracterização	N	%
Idade (n=176)		
18-29 anos	77	43,7
30-39 anos	44	25,1
40-49 anos	41	23,3
50-59 anos	12	6,8
Mais de 60 anos	2	1,1
Mora com companheiro (n=176)		
Sim	113	64,2
Não	63	35,8
Escolaridade (n=174)		
Menos de 8 anos de estudo	28	16,1
De 8 a 11 anos de estudo	134	77
Mais de 11 anos de estudo	12	6,9
Renda familiar* (n=153)		
Até R\$ 750,00	20	13,1
De R\$ 751,00 até 1.100,00	20	13,1
De R\$ 1.101,00 até 1.650,00	49	32,1
De R\$ 1.651,00 até 2.950,00	52	33,9
Acima de R\$ 2.951,00	12	7,8
Total	177	100

*Classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A média da idade das mulheres foi de 33,2 anos, sendo a mínima 18 anos e a máxima de 62 anos, com desvio padrão de 11,2 anos. A renda familiar média foi de R\$1662,34, variando de R\$570,00 a R\$8.000,00, com desvio padrão de 917,1. A maior parte das mulheres, (87,1%) contribuí com as despesas do lar, sendo que destas 22,5% eram as responsáveis pelo domicílio e 10,7% responderam que o seu salário era apenas para suas despesas pessoais. A média de indivíduos por família foi de

três pessoas. A Tabela 2 traz a história obstétrica e ginecológica das mulheres trabalhadoras.

Dos 24 abortos ocorridos, 91,6% foram espontâneos, e as mulheres não fizeram referência se os mesmos estavam ou não relacionados com o trabalho. Sobre os cuidados com a saúde, a consulta ginecológica e a coleta de material preventivo foram as práticas mais frequentemente referidas pelas mulheres. Importante destacar que das consultas realizadas, 50,3% foram pelo SUS, 31,2% através de convênios, 13,6% particular.

Tabela 2 - História obstétrica e ginecológica das mulheres. Região Noroeste, PR, Brasil, 2011

História obstétrica e ginecológica	N	%
Número de gestações (n=177)		
Nenhuma	51*	28,8
1 ou 2 gestações	92	51,9
Mais de 3 gestações	34	19,3
Aborto (n=174)		
Sim	24	13,6
Não	150	84,4
Número de filhos (n=176)		
Nenhum	52*	29,5
1 ou 2 filhos	101	57,4
3 filhos ou mais	23	13,1
Proteção de DST/AIDS (n=165)		
Sim	96	58,2
Não	69	41,8
Última consulta ao ginecologista (n=162)		
Menos de 1 ano	137	84,6
De 1 a 3 anos	13	8,1
Mais de 3 anos	9	5,5
Nunca consultou	3	1,8
Coleta de material preventivo na última consulta (n=177)		
Sim	146	83,9
Não	31	16,1
Exame de mamas na última consulta (n=177)		
Sim	67	38,5
Não	110	61,5
Total	177	100

*Os valores diferem porque uma das mulheres que engravidou, sofreu aborto, não tendo filhos.

No que se refere ao estilo de vida, observa-se na Tabela 3 que a maioria das mulheres tem dupla jornada de trabalho, não faz uso de bebida alcoólica e não fuma, e

mais da metade não realiza atividade física, realiza até três refeições diárias, tendo o hábito de beliscar entre as refeições.

Tabela 3 - Hábitos de vida das mulheres trabalhadoras. Região Noroeste, PR, Brasil, 2011

Hábitos de vida	N	%
Realiza trabalho doméstico (n=172)		
Sim	148	86,1
Não	24	13,9
Consome bebida alcoólica (n=177)		
Sim	35	19,8
Não	142	80,2
Fumante (n=177)		
Sim	12	6,7
Não	165	93,3
Realiza atividade física (n=177)		
Sim	78	44,2
Não	99	55,8
Número de refeições/dia (n=170)		
Até 3	109	64,1
Mais de 3	61	35,9
Belisca entre refeições (n=177)		
Sim	106	59,8
Não	71	40,2
Horas de sono por noite (n=173)		
Menos de 6 horas	28	16,2
De 6 a 8 horas	130	75,1
Mais de 8 horas	15	8,7
Total	177	100

Para a realização de trabalho doméstico, ou seja, a dupla jornada de trabalho, 60,5% tinha alguém da própria família que as ajudavam nas atividades do lar. No entanto, 83,2% citou que conseguia administrar bem o trabalho e os afazeres do lar. Isso foi confirmado quando questionadas se estavam realizadas com a vida que tinham e 66,7% responderam sim.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica, 82,8% utilizam álcool no máximo uma vez por semana, sendo que nenhuma das mulheres relatou o consumo de bebida alcoólica mais de duas vezes na semana.

Quanto à prática de atividade física, 70,5% faziam no mínimo três vezes por semana e a caminhada foi a atividade mais frequente (55,2%). Uma observação interessante sobre este item é que 48,7% das mulheres começaram a prática de atividade física há menos de um ano. Quanto ao sono 75,1% colocaram que dormem de 6 a 8 horas por dia.

A Tabela 4 apresenta algumas características relacionadas às condições de trabalho nas indústrias estudadas.

Tabela 4 - Condições de trabalho na indústria do vestuário. Região Noroeste, PR, Brasil, 2011

Condição de trabalho	N	%
Função na indústria (n=163)		
Costureira	61	37,4
Auxiliar de costura	36	22,1
Passadeira	50	30,6
Revisadora	2	1,2
Gerente de produção	5	3,2
Estilista/designer	2	1,2
Administrativo	4	2,5
Serviços gerais	3	1,8
Tempo na função (n=161)		
Menos de 5 anos	101	62,8
De 5 a 10 anos	32	19,8
De 10 a 15 anos	17	10,6
Mais de 15 anos	11	6,8
Disponibilidade de EPI (n=177)		
Sim	120	67,7
Não	57	32,3
Acidente de trabalho (n=177)		
Sim	12	6,7
Não	165	93,3
Total	177	100

Em relação aos acidentes de trabalho, os mais referidos foram "prende o dedo na máquina" (5), "costurou o dedo" (2) e "cortou um pedaço do dedo ou da mão" (3). Dos acidentes ocorridos, 58,3% resultaram em afastamento do trabalho, por período que variou de 15 dias até um ano. No entanto, quando as mulheres retornaram ao trabalho, referiram não ter sido necessário readaptação de funções e relataram que foram assistidas pela indústria durante o afastamento.

A Tabela 5 apresenta as condições de saúde das mulheres trabalhadoras, relacionando os principais problemas de saúde referidos, sua relação com o trabalho,

utilização de medicação contínua, IMC, percepção de saúde e estratégias para alívio da tensão.

Das 62 mulheres que acreditam que seus problemas de saúde estão relacionados com o trabalho, 37,1% fizeram referência à posição como fator desencadeador do problema, 17,7% à poeira da indústria e 14,5% os movimentos repetitivos. Sobre o uso de medicamento de forma contínua, 54,4% faziam uso de anticoncepcional, 14,7%, usavam medicamento para a hipertensão arterial e 8,8%, faziam uso de medicamentos para tireoide, 11,7% das mulheres usavam mais de um medicamento.

Tabela 5 - Condições de saúde das mulheres trabalhadoras. Região Noroeste, PR, Brasil, 2011

Condições de saúde	N	%
Problemas de saúde frequentes*		
Dor nas costas	72	40,6
Cefaleia	68	34,8
Alergia	43	24,2
Dificuldade visual	48	27,1
Infecção urinária	22	12,4
Tendinite/ Lesão por esforço repetitivo	22	12,4
Dificuldade auditiva	10	5,6
Problema de saúde está relacionado ao trabalho (n=177)		
Sim	62	35,1
Não	115	64,9
Utiliza medicação contínua (n=173)		
Sim	68	39,3
Não	105	60,7
IMC (n=163)		
Baixo peso	5	3,2
Normal	97	59,5
Sobrepeso	42	25,7
Obesidade I	15	9,2
Obesidade II	3	1,8
Obesidade III	1	0,6
Percepção sobre a saúde (n=171)		
Excelente, muito boa ou boa	154	90,1
Regular ou ruim	17	9,9
Estratégias utilizadas para aliviar a tensão** (n=132)		
Ficar quieta, sozinha	20	15,1
Sair, andar	19	14,3
Chorar	18	13,6
Dormir	12	3,1
Rezar	11	8,3
Ouvir música	10	7,5
Total	177	100

* As mulheres assinalaram mais de uma resposta. **Principais estratégias utilizadas.

DISCUSSÃO

O grupo estudado foi composto por mulheres, em sua maioria jovem, com mais de oito anos de estudo, e renda familiar mensal média de R\$1.662,34, segundo a classificação por rendas utilizada pelo IBGE, pertencentes a classe C1, caracterizada pela renda familiar média de R\$1.391,00, diferente do grupo estudado no Ceará⁽⁴⁾, onde

as mulheres possuíam renda familiar mensal entre R\$ 350,00 e R\$ 900,00, caracterizando as classes D (renda familiar média de R\$ 618,00) e E (renda familiar média de R\$ 403,00), além da baixa escolaridade.

A maioria das mulheres (87,1%) contribuiu significativamente com as despesas da família. Estes

números podem ser explicados por dois fatores: na região sul do país, o acesso a escola é maior do que na região nordeste e na região estudada a demanda de trabalhadoras para a indústria de confecção é menor que a oferta de empregos, gerando forte concorrência por mão de obra e consequentemente elevação dos salários, diferente do encontrado em um estudo realizado em Blumenau⁽⁵⁾, onde predominam pequenas estruturas fabris informais instaladas em casas, com intensas jornadas de trabalho, baixa remuneração, falta de seguridade e de assistência para as trabalhadoras deste setor.

O fato da maioria das mulheres terem mais de oito anos de estudo segue a tendência nacional, pois o nível de escolaridade da população brasileira tem se elevado consideravelmente, principalmente entre as mulheres, visto que delas, 39% passaram a ter mais de nove anos de estudo, em comparação a 35% dos homens⁽⁶⁾. Este fato tem especial importância na inserção das mulheres no mercado de trabalho, visto que quanto mais a mulher se qualifica, mais chance tem de encontrar trabalho remunerado⁽⁷⁾. Isto se confirma na indústria, principalmente nos ramos têxteis e do vestuário, em que as mulheres representam 61% dos postos de trabalho formal⁽⁶⁾.

A presença das mulheres no mercado de trabalho sofre várias influências sendo que uma delas é a presença de filhos. Neste estudo a maioria das mulheres tinham filhos e possuíam companheiros. Tradicionalmente, os efeitos da maternidade na vida profissional das mulheres eram mais evidenciados, até a década de 70, pela diminuição das taxas femininas de atividade a partir da idade de 25 anos, quando, presumivelmente, os filhos eram ainda pequenos. A partir de meados dos anos 80, entretanto, uma reversão dessa tendência vem se consolidando, indicando que a atividade produtiva fora de casa tornou-se tão importante para as mulheres quanto à maternidade e o cuidado com os filhos, o que gera algumas vezes, um conflito devido aos diversos papéis assumidos, ora prevalecendo um ora o outro⁽⁸⁾. Porém, aumenta cada

vez mais a proporção de mulheres que não se afastam do mercado de trabalho quando têm filhos, e aquelas com filhos menores de cinco anos, possuem sintomas de intenso sofrimento emocional e com maiores dificuldades de conciliar todos seus papéis⁽⁸⁾.

Quanto aos cuidados com sua saúde, as mulheres demonstram uma valorização dos hábitos de prevenção, por meio da realização de consultas médicas regulares e do exame citopatológico, fatores importantes para o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino. É essencial que as mulheres sejam estimuladas a realizar o exame de detecção precoce do câncer cervicouterino, pois no Brasil este é o terceiro tipo mais comum de neoplasia maligna que acomete as mulheres, depois do câncer de pele não-melanoma e do câncer de mama⁽⁹⁾.

Cabe salientar que o exame das mamas deveria ser realizado em todas as consultas ginecológicas, mas isto não acontece, visto que apenas 38,5% das mulheres em estudo tiveram suas mamas examinadas na última consulta com o ginecologista. Isto demonstra que este exame ainda não é realizado de forma sistemática pelos serviços de saúde. Diferentes estratégias são necessárias para expandir a cobertura do exame citopatológico e de mama com vistas a superar a dificuldade de acesso ao serviço público de saúde, que funciona em horário comercial, quando muitas pessoas não têm condições de frequentá-lo. Em uma das indústrias pesquisadas, os exames eram realizados no próprio ambiente de trabalho, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde que disponibilizou o material necessário e fez a coleta em um ônibus, que faz parte de um projeto de cuidado da saúde dos funcionários desta empresa. Outra estratégia é implementação de programas de prevenção e capacitação de profissionais, visto que a empresa é responsável pelo seu corpo de funcionários, sendo impreterível a promoção e preservação da saúde, além da prevenção de agravos.

As ações de educação em saúde devem ser ajustadas de acordo com o tipo de ocupação, atividade laboral e como esta atividade influencia na saúde e no

adoecimento profissional. Porém, deve também abranger atividades que promovam uma melhor qualidade de vida, como a mudança de hábitos do trabalhador, com o propósito de minimizar doenças crônicas e redução dos fatores de risco para a saúde, não considerando apenas os fatores ocupacionais⁽¹⁰⁾.

A qualidade de vida da mulher envolve fatores essenciais da condição humana, tais como o físico, psicológico, social, cultural e espiritual. Buscando investigar estes aspectos, as questões referentes ao estilo de vida apontam a pouca valorização do mesmo, o que pode ser um alerta para as empresas e serviços de saúde indicando a necessidade de iniciarem ações de promoção à saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho.

A proporção de trabalhadoras que são tabagistas é menor (6,7%) do que a encontrada no estudo de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, VIGITEL, em relação à população brasileira feminina, que foi de 12,7% e com tendência de aumento com a idade⁽¹¹⁾. Também não foi identificado o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (quatro ou mais doses) entre as mulheres estudadas, visto que elas consomem bebidas alcoólicas no máximo duas vezes por semana, contradizendo a taxa brasileira de consumo excessivo (10,6%), especialmente nas faixas etárias mais jovens⁽¹¹⁾.

Em relação à atividade física, a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde recomenda que todos os indivíduos mantenham-se o mais ativo possível por toda a vida, com a prática regular de alguma atividade física⁽¹²⁾, diferente do encontrado neste estudo, em que menos da metade das mulheres praticavam alguma atividade física, e aquelas que disseram ser praticantes, se conscientizaram dessa importância há menos de um ano, o que pode ser visto com um ponto positivo para a melhoria da qualidade de vida.

Neste sentido, o Guia Alimentar para a População Brasileira, desenvolvido pelo Ministério da Saúde ressalta a importância de se realizar pelo menos três refeições

principais (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando-se o hábito de beliscar no intervalo das refeições, como forma de evitar o ganho de peso excessivo⁽¹³⁾, enfatiza-se sua importância diante dos resultados encontrados neste estudo, em que a maioria das mulheres fazem menos que três refeições/dia e costumam beliscar entre elas, justificando assim, o aumento de peso entre elas.

Este fato foi constatado quando se analisou o índice de massa corporal, em que o excesso de peso e obesidade foi evidenciado, assim como tem sido observado na população em geral. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 apontou que metade das mulheres brasileiras encontrava-se com excesso de peso (48%), sendo que 16,9% apresentam obesidade⁽¹⁴⁾ e o VIGITEL 2010 identificou 44,3% e 15,5% de excesso de peso e obesidade entre as mulheres, respectivamente⁽¹¹⁾, o que se assemelha aos achados deste estudo.

Ainda relacionando as condições de saúde, identificou-se que as mulheres apresentam um estado ótimo de vigília, uma média de 6 a 8 horas de sono por dia, de acordo com o que um adulto requer⁽¹⁵⁾. O sono, é um importante marcador biológico, que requer uma integração cerebral completa, durante o qual ocorrem alterações dos processos fisiológicos e comportamentais, fundamentais para a manutenção da saúde, visto que o sono desempenha papel fundamental para a reposição de energias para o dia seguinte, equilibra o metabolismo, enquanto sua falta provoca irritabilidade, falta de memória e dificuldade de concentração⁽¹⁵⁾.

O estresse é um risco para o equilíbrio normal do ser humano e está entre os fatores do aumento nas taxas de hipertensão e diabetes, apesar de ser parte normal do funcionamento do corpo. Diante de algumas situações, ocorre um desgaste anormal, basicamente uma incapacidade de tolerar, suportar ou se adaptar às exigências de natureza psíquica do ambiente de vida⁽¹⁶⁾. A resposta a ele é resultado da interação entre as características da pessoa e as demandas do meio, depende

da forma como o indivíduo processa a informação e a avalia, determinando assim, o modo de responder. Diante disso, inferiu-se que o modo mais utilizado para aliviar os momentos de estresse, pelas trabalhadoras foi ficar quieta, seguido do andar/sair e do choro, uma característica tipicamente feminina.

Outro aspecto analisado no estudo foram as questões relacionadas às condições de trabalho, que fazem parte da atenção integral da saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, os processos e agravos relacionados ao trabalho⁽¹⁷⁾.

Como resultados dessas recomendações, a caracterização do processo de trabalho na indústria têxtil possibilitou a avaliação das condições do ambiente. Das mulheres estudadas, a maioria desenvolvia a função de costureira, ficando grande parte de sua carga horária sentada, numa mesma posição, o que possibilita o desenvolvimento de doenças relacionadas a fatores ergonômicos.

A permanência por um período de tempo na mesma função pode ser um dos fatores predisponentes na ocorrência de lesões por esforços repetitivos. As queixas de LER/DORT são as mais comuns, devido o desgaste provocado pelas longas jornadas, pela repetitividade de tarefas, pela intensificação do ritmo de trabalho⁽¹⁸⁾.

Em indústrias do setor têxtil observa-se que a postura em pé e sentada adotada no trabalho influi de maneira significativa no surgimento de quadros dolorosos, principalmente na coluna vertebral e nas pernas, uma vez que as atividades desenvolvidas por estes profissionais exigem um nível baixo de força muscular e permitem a adoção de posturas desalinhas e estáticas por tempo prolongado⁽¹⁸⁾.

No estudo, observou-se que as dores nas costas, cefaleia, alergia e problemas com a visão, foram os problemas de saúde mais frequentemente referidos, o que é coerente com a característica do processo de trabalho da

indústria têxtil já que a maioria das mulheres referiu que não fazia pausa para descanso. A pausa garante a recuperação física de um processo de fadiga muscular orgânica e micro traumas de estrutura como tendões, bainhas e bolsas sinoviais, gerando dor crônica e limitação física que acabam impedindo a trabalhadora de executar tarefas rotineiras⁽¹⁸⁾.

O desenvolvimento de ações de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais dependem da detecção dos fatores de risco relacionados ao trabalho. As posturas e os movimentos inadequados, repetições, vibrações, carga estática e dinâmica, intervalo de descanso e aspectos ambientais são considerados os grandes preditores no surgimento de quadros algícos⁽¹⁹⁾.

O reconhecimento destes problemas e sua relação com as condições de trabalho é um dos pontos fundamentais para a tomada de decisão em relação à proteção em saúde e segurança no trabalho. Um dos aspectos mais importantes para a segurança do trabalhador é o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI). As respostas referentes aos EPIs podem indicar a falta de exigência por parte das indústrias na sua utilização, já que a maioria das mulheres disse ter EPI disponível, mas na observação, quando da entrega dos questionários, não foi verificado sua utilização pelas trabalhadoras, em especial do protetor auricular.

Outro EPI importante na indústria têxtil é a máscara, cuja utilização também não foi observada. A Portaria nº 1339-MS⁽²⁰⁾ a qual define a lista de doenças relacionadas ao trabalho, coloca que as poeiras orgânicas (na indústria têxtil e em padarias), podem desencadear neoplasias (tumores) relacionadas com o trabalho (grupo II da CID-10).

Pôde-se inferir que os equipamentos poderiam estar presentes na indústria, porém nem todas as mulheres tinham conhecimento disso e conseqüentemente acesso a eles. As indústrias devem seguir o que está na Norma Regulamentadora nº6 (NR6), que considera EPI, todo o dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo

trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho⁽¹⁹⁾, que devem ser oferecidos e utilizados pelos funcionários da indústria de acordo com a necessidade de uso para cada função e tipo de trabalho.

Neste contexto, verificou-se com base nas respostas das mulheres, que a ocorrência de acidentes de trabalho foi abaixo da média nacional⁽²¹⁾, porém, entendeu-se que tais respostas possivelmente estão atreladas a falta de conhecimento do que seja acidente de trabalho, a subnotificação pelo medo da perda do emprego, a inoperância das comissões internas de prevenção de acidentes e a falta do serviço de segurança e medicina do trabalho.

O perfil de morbimortalidade dos trabalhadores no Brasil, na atualidade, caracteriza-se pela coexistência de agravos que têm relação com condições de trabalho específicas, como os acidentes de trabalho típicos e as "doenças profissionais", que têm sua frequência, surgimento ou gravidade modificados pelo trabalho, denominadas "doenças relacionados ao trabalho" e doenças comuns ao conjunto da população, que não guardam relação de causa com o trabalho, mas condicionam a saúde dos trabalhadores⁽²²⁾, por isto a importância de estudos que relacionam as condições de trabalho com os agravos a saúde e aos acidentes de trabalho.

CONCLUSÃO

A ascensão do movimento de mulheres abriu novas possibilidades e oportunidades na sociedade para o surgimento de atividades fora do lar realizadas pelas mulheres. Contudo, sabe-se que os fatores de risco presentes nos ambientes de trabalho, oferecem risco para várias doenças, em especial as crônicas não transmissíveis. O estilo de vida aliado as condições inadequadas de trabalho, podem favorecer o aparecimento destas doenças ou de outras relacionadas à função exercida pelas mulheres.

Encontrou-se uma proporção elevada de mulheres com doenças relacionadas ao trabalho, que muitas vezes não são valorizadas no início dos sintomas, e que tendem a cronificação alterando a qualidade de vida. Portanto ações na área de saúde e segurança do trabalhador devem vislumbrar a promoção da saúde, melhorando as condições dos ambientes de trabalho. Além disso, deve partir do pressuposto que o uso de substâncias nocivas como, o álcool e o tabaco, devem ser diminuído ou eliminado, e por outro lado, a prática de atividade física, a adoção de uma alimentação saudável, a boa qualidade do sono e a redução do estresse, devem ser estimuladas, favorecendo uma vida mais saudável.

As políticas do SUS voltadas à saúde da mulher têm por finalidade a responsabilização do sistema pela promoção da qualidade de vida da população feminina, estimulando esse segmento a ampliar o conhecimento sobre seus direitos. Já a política de saúde do trabalhador, prevê o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho. Neste contexto, o enfermeiro, tem papel fundamental na saúde do trabalhador, realizando orientações sobre saúde e processo de trabalho, implementando ações que visem amenizar o desgaste e prevenir o adoecimento, além de auxiliar na promoção de ambientes laborais saudáveis.

Para isto, é imprescindível que as indústrias reconheçam a necessidade de um trabalho educativo de promoção da saúde para os trabalhadores, e que estes também assumam suas responsabilidades e compreendam o seu papel na prevenção de agravos, tanto relacionados ao trabalho como aos hábitos de vida.

Considera-se como limitações do estudo a dificuldade de encontrar mais dirigentes de indústrias dispostos a autorizar a realização da pesquisa, a falta de interesse de algumas mulheres que não devolveram o questionário ou não se comprometeram com a qualidade de seu preenchimento, deixando lacunas e dúvidas relacionadas a algumas questões. Contudo, os resultados do estudo mostra que novas pesquisas precisam ser

realizadas de modo a permitir que a mulher trabalhadora e suas condições de vida e saúde bem como suas necessidades relacionadas a saúde sejam percebidas de forma integral pelos serviços de saúde, visto que as condições encontradas não constituem uma prerrogativa das trabalhadoras inseridas neste contexto geográfico, trata-se de uma problemática de âmbito nacional. Urge, portanto, a necessidade do desenvolvimento e implementação de ações educativas de forma a valorizar a prevenção e a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Teykal CM, Rocha-Coutinho ML. O homem atual e a inserção da mulher no mercado de trabalho. *Psico [periódico na Internet]*. 2007 [citado 2011 dez 10]; 38(3):262-8. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/2888/2183>.
3. Noguez PT, Muccillo-Baisch AL, Cezar-Vaz MR, Soares MCF. Aborto espontâneo em mulheres residentes nas proximidades do parque industrial do município do Rio Grande – RS. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(3):435-46.
4. Morais AMB, Machado MMT, Aquino OS, Almeida MI. Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):66-71.
5. Polizelli KM, Leite SN. Quem sente é a gente, mas é preciso relevar: a lombalgia na vida das trabalhadoras do setor têxtil de Blumenau – Santa Catarina. *Saúde Soc*. 2010; 19(2):405-17.
6. Vieira LB, Padoin SMM, Paula CC. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem. Brasil, 1994-2008. *Ciênc Cuid Saúde* 2010; 9(2):383-9.
7. Santos AG, Nery IS, Furtado EZL, Moura FMJSP. Perfil de mulheres em situação de abortamento atendidas em uma maternidade pública de Teresina-PI. *Rev Rene*. 2011; 12(3):494-501.
8. Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Baptista PCP. Ser docente de enfermagem, mulher e mãe: desvelando a vivência sob a luz da fenomenologia social. *Rev Latino-am Enferm*. 2011; 19(1):164-70.
9. Fernandes JV, Rodrigues SHL, Costa YGAS, Silva LCM, Brito AML, Azevedo JWV, et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau por mulheres, Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(5):851-8.
10. D'Alencar ER, Lima MMR, Mendonça PML, Custódio IL, D'Alencar BP, Lima FET. Ações de educação em saúde no controle do sobrepeso/obesidade no ambiente de trabalho. *Rev Rene*. 2010; 11(1):172-80.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
12. World Health Organization (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh world health assembly [Internet]. 2004 [cited 2012 fev 28]. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil 2010. [citado 2012 fev 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
15. Martino MMF. Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos turnos de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(1):194-9.
16. Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2):355-62.

17. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.125/GM, de 6 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 7 jul. 2005. Seção 1.

18. Prazeres TJ, Navarro VL. 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. Cad Saúde Pública. 2011; 27(10):1930-8.

19. Caetano VC, Cruz DT, leite ICG. Perfil dos pacientes e características do tratamento fisioterapêutico aplicado aos trabalhadores com LER/DORT em Juiz de Fora, MG. Fisioter Mov [periódico na Internet]. 2010 [citado 2012 out 10]; 23(3):451-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a12v23n3.pdf>

20. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.339/MS, de 18 de novembro de 1999. Lista de Doenças relacionadas ao trabalho a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. Diário Oficial da União, Brasília, 19 nov. 1999. Seção 1.

21. Ministério da Previdência Social (BR). Estatísticas 2010 [Internet]. [citado 2012 mar 28]. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=1144>.

22. Rios MA, Nery AA, Alves MS, Jesus CS. Acidentes e doenças relacionadas ao trabalho em Jequié, Bahia, registrados no Instituto Nacional de Seguridade Social, 2008-2009. Epidemiol Serv Saúde. 2012; 21(2):315-24.

Recebido: 23/10/2012
Aceito: 07/12/2012