

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

QUÉREN DA SILVA MARTINS

**A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA ENTRE MULHERES PESCADORAS
ARTESANAIS DE SÃO MATEUS, ES**

VITÓRIA

2015

QUÉREN DA SILVA MARTINS

**A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA ENTRE MULHERES PESCADORAS
ARTESANAIS DE SÃO MATEUS, ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador (a): Luiz Henrique Borges

VITÓRIA

2015

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

M386r Martins, Quéren da silva.
A relação saúde-doença entre mulheres pescadoras artesanais de São Mateus-ES. / Quéren da Silva Martins. - 2015.
169f.

Orientador (a): Prof.º Dr.º Luiz Henrique Borges.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2015.

1. Saúde-doença. 2. Trabalho feminino. 3. Mulher pescadora. I. Borges, Luiz Henrique. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 616-057

QUÉREN DA SILVA MARTINS

**A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA ENTRE MULHERES PESCADORAS
ARTESANAIS DE SÃO MATEUS, ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o Dr^o Luiz Henrique Borges

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Orientador

Prof^a Dr^a Ângela Maria Caulyt Santos da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Avaliador Interno

Prof^a Dr^a Gilsa Helena Barcellos

Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Avaliadora Externa

Profº Drº César Albenes de Mendonça Cruz

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória - EMESCAM

Suplente Interno

Profª Drª Soraya Gama de Ataíde

Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Suplente Externo

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo cuidado incondicional.

Aos meus familiares e amigos pelo incentivo e apoio em todo o processo desta conquista.

Aos orientadores pela compreensão contínua.

As pescadoras artesanais pela oportunidade de conhecer e expor a realidade de suas vidas.

“(...) Vamos rir, chorar e aprender. Aprender especialmente como casar Céu e Terra, vale dizer, como combinar o cotidiano com o surpreendente, a imanência opaca dos dias com a transcendência radiosa do espírito, a vida na plena liberdade com a morte simbolizada como um unir-se com os ancestrais, a felicidade discreta nesse mundo com a grande promessa na eternidade. E, ao final, teremos descoberto mil razões para viver mais e melhor, todos juntos, como uma grande família, na mesma Aldeia Comum, generosa e bela, o planeta Terra” (LEONARDO BOFF).

“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários”. (MARILDA IAMAMMOTO).

RESUMO

Este estudo se destinou à investigação sobre “A relação saúde-doença entre mulheres pescadoras artesanais de São Mateus, ES”, em que buscamos apreender a complexa realidade dessas trabalhadoras que atravessam o mundo do trabalho e se cruzam com o processo de adoecimento vivido por elas. Valendo-se das contribuições das Ciências Sociais, buscamos vincular essa pesquisa aos referenciais no campo da Saúde do Trabalhador e do estudo das Relações de Gênero. O processo saúde-doença em sua relação com o trabalho, foi compreendido como um complexo que perpassa as dimensões social e subjetiva dos sujeitos, como afirma Minayo (2004). O enfoque desta pesquisa qualitativa em saúde, tem por referência metodológica a fala dos sujeitos, suas concepções de saúde e doença, colhidas na realização de três grupos focais com mulheres pertencentes das comunidades pesqueiras artesanais do município de São Mateus, ES. Os sujeitos de pesquisa se totalizaram em 42 mulheres pescadoras, pertencentes a 13 comunidades pesqueiras. A escolha para o referencial de análise é a proposta por Bardin (1977) que afirma ser a *análise de conteúdo*, método que passeia entre os polos do objetivo e subjetivo e tem por objetivo interpretar e analisar o conteúdo que existe por detrás de uma mensagem posta por um indivíduo ou grupo coletivo. Buscamos então estabelecer o contexto das relações do processo de trabalho da pesca artesanal em que se inserem as mulheres pescadoras, enfatizando as representações sociais sobre as concepções de saúde e doença e sua relação com o trabalho. Encontram-se como resultado o cruzamento entre trabalho e adoecimento no cotidiano dessas pescadoras, de modo que a sobrevivência de suas famílias depende do trabalho que realizam, sendo este mesmo trabalho gerador de fatores que produzem o adoecimento. Dentre as doenças que mais se destacam estão: hipertensão, diabetes, artrite reumatoide, cefaleia, labirintites e problemas na coluna. Tornou-se evidente nesta investigação a associação da saúde à capacidade de trabalhar, conseqüentemente, a representatividade do adoecer para as mulheres pescadoras está relacionado ao impedimento do trabalhar.

Palavras-chave: Saúde-Doença; Trabalho; Mulher pescadora

ABSTRACT

This study was aimed to research on "The relationship between health and disease among artisanal fisherwomen of St. Matthew, ES," we seek to grasp the complex reality of these workers who go through the world of work and intersect with the disease process experienced by them . Drawing on the contributions of the social sciences, we seek to link this research to the reference in the field of Occupational Health and the study of gender relations. The health-disease process in its relationship to work, it was understood as a complex that permeates the social and subjective dimensions of the subject, as stated by Minayo (2004). The focus of this qualitative health research, is methodological reference the speech of the subjects, their conceptions of health and disease, taken at the holding three focus groups with women from the artisanal fishing communities in São Mateus, ES. The research subjects are totaled in 42 fisherwomen, from 13 fishing communities. The choice for the analytical framework is proposed by Bardin (1977) who claims to be a content analysis method that wanders between the poles of subjective and objective and is intended to interpret and analyze the content that exists behind a set message by an individual or collective group. Then we seek to establish the context of the relations of the artisanal fisheries working process they are part of the fisherwomen, emphasizing the social representations of health and illness and its relationship with work. It is as a result of the intersection between work and illness in the daily lives of these fishers, so that the survival of their families depends on their work, and this same generator work factors that produce the illness. Among the diseases that stand out are: hypertension, diabetes, rheumatoid arthritis, headache, labyrinthitis and back problems. It became evident in this research the health association the ability to work, hence the representation of illness for fisherwomen is related to the disability of the work.

Keywords: Health-Disease; work; woman fisherwoman

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas.....	44
Figura 2 - Níveis de organização e processos saúde-doença.....	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Doenças e prejuízos total ou parcialmente decorrentes do uso do álcool.....	53
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – O quantitativo de mulheres pescadoras para cada comunidade representada.....	29
Quadro 2 – Divisão dos grupos focais.....	31
Quadro 3 - Doenças bem visíveis causadas pelo trabalho.....	72
Quadro 4 - Posturas impróprias e problemas de dores.....	73

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

LER – Lesão por esforço repetitivo

SUS – Sistema Único de Saúde

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

CECOPES – Centro de Educação e Comunicação Popular Dom João Batista

MPA – Ministério da Pesca e Aquicultura

SPM – Secretaria de Políticas para Mulheres

CONDEPE – Conselho de Desenvolvimento da Pesca

SUDEPE – Superintendência de Desenvolvimento da Pesca

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

IBAMA – Instituto de Meio Ambiente e Recursos Renováveis

BNCC – Banco Nacional de Crédito Cooperativo

MMA – Ministério de Meio Ambiente

SEAP – Secretaria Especial de Pesca e Aquicultura

PEDEAG – Plano Estratégico de Desenvolvimento da Agricultura Capixaba

IEMA – Instituto Estadual de Meio Ambiente

SEAG – Secretaria de Estado da Agricultura, Abastecimento, Aquicultura e Pesca

ONG's – Organização Não Governamental

OCIP'S – Organização da Sociedade Civil com interesse público

SEAMA – Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Recursos Hídricos

CDSH - Comissão Global sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde

CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool

INCA – Instituto Nacional do Câncer

CNDM - Conselho Nacional de Direitos da Mulher

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SEDIM - Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher

CNPM - Conferência Nacional de Políticas para Mulheres

PNPM - Plano Nacional de Políticas para Mulheres

PSF – Programa de Saúde da Família

PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

CRO – Comissão de Reumatologia Ocupacional

DORT – Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OIT – Organização Internacional do Trabalho

ONU – Organização das Nações Unidas

TRS – Teoria das Representações Sociais

MPC – Modo de produção capitalista

SOF – Sempre Viva Organização Feminista

MONAPE – Movimento Nacional de Pescadoras

RGP – Registro Geral de Pescadores

SBH – Sociedade Brasileira de Hipertensão

SBC – Sociedade Brasileira de Cefaleia

DME – Distúrbio Musculoesquelético

DRT – Doenças relacionadas ao Trabalho

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 O PROCESSO METODOLÓGICO.....	27
1.1.1 Contextualizando o local da pesquisa: São Mateus, ES.....	27
1.1.2 Sujeitos de pesquisa: universo e amostra.....	28
1.1.3 Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa.....	29
1.1.4 Procedimentos metodológicos.....	30
1.1.5 Análise dos dados coletados.....	32
1.1.6 Considerações éticas.....	34
2 PROCESSO SAÚDE DOENÇA E GÊNERO.....	36
2.1 CONCEITOS ACERCA DOS FENÔMENOS SAÚDE E DOENÇA.....	36
2.2 GÊNERO E SAÚDE.....	48
2.2.1 Considerações acerca da saúde da mulher brasileira.....	48
2.2.2 Políticas Públicas de saúde para mulheres no Brasil.....	57
2.3 A SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA: RELACIONANDO A SAÚDE DO TRABALHADOR COM O TRABALHO FEMININO.....	65
2.3.1 A saúde da mulher na atividade da pesca artesanal.....	76
3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA ENTRE MULHERES PESCADORAS ARTESANAIS.....	82
3.1 APONTAMENTOS TEÓRICOS SOBRE A CATEGORIA “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”.....	82
3.2 O CONTEXTO DAS MULHERES NO PROCESSO DE TRABALHO DA PESCA ARTESANAL.....	86
3.2.1 As mulheres no processo produtivo da pesca.....	89
3.3 A PERCEPÇÃO DE PESCADORAS ARTESANAIS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	105
3.3.1 A concepção de saúde no saber de mulheres pescadoras.....	107
3.3.2 A doença na visão das pescadoras.....	111
3.4 O PROCESSO DE ADOECIMENTO EM MULHERES PESCADORAS ARTESANAIS EM SÃO MATEUS, ES.....	121
3.4.1 Os fatores que contribuem ao processo de adoecimento em mulheres pescadoras artesanais.....	123

3.4.2 As consequências de um processo de adoecimento no contexto de mulheres pescadoras artesanais.....	133
3.5 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELAS PESCADORAS PARA LIDAR COM O ADOECIMENTO.....	136
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	150
5 REFERÊNCIAS.....	154
APÊNDICE.....	165
ANEXO.....	166

1 INTRODUÇÃO

Em 1947, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Muitos estudiosos na área de saúde vêm se debruçando sobre esta definição, que, por sua vez, recebe diversas reflexões, e outras definições surgem em meio aos estudos e contextos, como a de Viana (*apud* NARVAI *et al*, 2008) que estabeleceu, para fins didáticos, três níveis de condição de saúde, que são eles: subindividual, individual e coletivo. O primeiro, o nível subindividual, se refere ao nível biológico e orgânico, fisiológico ou fisiopatológico. Nesse plano, o processo saúde-adoecimento seria definido pelo equilíbrio dinâmico entre a normalidade – anormalidade/disfunções. Assim, quando a balança pender para o lado da anormalidade/disfunção, podem ocorrer basicamente duas situações: a enfermidade e a doença. A enfermidade seria a condição percebida pela pessoa ou paciente, é caracterizada por algum sintoma físico, queda de ânimo, ou mesmo dor. A doença seria a condição detectada pelo profissional de saúde, com quadro clínico definido e enquadrada como uma entidade ou classificação nosológica (VIANA *apud* NARVAI *et al*, 2008).

A compreensão no plano individual, que é o segundo nível, é de que as disfunções e anormalidades ocorrem em indivíduos que são seres biológicos e sociais ao mesmo tempo. Portanto, de acordo com Narvai *et al* (2008), as alterações no processo saúde-adoecimento teriam dimensões individuais e coletivas, pois resultam das condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais e não apenas de aspectos biológicos. Nesse sentido, a condição de saúde poderia variar entre um extremo de mais perfeito bem-estar até o extremo da morte, com uma série de processos e eventos intermediários entre os dois.

O entendimento sobre processo saúde-adoecimento é ampliado no plano coletivo, que constitui o terceiro nível discutido por Viana (*apud* NARVAI *et al*, 2008). Este é entendido não só como a soma das condições orgânicas e sociais dos indivíduos isoladamente, mas a expressão de um processo social mais amplo que resulta de uma complexa trama de fatores e relações determinados pela classe social, família, por aspectos geográficos (território), pela cultura, entre outros. Nessa linha, fica mais fácil

compreender a definição de Minayo (*apud* NARVAI *et al*, 2008, p. 271) sobre saúde: “fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente”.

De acordo com Canguilhem (2006), a doença deve ser compreendida para além das mediações fisiopatológicas. Para Evans e Stoddart (1990), a doença não é mais que um constructo que guarda relação com o sofrimento, com o mal, mas não lhe corresponde integralmente. Afirmam que pessoas diferentes podem ser afetadas de forma distinta, pois quadros clínicos semelhantes, com os mesmos parâmetros biológicos, prognóstico e implicações para o tratamento, resultam em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade.

A ideia de que o processo saúde-doença-adoecimento ocorre de maneira desigual entre os indivíduos, a classe e os povos, recebendo influência também do local onde os seres ocupam na sociedade, remete a constatação de que a relação saúde e doença é demarcada pela forma de vida dos seres humanos, pelos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Berlinguer (2006) diz que a saúde é silenciosa, é uma experiência de vida, onde não há um limite preciso entre a saúde e a doença e que os elementos que permitem ao ser humano viver de forma saudável são os mesmos que se utilizados de maneira exacerbada, intensa, ou pela sua falta, podem levar ao adoecimento.

Também para Laurell (1982), a saúde e a doença se inter-relacionam e seu processo resulta de fatores sociais, ambientais, econômicos, culturais e históricos. Ou seja, o processo de adoecimento se revela de maneiras diferentes e com particularidades, e como fruto das desigualdades de poder entre homens e mulheres, o impacto das más condições de saúde em mulheres é muito mais expressivo do que em homens, já que a jornada extensiva de trabalho é vivida por elas de maneira muito mais nítida e perversa (MARTINS, 2012).

Muitos são os fatores que tem levado mulheres a adoecerem no Brasil. As doenças mais comuns entre as mulheres são em sua maioria relacionadas ao processo de trabalho vivido por elas devido à sobrecarga, às longas jornadas de trabalho e às condições oferecidas. Para Pinheiros *et al* (2002), o estresse, a infelicidade, as pressões no trabalho e a obesidade estão ligados à sua condição de trabalhadora e aos seus papéis sociais exercidos.

Hirata (1997) diz que as mulheres no mundo do trabalho têm a sua saúde negligenciada e as doenças adquiridas nesse espaço são tratadas como algo sem importância, o que tem levado ao agravamento do seu processo de adoecimento.

Outra autora que discute a questão da saúde da mulher trabalhadora é Carloto (2006), que diz que as doenças mais comuns adquiridas pelas mulheres no mundo do trabalho são problemas de coluna, doenças do aparelho respiratório, surdez e de vista, lesão por esforço repetitivo (LER), fadiga, depressão, transtornos mentais e problemas gástricos.

O alcoolismo e o tabagismo também são questões que afetam a saúde das mulheres trabalhadoras. O fato de mulheres estarem ocupando mais o mundo público, tornando-se inclusive, autônomas financeiramente, segundo estudos realizados pela OMS, tem possibilitado mulheres a consumirem socialmente álcool e cigarro. Mesmo que a literatura registre que, apesar de, em números absolutos, os homens fumarem mais, proporcionalmente entre as mulheres ocorre um crescimento significativo, o que levou, em 2010, a OMS a desenvolver a campanha de combate ao tabagismo feminino. De acordo com Lion (2009), o tabagismo é responsável pela morte de meio milhão de mulheres a cada ano, a previsão é de que em 2020 esse número se duplique.

No caso do alcoolismo, o Relatório Global da Situação sobre Álcool e Saúde da OMS, de 2011, registra que, apesar de ser menos consumidora do que os homens, as mulheres estão cada vez mais fazendo o uso do álcool, passando de uma taxa de 8,2%, em 2007, para 10,1%, em 2011. Ainda, de acordo com o Relatório, cerca de 2,5 milhões de pessoas morrem anualmente, no mundo, por causas relacionadas ao álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Dentre as trabalhadoras que enfrentam alto grau de adoecimento, destacam-se as pescadoras artesanais. A literatura tem registrado que essas trabalhadoras enfrentam uma série de questões relacionadas à saúde. A divisão sexual do trabalho no âmbito da atividade pesqueira insere a mulher num processo bastante complexo e que afeta as suas condições de saúde. Tal processo de adoecimento é ainda mais agravado, de acordo com Martins (2012), pelo machismo presente nas comunidades pesqueiras, que lhe produz um nível de sobrecarga que reflete sobre a sua saúde.

Segundo Maneschy (1995), as mulheres pescadoras enfrentam muito mais dificuldade de vida em terra do que os homens. Ao falar sobre subordinação feminina, também presente entre as comunidades pescadoras, afirma que os papéis que as mulheres desempenham na pesca assumem um posto de centralidade, quando são elas que criam condições para o trabalho pesqueiro através da fabricação e manutenção de redes e tarrafas, bem como na comercialização e controle contábil da pescaria; sendo que, assumem a posição de chefe de família quando os maridos, pais, filhos estão em alto mar e ainda precisam recorrer a trabalhos alternativos, pela própria sobrevivência familiar.

Diante o exposto, a zona de vulnerabilidade em que a mulher pescadora está inserida, devido aos fatores de risco produzidos, tais como: trabalho insalubre, degradação ambiental dos seus ecossistemas, falta de acesso aos serviços básicos de saúde, contribuem para o seu adoecimento (MARTINS, 2012). Nesse sentido, Brasil (2007) escreve que “As condições duras e difíceis de trabalho e de vida dos pescadores e a falta da assistência em vários níveis tornam esta profissão uma das mais perigosas e menos reconhecidas profissionalmente pela sociedade” (BRASIL, 2007, p. 7).

No que se refere à sua saúde, pescadores e pescadoras estão sujeitos a diversos riscos, como a cinetose; o aparecimento de neoplasias cutâneas provocada pela ação dos raios ultravioletas; ceratites¹, catarata, pterígio² e a cegueira provocada pelo reflexo dos raios do sol no espelho d'água; hepatites e verminoses devido ao contato com água contaminada por esgotos domésticos. Também ameaçam a saúde de pescadores poluentes químicos despejados pela atividade industrial, levando-os a ter contato com substâncias tóxicas lançadas nos rios, estuários e mares, tais como: agrotóxicos: organofosforados, BHC³, DDT; e metais pesados (BRASIL, 2007).

No caso das mulheres pescadoras no Brasil, entre as doenças mais citadas por elas estão: “câncer de pele, cegueira, escamação, dor de cabeça, doenças de coluna e pulmonar, ginecológicas e vulnerabilidade aos animais peçonhentos” (RODRIGUES, 2010, p. 6).

¹ Ceratite é a inflamação da córnea que pode ser causada por bactérias, vírus, fungos, drogas, etc.

² Pterígio é um espessamento vascularizado da conjuntiva de forma triangular que se estende do ângulo interno (nasal) do olho em direção à córnea. Não é infeccioso, mas pode afetar a visão.

³ O BHC é um inseticida fitossanitário organoclorado persistente.

Outro fator que pode levar a mulher pescadora ao processo de adoecimento é a violência doméstica. O fato de parte de seus parceiros, que também são pescadores, fazerem uso da “cachaça” de forma habitual leva ao aparecimento, com o passar dos anos, da dependência alcoólica, constituindo um dos agravantes para o aumento da violência física contra mulheres (BARCELLOS, 1998).

Enfrentar os problemas que contribuem para o adoecimento das comunidades e, particularmente das mulheres pescadoras, constitui um desafio já que, segundo Rodrigues (2010), a maioria dos lugares onde vivem não conta com a assistência básica de saúde.

Não existe atenção à saúde sexual e reprodutiva destas mulheres, nestas comunidades, sendo que há aí um alto índice de câncer de colo do útero. O exercício da atividade da mariscagem é por demais insalubres, pois muitas destas mulheres trabalham mergulhadas na lama e na água por horas. A posição do trabalho das marisqueiras (envergadas) por muitas horas e o esforço repetitivo para capturarem os moluscos na praia lhes garantem no futuro problemas de coluna e até Lesões por Esforço Repetitivo (LER). (O DIREITO DAS MULHERES, 2009, p. 1).

A despeito de já terem identificado importantes fatores de sofrimento e adoecimento das mulheres pescadoras no Brasil, não se identificam políticas públicas específicas de prevenção e tratamento das doenças entre as comunidades pescadoras. Dessa forma, elas são igualadas a outras mulheres, urbanas e rurais, não sendo observados os aspectos que levam ao seu processo de sofrimento e adoecimento tanto físico quanto psíquico decorrente das suas atividades laborais. Toda essa vulnerabilidade exige atenção específica, adequada à realidade, porém, nem o Sistema Único de Saúde (SUS) nem o INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) reconhecem esses problemas, segundo Rodrigues (2010). Em depoimento a Rodrigues, um dos seus sujeitos de pesquisa, uma pescadora, assevera que: *“Uma companheira teve tuberculose mamária e não teve os direitos garantidos pelo INSS, mas está proibida de trabalhar pelo médico... (é preciso) auxílio ou seguro marisco”*. Continua a entrevistada: *“[...] fazer o INSS reconhecer as mulheres pescadoras...que não acredita (o INSS) que mulher pesca [...]”* (RODRIGUES, 2010, p. 8).

A divisão social e sexual do trabalho contribui para intensificar o processo de adoecimento de mulheres pescadoras. E as políticas públicas que deveriam contribuir tanto para a redução das desigualdades de gênero no interior das comunidades

pescadoras, bem como para a promoção da qualidade de vida e de saúde das mulheres pescadoras, acabam por reforçar o seu processo de exclusão social e de violação dos seus direitos humanos.

No Espírito Santo, segundo Brasil e Cecopes (2005), há uma presença expressiva de mulheres na cadeia produtiva da pesca. De acordo com os autores, na região Norte, que é composta pelos municípios de Aracruz, Linhares, São Mateus e Conceição da Barra, as mulheres representam 34,4% do conjunto dos trabalhadores. Desses municípios, Conceição da Barra e São Mateus destacaram-se com os maiores percentuais de mulheres na atividade pesqueira, respectivamente 43,9% e 38,5%. Já na região Sul – composta pelos municípios de Anchieta, Piúma, Itapemirim, Marataízes e Presidente Kennedy -, identificou-se um percentual de 12,6% de mulheres pescadoras, destacando-se o município de Presidente Kennedy, com 34,7% de sua população constituída de mulheres pescadoras. Na região Metropolitana da Grande Vitória – composta pelos municípios de Fundão, Serra, Cariacica, Vila Velha, Vitória e Guarapari -, o percentual de mulheres pescadoras identificadas foi o de 19,9%. Nesta região, destacou-se Cariacica, município onde a mulher pescadora ultrapassou o número de homens pescadores (BRASIL; CENTRO DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO POPULAR D. JOÃO BATISTA, 2005).

De acordo com o Diagnóstico Sócio-Cultural-Econômico da População Pesqueira do Litoral Capixaba (CECOPES, 2005), os pescadores (as) do Espírito Santo são mais acometidos por problemas de coluna, aumento da pressão arterial e doenças respiratórias. Na região Norte, onde se situa o município de São Mateus, a incidência de automedicação é maior do que nas demais regiões. Ressalta-se o exposto no diagnóstico de que na região norte, seguido de problemas financeiros, a doença é o maior problema que enfrentam as famílias pescadoras.

As questões relacionadas ao processo saúde-doença entre mulheres pescadoras capixabas já vem me instigando há algum tempo, em especial, por perceber que as comunidades pescadoras constituem uma parcela da população mais afetada pelos chamados projetos de desenvolvimento. No Espírito Santo, por exemplo, é possível observar ao longo da costa, uma série de empreendimentos com vistas à exploração de petróleo, em particular, a partir da descoberta do pré-sal. Outro fator diz respeito às estratégias de circulação e comercialização de mercadorias. Cada vez mais governos e empresas intervêm na costa para ampliar a capacidade do sistema

portuário, buscando colocar o estado capixaba no patamar de cidades portuárias dos chamados países de economia desenvolvida. Sem contar as atividades industriais que se utilizam do mar e rios para despejo dos seus dejetos químicos, a exemplo da Fibria S. A. e da Samarco (MARACCI, 2008; BARCELLOS et al, 2013). Tais intervenções têm reduzido o espaço da pesca marinha e, ao mesmo tempo, tem contaminado locais onde ainda é possível realizar a pesca.

O processo de deterioração do ambiente de pesca tem dificultado a vida das comunidades pescadoras, que dependem da pesca para subsistir, isto é, as famílias pescadoras estão mais empobrecidas. Nesse contexto, a vida das mulheres fica ainda mais difícil, porque precisam contornar a escassez para garantir o sustento de seus filhos. Mulheres trabalham mais e por isso, também adoecem mais.

Apesar da relevância desse tema, foi possível observar poucos estudos referentes à saúde da mulher pescadora do Espírito Santo. Diante das questões expostas acima e a constatação da falta de estudos mais aprofundados sobre a relação saúde-doença entre mulheres pescadoras artesanais e de realidade tão complexa, senti-me instigada a investigar o tema em minha dissertação de mestrado.

O interesse pelo tema “Saúde das mulheres pescadoras” surgiu como graduanda do Curso de Serviço Social, onde me oportunizou o contato com a pesquisa intitulada: “O papel da mulher pesqueira artesanal no litoral capixaba: Discutindo gênero, trabalho, meio ambiente, políticas públicas e desenvolvimento local”, financiada pelo CNPq e desenvolvida numa parceria entre a Emescam e diversas entidades e órgãos públicos, entre os anos de 2011 e 2012. Este projeto guarda-chuva foi aprovado pelo CNPq em 2010 e subsidiou vários subprojetos de iniciação científica, dentre estes, desenvolvido por mim com o título: “A Saúde da mulher pescadora de Conceição da Barra, ES”, o que me gerou subsídios para também elaborar o trabalho de conclusão de curso da graduação na mesma linha de estudo. Desse modo, esta dissertação se configura produto do projeto guarda-chuva, e busca compreender os fatores implicados no processo de adoecimento de mulheres pescadoras artesanais.

Diante do exposto, algumas questões de pesquisa surgem para essa pesquisadora, das quais orientou a presente investigação: quais os fatores que geram adoecimento nas mulheres pescadoras artesanais no município de São Mateus? Como as

pescadoras veem seu processo saúde-doença? E como essas trabalhadoras lidam com o seu processo de adoecimento?

Para a realização desta investigação, adotou-se os seguintes pressupostos: que o trabalho que lhe propicia condições para sobreviver e para produzir saúde para si e para sua família, também é aquele que gera o seu processo de adoecimento; que, em decorrência da inexistência de serviços de saúde, buscam desenvolver tratamentos alternativos; que essa ausência de serviços e profissionais contribuem para o seu adoecimento.

Destarte, o projeto de pesquisa que orientou essa investigação teve como objetivo geral “Discutir a relação saúde-doença entre mulheres pescadoras artesanais do município de São Mateus, Espírito Santo”; e como objetivos específicos: a) analisar as representações sociais de mulheres sobre o seu processo saúde-doença; b) identificar as principais causas de adoecimento entre mulheres pescadoras e, c) investigar como as mulheres pescadoras lidam com o seu processo de adoecimento físico-psíquico.

Esta investigação pretendeu ampliar a discussão acerca do processo de adoecimento de parcelas da população mais fragilizadas por não contarem com a assistência devida do Estado, sendo que entre aqueles que recebem pouca atenção estão as comunidades pescadoras, que, apesar de cumprirem um papel importante no campo alimentar e resguardarem aspectos culturais valiosos, acabam recebendo pouca atenção por parte dos estudos acadêmicos. Bem, se isso acontece com os trabalhadores da pesca de forma geral, é possível deduzir que, por questões de gênero, as mulheres, entre eles, recebem ainda menos, quando se trata de discutir o seu processo de adoecimento, já que lidam com sua invisibilidade histórico-política na pesca. Por isso, a escassez de estudos que tratam das especificidades presentes no processo de adoecimento de mulheres pescadoras. Tais estudos por desconsiderarem a dimensão de gênero, tendem generalizar os seus resultados, dificultando compreender aquilo que é próprio das mulheres. Tais negligências acabam por reforçar a invisibilidade das mulheres, não contribuindo para que se pensem políticas públicas no campo da saúde específica para esse segmento populacional.

Este estudo se mostra relevante pois as questões que envolvem a relação saúde-doença tem sido cada vez mais objeto de estudo de diferentes campos disciplinares, em especial, de categorias que estabelecem relação direta com o processo de trabalho vivido pelos trabalhadores. A dinâmica no mundo do trabalho tem levado ao adoecimento de trabalhadores e trabalhadoras em grande escala, e por isso, acaba sendo alvo dos pesquisadores e de órgãos públicos que atuam na relação direta com esses trabalhadores, ficando de fora aqueles que estão distantes do sistema industrial, em especial, os que desenvolvem atividades tidas como artesanais e que realizam produções em pequena escala.

Considerando a discussão acerca do trabalho como base que fundamenta o Serviço Social, a realização dessa pesquisa vem ao encontro dos interesses profissionais dos assistentes sociais que visa intervir através de políticas públicas na realidade social apresentada nas diversas expressões da questão social. Em se tratando de compreender a realidade das mulheres pescadoras, busca-se contribuir para explicar o papel estratégico das políticas públicas no enfrentamento às questões que produzem o adoecimento de pescadoras no Espírito Santo tomando como referência o município de São Mateus.

Com relação ao processo metodológico da pesquisa, esse estudo foi de abordagem qualitativa, quando ouviu mulheres pescadoras artesanais de São Mateus, ES, como sujeitos de pesquisa. A pesquisa de caráter qualitativo é definida por Neves (1996, p. 1) como “[...] um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tendo por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social [...].”

Adotaram-se os instrumentos que compõem o método qualitativo: revisão bibliográfica, pesquisa documental e grupos focais.

A *revisão bibliográfica* consistiu no mergulho na teoria que trata de questões relacionadas à pesca artesanal, relações sociais de gênero, mulheres, trabalho, saúde do trabalhador, saúde da mulher, processo de adoecimento e políticas públicas. As fontes utilizadas foram: Acervo do Ministério da Saúde, Acervo da Biblioteca Nacional de Saúde Pública, Scielo, Lilacs, entre outros.

Para a *pesquisa documental*, foram utilizados os bancos de dados: do Ministério da Pesca e Aquicultura (MPA), da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Secretaria Estadual de Pesca e Aquicultura do ES, do Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN), do Centro de Comunicação e Educação Popular D. João Batista de Albuquerque (CECOPES), banco de dados municipais entre outros. Todos os bancos supracitados estão disponíveis em *sites* governamentais de livre acesso.

Para a realização da *pesquisa empírica*, adotou-se a aplicação de grupos focais, por ser uma técnica que se aproxima do referencial teórico-metodológico adotado para este estudo, como já abordado. De acordo com Trad (2009) a técnica do grupo focal foi introduzida na década de 1940 e tem sido empregada desde então como metodologia de pesquisas sociais para a obtenção de dados válidos. A autora evidencia que a partir dos anos 1990 a técnica foi maciçamente utilizada nas pesquisas em saúde pública e afirma que: “Este tipo de abordagem, [...] enfatiza a necessidade de considerar a visão de diferentes sujeitos e contextos sociais sobre os quais incidem o fenômeno a ser avaliado” (TRAD, 2009, p. 779).

Ao definir grupo focais, Morgan (1997, p. 724) diz ser uma “técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais”. De encontro a esta definição, Kitzinger (2000) afirma que o grupo focal objetiva a coleta de informações detalhadas a partir de um grupo selecionado que venha possibilitar a compreensão de percepções, crenças, atitudes, fenômenos, produtos ou serviços.

Minayo (2000) explica que o grupo focal tem caráter diferenciado da entrevista individual por se basear na interação entre as pessoas, que por sua vez, manifestarão suas percepções em meio a discussão, em ambiente favorável à investigação, sob critérios determinados pelo pesquisador.

Por propiciarem debate aberto e acessível, os grupos focais são associados às técnicas de entrevista em profundidade, muito adotados em pesquisas exploratórias ou avaliativas. Ao oferecer condições em se focalizar a pesquisa, a técnica do grupo focal carrega um conjunto de procedimentos à sua realização de êxito, como a presença do moderador do grupo do qual necessita se apropriar de habilidades para o conduzir de uma discussão dinâmica e direcionada, a definição do perfil de

participantes, os recursos envolvidos para se criar um ambiente favorável à manifestação da percepção dos participantes, a adoção de recursos que subsidiarão posteriormente a análise dos dados coletados, o tempo de duração do grupo, a formação do grupo em quantidade, assim como a orientação da linguagem a ser utilizada. Tais procedimentos perpassam o planejamento para se executar um grupo focal no contexto da investigação (MORGAN, 1997).

Portanto, a utilização da técnica nesse estudo se torna relevante quando se buscou investigar a percepção de mulheres pescadoras sobre o processo de adoecimento e seus pontos de vista acerca dos fenômenos saúde e doença. Foram então constituídos três grupos focais com mulheres de comunidades pescadoras artesanais do município de São Mateus/ES. Pretendeu-se, abordar questões relacionadas às atividades laborais femininas e sobre o processo saúde-doença. Com os grupos focais objetivou-se extrair e analisar as informações em profundidade, visando identificar tendências e compreender as diferentes percepções dos atores envolvidos na pesquisa, tendo como essência à interação entre seus participantes para colher dados a partir de tópicos fornecidos pelo pesquisador (SCHUTT, 1999; COSTA, 2005).

1.1 O PROCESSO METODOLÓGICO

1.1.1 Contextualizando o local da pesquisa: São Mateus, ES

Este estudo foi realizado no município de São Mateus, localizado na região norte do Espírito Santo, há 220 Km da capital Vitória. Registros históricos trazem como início da colonização do local por portugueses o ano de 1544, tendo por principal atividade econômica a agricultura, pecuária, sendo referência comercial para o extremo sul do estado da Bahia e a região Norte do ES. Ainda Vila de São Mateus, o município passou a ser cidade, em Ato Provincial, em 03 de abril de 1948, tendo o Porto de São Mateus o grande armazém de venda em mercadorias para exportação que chegavam pelos rios nos navios (SÃO MATEUS, 2012).

Em 1970 foram descobertos no município vários campos de petróleo, voltando a cidade em uma visão econômica e política à ampliação na produção e exploração do petróleo. Foi então implantado na cidade o Distrito de Exploração do Espírito Santo, paralelamente a esta transformação, São Mateus foi alvo de um grande plantio de

eucalipto, o que trouxe a abertura de novas estradas para sua exploração e acesso a regiões pouco habitadas (SÃO MATEUS, 2012).

Com extensa bacia hidrográfica, dentro do município de São Mateus, passam o Rio São Mateus, Vale do Rio Cricaré, Rio Preto, Rio Mariricu, Manguezal de Barra Nova, Ilha de Guriri. De acordo com o último Diagnóstico Pesqueiro do ES, realizado em 2005, no município de São Mateus, cerca de 810 famílias sobrevivem da pesca artesanal, sendo que 61,5% dos pescadores são homens e 38,5% são mulheres. Atualmente, os desafios para a comunidade pesqueira local são grandes, uma vez que lutam por articulação com o governo federal a fim de que se implemente programas de assistência específica ao pescador, ainda que no contexto do ES, seja um dos municípios com maior visibilidade dessa categoria.

1.1.2 Sujeitos de pesquisa: universo e amostra

Atualmente, em São Mateus existem 18 comunidades pescadoras artesanais. Nessas comunidades vivem 804 mulheres pescadoras cadastradas na Colônia de Pesca, que ela e suas famílias vivem da pesca e são consideradas pelo Ministério da Pesca e Aquicultura, pescadoras. Acredita-se no dado fornecido pela Colônia de Pesca, fidedigno, pois a mesma abrange toda a comunidade pesqueira do município, intermediando o registro necessário para a garantia do auxílio no período reconhecido como defeso.

A amostra foi constituída por 42 pescadoras, residentes no município de São Mateus e pertencentes a 13 comunidades das 18 existentes. As 42 mulheres participaram de um dos três grupos focais realizados para a coleta de dados da pesquisa. Constituíram sujeitos de pesquisa a totalidade das mulheres que aceitaram o convite da Colônia de Pesca para participarem da mesma.

O levantamento do perfil dos sujeitos de pesquisa foi realizado através de uma ficha de credenciamento preenchida no local da pesquisa no dia da realização da coleta de dados. Nesta conteve informações como nome completo, idade, telefone, naturalidade, procedência, endereço, comunidade a qual pertence, número de filhos, raça/cor, estado civil, escolaridade, atividade profissional, e se tem algum problema de saúde constatado.

As 42 mulheres pescadoras participantes, correspondem as 13 comunidades listadas no Quadro 1. A predominância entre as participantes é de mulheres na idade entre 40 e 59 anos, sendo 26 do total de entrevistadas. Da amostra, 33 se consideram parda, 21 são casadas, 34 afirmam ter a pesca como principal atividade de sustento e 24 são natural do município de São Mateus. A média de filhos é de 3 a 4 e 27 das entrevistadas possuem o ensino fundamental incompleto, predominando a baixa escolaridade entre as pescadoras.

Quadro 1 – O quantitativo de mulheres pescadoras para cada comunidade representada

COMUNIDADES	PESCADORAS
MELEIRAS	02
CACIQUE	04
AREINHA	03
MARIRICU	08
PEDRA D'ÁGUA	06
BARRA NOVA	04
FERRUGEM	02
GURIRI	08
BARREIRA	01
CAÍÇARAS	01
INOCOOP	01
BEIRA RIO	01
PORTO	01
13 COMUNIDADES	42 PESCADORAS

Para a identificação dos sujeitos de pesquisa, foi utilizado o nome de flores a fim de garantir o anonimato. O acesso às mulheres foi fruto do trabalho de pesquisa já desenvolvido com as comunidades pesqueiras dessa região, o que facilitou a articulação com os representantes das comunidades, que se faz por meio da Colônia de Pesca presente no município.

1.1.3 Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa

Para que os sujeitos de pesquisa – mulheres pescadoras -, fossem incluídos na pesquisa, tiveram de atender aos seguintes critérios: desempenhar alguma atividade relacionada ao processo produtivo da pesca artesanal, residir no município de São Mateus e aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Como critério de exclusão se estabeleceu a não aceitação em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ser menor de idade.

1.1.4 Procedimentos metodológicos

O processo organizativo da pesquisa empírica se deu em um primeiro momento na busca em articular junto à Colônia de Pesca do município uma parceria a fim de que abraçassem a proposta e colaborassem na divulgação da mesma. A partir da coleta de informações fornecidas pela Colônia de Pesca, sobre o quantitativo de comunidades e mulheres pescadoras pertencentes a comunidade pesqueira do município, o passo seguinte foi a mobilização das mulheres pescadoras a participarem da pesquisa. O trabalho de convite foi realizado pela Colônia de Pesca no período entre julho e agosto de dois mil e treze. Foram fixados na sede da Colônia informativos sobre a realização da pesquisa a se realizar em dezenove de setembro, às 14h – horário definido em conjunto com a Colônia, em virtude da rotina das pescadoras. O fácil acesso dos pescadores e o grande fluxo de circulação na Colônia, tornou a divulgação da pesquisa viável. Durante o período de mobilização viu-se interesse por parte das pescadoras em participar, embora muitas afirmassem no momento em que tomavam conhecimento de que o trabalho as impediria de participar. O dia e horário definido para a realização da coleta de dados foi fixado a partir da disponibilidade das pesquisadoras, da colônia em ceder seu espaço e da maioria das pescadoras que demonstraram interesse. Portanto, os grupos focais foram realizados em dezenove de setembro de dois mil e treze, na sede da Colônia de Pesca, situada no Centro do município de São Mateus. Além das 42 mulheres pescadoras que participaram, estavam presentes quatro funcionárias da Colônia que deram abertura ao encontro e auxiliaram no acolhimento e preenchimento da ficha de credenciamento, onde contém os dados que levantam o perfil dos sujeitos de pesquisa. Como facilitadoras dos grupos focais, contou-se com a colaboração de três alunas do Curso de Serviço Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, também pesquisadoras de iniciação científica com temas vinculados ao projeto guarda-chuva do qual se acopla este projeto de pesquisa, e também uma voluntária que auxiliou em toda a logística necessária desde recursos humanos e materiais.

Para a operacionalização dos grupos focais foi utilizado um conjunto de técnicas de suporte, tais como o acolhimento, a entrevista grupal, a presença do facilitador de forma que contribua para o aprofundamento e exploração dos significados dos discursos, além do registro das informações que aconteceu por meio de filmagem, gravação e transcrição das fitas.

A chegada das mulheres pescadoras à sede da colônia, se deu por volta das 14h do dia dezoito de setembro; enquanto se assentavam no auditório principal, as pesquisadoras que colaboraram com a pesquisa foram ao encontro das pescadoras para o preenchimento da ficha de credenciamento. Foi necessário neste momento, contar com o auxílio das funcionárias da Colônia que organizaram as mulheres a fim de facilitar este processo. Enquanto aguardava-se a chegada de mais mulheres, a voluntária que acompanhou a pesquisa de campo, preparou o lanche servido ao final do encontro. Ao concluir o credenciamento, uma das funcionárias da Colônia fez a abertura do encontro apresentando as pesquisadoras e a finalidade do encontro. Ao receber a palavra, me apresentei, assim como a proposta da pesquisa do qual nos levou a estar reunidas. A partir do credenciamento, as 42 mulheres pescadoras foram divididas em três grupos focais, dando seguimento ao encontro. Cada grupo focal foi realizado em ambientes distintos um do outro. A divisão dos grupos focais corresponde a quantidade de pescadoras e comunidades conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Divisão dos grupos focais

GRUPOS FOCALIS	COMUNIDADES	PESCADORAS
GRUPO 1	GURIRI	08
	FERRUGEM	02
	BARREIRA	01
	CAÍÇARAS	01
	INOCOOP	01
	BEIRA RIO	01
GRUPO 2	MARIRICU	08
	PEDRA D'ÁGUA	06
	MELEIRAS	02

GRUPO 3	CACIQUE	04
	AREINHA	03
	BARRA NOVA	04
	PORTO	01

A preferência em acoplar as comunidades Mariricu e Pedra D'água em um grupo se dá pelo fato de serem estas as comunidades de pesca mais representativas no município e ter no dia da coleta de dados um quantitativo significativo de pescadoras pertencentes a elas, possibilitando então a formação de um grupo focal com as duas comunidades; o que tornaria o trabalho interessante na possibilidade de analisar em específico a fala de mulheres das duas comunidades pesqueiras mais representativas do município. Porém, neste estudo os dados coletados foram analisados pela pesquisadora considerando todas as comunidades pesqueiras envolvidas na pesquisa, não as diferenciando por sua articulação ou representatividade maior. As demais comunidades foram acopladas nos dois outros grupos. Em cada grupo houve a participação de 14 mulheres pescadoras. Sua duração foi de cerca de 2h e 30mts.

Em todos os grupos focais foram utilizados o recurso eletrônico de filmagem ou gravação a fim de facilitar a análise dos dados posteriormente. Todo o material passou pelo processo de transcrição. As questões discutidas no grupo focal conduzidas pelo facilitador, foram guiadas por um roteiro previamente elaborado pela pesquisadora para que servisse de suporte na discussão, observando a especificidade do grupo focal a não mecanizar as falas das participantes, mas seguindo uma lógica do que se propõe este estudo de acordo com seus objetivos.

Segundo Minayo (1993, p.107), “faz parte da relação mais formal do trabalho de campo em que intencionalmente o pesquisador recolhe informações através da fala dos atores sociais.” O conjunto de respostas fornecidas pelos sujeitos de pesquisa foi submetido à análise de conteúdo proposto por Bardin (1994).

1.1.5 Análise dos dados coletados

Para a realização deste estudo adotou-se como método de análise a *análise de conteúdo* proposto por Laurence Bardin. Com o objetivo de interpretar, a análise de conteúdo passeia entre os polos do objetivo e do subjetivo. Analisar o que se está por

detrás de uma mensagem posta por um indivíduo ou em um grupo coletivo, configura-se um grande desafio ao investigador, que imprime em sua análise rigor científico ao utilizar instrumentos técnicos. O desenvolver da interpretação faz com que o processo de análise de conteúdo passe por observação, a fim de que não se limite a interpretação à intuições meramente, mas que as mensagens cheguem a uma interpretação definitiva pelo investigador (BARDIN, 1977).

Ao fazer uma exposição sobre o método, em sua obra “Análise de Conteúdo”, Laurence Bardin, afirma que são passíveis de interpretação todas as:

Mensagens obscuras que exigem uma interpretação, mensagens com um duplo sentido cuja significação profunda (...) só pode surgir depois de uma observação cuidada ou de uma intuição carismática (BARDIN, 1977, p. 14).

A análise de conteúdo surge nos Estados Unidos no meio jornalístico, tendo sido o estudo da propaganda um grande fascínio nos anos 1920. Proveniente da mesma exigência existente no campo da linguística, a análise de conteúdo foi muito adotada no campo das ciências políticas entre 1940 e 1950. Este período foi marcado por definições do método em seu sentido metodológico e enquanto técnica de investigação, com grande relevância ao rigor e objetividade (BARDIN, 1977).

Houve um tempo em que o método caiu no desinteresse dos estudiosos, até que no início dos anos 1950 novos investigadores passaram a se dedicar à análise de conteúdo, com o surgimento de novas perspectivas metodológicas, e a ampliação das áreas envolvidas nesse constructo, a etnologia, a história, a psiquiatria, a psicanálise, a linguística, a sociologia, a psicologia, a ciência política e o jornalismo. Nas novas considerações metodológicas, segundo Bardin (1977) a análise de conteúdo recebe por definição “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações*” (p. 31).

Em seu sentido analítico, a análise de conteúdo, funciona baseada em procedimentos sistemáticos, com objetivo de descrever o conteúdo de mensagens, ou seja, desvela significados que são analisados e categorizados ou classificados, tal classificação tem por serventia fazer surgir sentido nas mensagens que são acopladas em categorias

temáticas, o que sistematiza os dados, além de imprimir ordem, critério advindo da objetividade e cientificidade (BARDIN, 1977).

Bardin explicita que descrição e interpretação configuram parte do processo de análise de conteúdo e que não passa somente por essas fases, sendo a inferência fase intermediária, que vem a ser a dedução lógica do investigador pós tratamento das mensagens manipuladas por ele.

Ao utilizar a análise de conteúdo, os dados coletados foram sistematizados, sendo classificados em categorias temáticas que vão de encontro ao que se pretende desvelar por detrás das mensagens e falas dos sujeitos de pesquisa. Exemplificando, a partir das falas dos sujeitos, foram elencados categorias e subcategorias temáticas identificadas por meio de unidades de registro: palavras, expressões e frases utilizadas pelo sujeito de pesquisa.

Descrevendo o processo de análise minuciosamente a fim de melhor tornar compreensível esta fase da pesquisa, o primeiro momento foi a transcrição integral da totalidade de dados coletados. Atentamente todo o material foi lido pela pesquisadora que se debruçou em identificar as categorias que correspondesse ao objetivo do estudo de encontro as falas dos sujeitos. O conteúdo portanto, foi agrupado em quatro categorias temáticas.

Para facilitar o trabalho de agrupamento, as grandes categorias foram subdivididas em subcategorias, ou seja, cada categoria passou a ser formada por algumas subcategorias. E estas, por sua vez, foram sendo identificadas por meio de unidades de registros: determinadas palavras, frases ou expressões.

O processo de categorização possibilitou que de forma didática, a análise dos dados fosse sistematizada a fim de responder aos objetivos propostos por este estudo. Após a identificação e o agrupamento dos dados, o passo seguinte foi analisá-los à luz da teoria escolhida.

1.1.6 Considerações éticas

Por este projeto de pesquisa se constituir um subprojeto da Pesquisa “O papel da mulher na atividade pesqueira do litoral capixaba: discutindo gênero, trabalho, políticas públicas, meio ambiente e desenvolvimento local”, o mesmo havia sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (ANEXO A).

Por ocasião da coleta de dados, todos os sujeitos de pesquisa foram solicitados em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enfatizando-se a liberdade para participar do estudo, a ausência de qualquer ônus e a garantia do anonimato. Todos os compromissos do pesquisador quanto do pesquisado foram explicitados no TCLE.

OS dados coletados são confidenciais, sendo assegurado o sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa, que foram identificados neste estudo com nomes de flores. Os grupos focais foram realizados em local que garantiu a privacidade dos sujeitos. Todo o material coletado foi arquivado e permanecerá em caixas lacradas em local não divulgado por cinco anos, sendo incinerados após este período.

Após defesa da dissertação, os resultados desse estudo serão expostos à comunidade pesqueira de São Mateus, onde os sujeitos de pesquisa serão convidados a assistir à apresentação dos dados. O local deste encontro será no mesmo em que ocorreu a pesquisa empírica.

2 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E GÊNERO

2.1 CONCEITOS ACERCA DOS FENÔMENOS SAÚDE E DOENÇA

Ao defender a importância de se explorar conceitos, Czeresnia (2003, p. 43) diz “que a saúde não é objeto que se possa delimitar”. Para a autora, é através de conceitos que se viabilizam as intervenções, e formas alternativas e atenção à saúde não podem ser produzidas se não houver operacionalização dos conceitos de saúde e doença. Afinal, os conceitos são a referência da prática que irão organizar a sociedade para prover saúde ou evitar doença. Para tanto, são tragos neste tópico considerações teóricas acerca dos fenômenos saúde e doença.

Ao longo dos períodos históricos, saúde e doença sempre estiveram presentes nos processos de produção e reprodução das sociedades humanas. Suas explicações desde então sempre esteve vinculada aos conhecimentos evidenciados de cada época e às formações sociais e econômicas. Desde os primórdios preservar a saúde acompanha a humanidade. Durante o paleolítico, o pensamento mágico-religioso era a explicação para os povos da Antiguidade sobre as causas de doenças atribuídas a ações de demônios e espírito malignos. A função de curar era incumbida aos líderes espirituais que se utilizavam de poderes da natureza através de rituais e magias para erradicar o mal (BATISTELLA *et al*, 2004).

Segundo Batistella *et al* (2004), com o processo de civilização e desenvolvimento das comunidades, o contato do homem com animais, alimentos, em meio ao convívio humano, foi crucial ao aparecimento de novas doenças como varíola e tuberculose. Novas formas de enfrentar a doença foram surgindo à medida em que se consolidava a civilização.

Novas explicações para a saúde e a doença surgem no auge da civilização grega com a chamada “medicina hipocrática”. Ao ignorar as práticas místicas do sobrenatural, Hipócrates formulou a teoria que entende a doença como resultante do equilíbrio entre o homem e seu meio, fazendo do sintoma, principal caminho para se descobrir a causa de doenças. Um novo modo de conceber o adoecimento humano surge na compreensão hipocrática, que o relaciona com as funções do organismo e o meio natural (BATISTELLA *et al*, 2004).

Na Idade Média, período marcado pela expansão da Igreja, doença era associada ao pecado e castigo de Deus; assim, as práticas de cura eram predominantemente o exercício de rezas, penitências, exorcismos para que se purificasse a alma. A ciência médica era considerada desnecessária, e a população foi fortemente atingida por epidemias; lepra, peste bubônica, varíola, tuberculose, sarampo, difteria, escabiose eram algumas das doenças que mais afetavam as comunidades. Os conflitos militares, falta de higiene, migrações, miséria, aumento da população, são alguns dos fatores que deram o nome a este período de idade das trevas. Na tentativa de sanear as cidades, algumas ações de saúde pública foram desenvolvidas, porém, apenas no final do período medieval é que se começam ainda lentamente a se normatizar as condições de higiene e saneamento das cidades (BATISTELLA *et al*, 2004).

De acordo com Margarida Barreto (2006, p.46), a prática médica recebe, nesse período um novo formato, afirmando ser a medicina “instituição que cuida dos doentes, detém o conhecimento dos saberes e o poder sobre os doentes e seu corpo”. Neste contexto, surgem os primeiros hospitais, sanatórios, asilos e prisões, onde o poder é estabelecido e o vínculo social se reforça.

Novos olhares surgem no Renascimento com a revalorização do saber técnico, se estabelecendo as bases de um pensamento científico. Surgem as academias, os estudos de anatomia, fisiologia e descrição das doenças são fundados na observação clínica e epidemiológica, dando abertura à análise dos fenômenos de adoecimento humano.

A atividade mercantil passou a ser principal fonte econômica dos países. A expansão comercial, a introdução da máquina a vapor demandou por mais mão-de-obra nas fábricas, aumentando o aglomerado de periferias nas cidades. Neste período de Estado Moderno, em emergente modo de produção capitalista, surgem os primeiros cuidados em saúde nas fábricas. Segundo Gutierrez e Oberdiek (2001), a medicina moderna passa a considerar os aspectos econômicos, sociais e culturais envolvidos na saúde/doença de uma população. Sobre isto diz:

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições

de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas. (GUTIERREZ & OBERDIEK; 2001, p. 20).

Nesse contexto, o fator social ganha força na interpretação entre as condições de trabalho e o adoecimento em uma população. Henry Sigerist (*apud* Barreto, 2006) propõe um entendimento em saúde considerando os aspectos sociais, e sobre isto diz:

Um indivíduo sadio é aquele que apresenta um bom equilíbrio entre seu corpo e sua mente, e está em harmonia com seu entorno físico e social; controla plenamente suas faculdades físicas e mentais, pode adaptar-se às mudanças ambientais – contanto que não excedamos limites normais – e contribui para o bem-estar da sociedade segundo sua capacidade. A saúde não é, conseqüentemente, a simples ausência de doença; é algo positivo, uma atitude alegre para com a vida e uma aceitação otimista das responsabilidades que a vida lhe impõe. (SIGERIST *apud* BARRETO, 2006, p.48).

Uma abordagem mais ampla acerca de saúde e doença começa a enriquecer na década de 1960, apontando como base dos processos de produção da saúde e da doença uma estrutura social que considera os aspectos históricos, econômicos, sociais, biológicos, culturais, ambientais e psicológicos como parte da realidade sanitária. O então modelo da determinação social da saúde rompe com a explicação da doença baseada na “história natural da doença” (BATISTELLA *et al*, 2004).

De acordo com Paim *et al* (2002) esse conceito mais abrangente aponta para um modelo de produção de saúde capaz de identificar e deter o avanço das doenças e também de se promover saúde, antes não observado e aplicado.

A ideia de que saúde é ausência de doença é um pensamento que se difundiu com o advento da “clínica moderna”. A forma de conceber a doença neste modelo biomédico é caracterizada por aspectos biológicos, individuais e baseado em uma abordagem mecanicista. Tal pensamento médico científico, fragmentado e cada vez mais especializado, fez com que o conceito de saúde fosse negligenciado em detrimento das análises sobre a doença. Ao se opor a definição defendida por muitos autores ligados à tradição da antropologia aplicada, a de que saúde é não estar doente, Almeida Filho e Andrade (2003, p. 101) afirmam que “em uma perspectiva rigorosamente clínica (...) a saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ‘ausência de doença’. (...) os estados individuais de saúde não são excludentes vis à vis a ocorrência de doença”.

Também sobre isso escreve Canguilhem (2006) ao defender que o conceito de doença perpassa a aspectos não só biológicos, físicos e químicos; logo, a ausência de doença ou enfermidade não implica obrigatoriamente a saúde, ampliando-se a ideia de saúde como ausência de doença para uma perspectiva de saúde com possibilidades de adoecimento.

Alguns autores distinguem patologia de enfermidade:

Afirmam que a patologia refere-se a alterações ou à disfunção de processos biológicos e/ou psicológicos, definidos de acordo com a concepção biomédica. A enfermidade, por outro lado, incorpora a experiência e a percepção individual, dizendo respeito aos processos de significação da doença. A transformação da patologia em experiência humana e em objeto da atenção médica ocorre através de um processo de atribuição de sentido. A fronteira entre normal-patológico e saúde-doença seria estabelecida pelas experiências de enfermidade em cada cultura – suas narrativas e rituais de cura (KLEINMAN *et al* *apud* BATISTELLA *et al*, 2004).

Para Batistella *et al* (2004) a definição de saúde como ausência de doença, tão imbricado no pensamento do senso comum, é estritamente limitada, pois sinais e sintomas não são indicadores definitivos de uma condição saudável. Para o autor, sujeitos considerados doentes do ponto de vista clínico, pode ser considerado saudável em seu meio.

Nessa mesma perspectiva, afirma Canguilhem (2006) que saúde é a possibilidade de adoecer e sair da zona de estado da doença pela “margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio” (p. 148), sendo o adoecer, elemento constitutivo da saúde. Nesse sentido, Canguilhem sustenta a ideia de um conceito de saúde que não é científico, pois definir saúde objetivamente significa desconsiderar as referências de dor, sofrimento e prazer, e sobre isto diz: “é compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é objetiva. (...) A clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções” (2006, p. 53). Tal entendimento se baseia nas investigações do autor sobre patologia associada a um sentimento de vida contrariada, concreta em sofrimento e impotência.

A enunciação da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1948, de que saúde “é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de

doença ou enfermidade”, foi uma tentativa de superar a visão de saúde negligenciada por anos. Porém, tal definição recebe até hoje várias críticas. Segundo Batistella *et al* (2004) o termo ‘completo estado’ é utópico, pois os sujeitos não permanecem em completo bem-estar plenamente; além disso, ‘bem-estar’ é uma noção subjetiva, incapaz de servir de medida para o nível de saúde da população. Ao se basear nas reflexões de Caponi (1997), que também se contrapõe ao conceito enunciado pela OMS, Batistella *et al* (2004, s/n) afirmam:

Definir o estado de bem-estar mental e social poderá supor uma existência sem angústias ou conflitos, sabidamente inerentes à própria história de cada ser humano e de cada sociedade. Assim, o discurso médico pode converter-se em discurso jurídico, e tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante se torna objeto de uma intervenção – medicalização.

Na visão de Caponi (1997, p. 300-301):

O que chamamos de bem-estar se identifica com tudo aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso é valorizado como ‘normal’ (...) Para Canguilhem, as infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o mal-estar formam parte constitutiva de nossa história e desde o momento em que nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de erros e sim como a capacidade de enfrentá-los.

Ainda na perspectiva de Canguilhem, concepções de saúde e doença não estão dissociadas de relações normativas. O estabelecimento de normas e padrões de comportamento se fizeram necessários em meio ao processo de industrialização que complexificou o trabalho dentro da lógica do capitalismo. Mecanismos de controle e ajustamento foram se instituindo e constituindo um sistema de assistência e controle médico. Sobre exatamente isto, na visão de Foucault (1982), se estabeleceu nesta lógica “um dispositivo de seleção entre normais e anormais” (p. 150).

Para Lefèvre & Lefèvre (2004) o estabelecimento de normas e padrões de condutas, saudáveis ou rigorosas, descontextualizam os fenômenos de saúde e doença do desenvolvimento histórico e cultural da sociedade, gerando como consequências o focalismo da saúde, culpabilização da vítima e isenção do poder público. Penalizar os sujeitos através de critérios de um bom comportamento, implica em um autoritarismo sanitário que só faz reforçar a redução de práticas de promoção de saúde. Sobre isto escrevem:

É preciso que se saliente que as ações de promoção de saúde ao intentarem modificar estilos e comportamentos de vida devem evitar, ao máximo, a

intrusão nos assuntos das famílias, desrespeitando posições minoritárias ou divergentes daquelas hegemônicas na sociedade (...) Assim sendo, não se justificaria a imposição de restrições a pessoas autônomas em nome de benefícios para elas, benefícios julgados segundo uma ótica externa (...) (LEFÉVRE & LEFÉVRE; 2004, p. 154).

Segundo Carvalho (2005), o questionável se trata do alcance de tais comportamentos em meio a condições de vida restritas, afirmando sofrer o processo saúde-doença influência da responsabilização aos sujeitos por um estilo de 'vida saudável' e 'não-saudável'. Nesse sentido, deve-se considerar a essência dos problemas sociais, no cuidado de não se reduzir o sujeito a uma concepção que o vê como resultado apenas de determinações de natureza biológica ou comportamental, como querem fazer crer os behavioristas.

Na perspectiva de Caponi (1997, p. 297) ao respeito da dimensão do 'normal' e 'anormal', ser 'normal':

Indica a própria capacidade do indivíduo de, em um cenário de restrições ou adversidades, instaurar uma nova norma, ser 'normativo': "Uma pessoa pode ser normal em um determinado meio e não sê-lo diante de qualquer variação ou infração do mesmo. Recordemos que saudável é nesta perspectiva, aquele que tolera e enfrenta as infrações.

Desse modo, a visão dos autores expostos aqui corrobora a ideia de Canguilhem (2006) de que nenhum ser vivo pode ser tido como normal, se este, estiver isolado de seu meio.

Retornando ao considerado 'conceito ampliado de saúde' enunciado pela OMS em 1986 na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, o que representou importante conquista social no âmbito da Reforma Sanitária brasileira em meio ao processo de redemocratização do país, vê-se em seu texto a luta por ampliação dos direitos sociais, explicitando os determinantes sociais da saúde e da doença quando se formulou: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988, p. 37).

A saúde no texto da Constituição de 1988 dá importância às dimensões econômica, social e política na produção da saúde e doença nas coletividades, indo ao contrário

da visão biologicista, centrada no indivíduo, doença, hospital e médico. Para Laurell (1997, p.86):

A saúde é vista como 'necessidade humana' cuja satisfação "associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico.

A concepção de saúde de 1988, alinhada ao pensamento crítico de vários autores da América Latina, como Laurell, trouxe importantes avanços ao que se refere à promoção de saúde, não restando dúvidas o que a mesma representa no campo dos direitos sociais. Porém, algumas ressalvas em seu conceito vêm sendo explicitadas por autores; como Caponi (1997, p. 302) que diz:

(...) esta concepção situa a saúde e a enfermidade como fenômenos superestruturais que reproduzem, como uma resultante ou como um reflexo, uma única dimensão considerada como determinante absoluta: a base sócio-econômica. Assim, aquela que se propõe como a forma mais progressista e inovadora de conceituar saúde pode acabar por resultar politicamente pouco operativa ou simplesmente inibidora de ações efetivas.

Esta análise faz referência a preocupação de alguns autores sobre o risco que corre o conceito de saúde extenso quando sua operacionalização é posta em prática; sendo a medicalização um propício caminho à resolução de especificidades biológicas e psíquicas (BATISTELLA *et al*, 2004).

Porém, para Paim *et al* (2002), a proposta de promoção da saúde vem ganhando espaço cada vez mais com a perspectiva de intersetorialidade. Considerado campo central de ação de acordo com a Carta de Ottawa⁴, a reorientação dos sistemas de saúde está pautada na atuação intersetorial, afirmando ser a saúde responsabilidade de todos os setores.

⁴ Carta de intenções apresentada em documento na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, em Ottawa, Canadá. Tal evento, configurou-se resposta às expectativas dos movimentos em prol de uma saúde pública com perspectiva da promoção da saúde. Os cinco campos centrais de ação propostos foram: Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Criação de ambientes favoráveis à saúde; Reforço da ação comunitária; Desenvolvimento de habilidades pessoais; Reorientação dos serviços de saúde. Disponível em >http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf<.

Nesse sentido, Caponi (1997) propõe a extensão do conceito de saúde de Canguilhem, que estabelece o entendimento da saúde como “margem de segurança para suportar as infidelidades do meio” (p. 304), à esfera social. Assim, saúde estaria referida à capacidade de indivíduos e coletivos de tolerância com as infidelidades do meio.

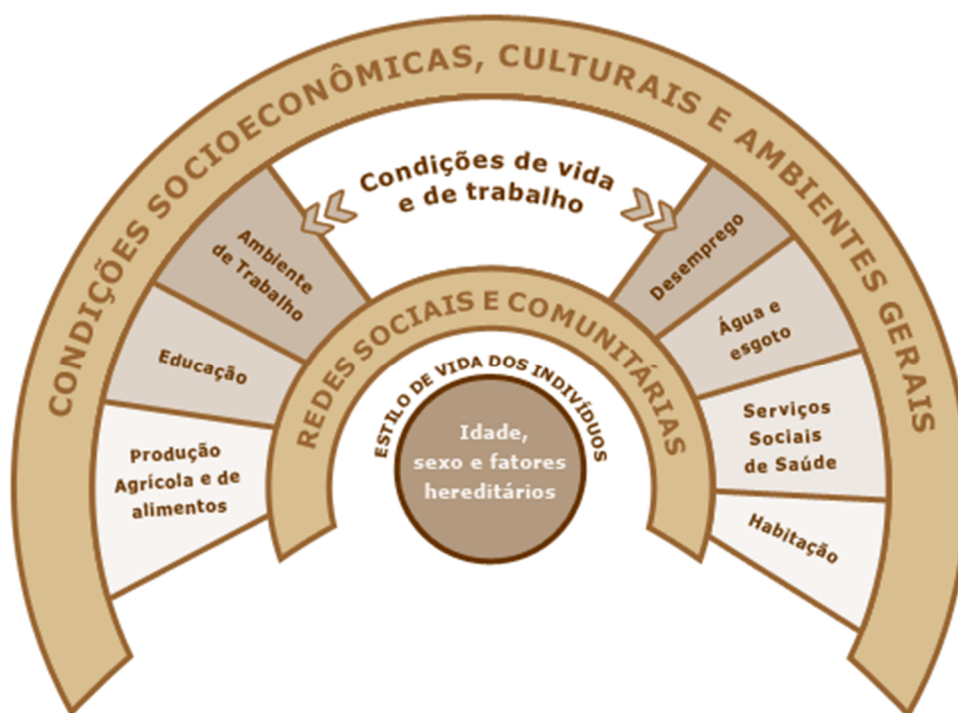
A principal característica das abordagens integradoras do conceito de saúde é a integração dos aspectos econômicos e sociais na explicação do processo saúde-doença. Para Minayo (2002) saúde e doença devem ser compreendidas como um processo coletivo onde “as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana” (p.181) devem ter espaço para organização e análise. Neste ponto de vista, no estreitamento das relações entre saúde e ambiente surge o conceito de ‘qualidade de vida’, que de acordo com a autora:

Entendida para além das tentativas de sua apreensão objetiva através de indicadores quantitativos, sua definição é eminentemente qualitativa, e junto o sentimento de bem-estar, a visão da finitude dos meios para alcançá-lo e a disposição para, solidariamente, ampliar as possibilidades presentes e futuras. Portanto, da mesma forma que a noção de saúde, a qualidade de vida, dentro do enfoque ecossistêmico, é como um guarda-chuva onde estão ao abrigo nossos desejos de felicidade; nossos parâmetros de direitos humanos; nosso empenho em ampliar as fronteiras dos direitos sociais e das condições de ser saudável e de promover a saúde. (MINAYO, 2002, p. 174).

O termo ‘determinantes sociais da saúde’ não são referentes a apenas causas sociais da saúde, mas estão relacionados também as condições de vida e trabalho de uma população, incluindo toda uma rede social e comunitária de uma sociedade. As relações entre os determinantes sociais da saúde e doença explicam as disparidades de desigualdades ou também denominadas iniquidades, decorrentes das condições de vida e trabalho em que vivem parcelas da população brasileira, variantes em territórios (BRASIL, 2006).

Os determinantes sociais no fenômeno do adoecimento humano, deve ser considerado nas estratégias em se promover saúde, inclusive no conhecimento de quais são os determinantes e as condições de vida e trabalho asseguradas a esta população. Clarificando esta compreensão, um dos modelos que nos permite visualizar os diversos determinantes da saúde é o proposto na figura 1. (BRASIL, 2006).

Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas



Fonte: Whitehead & Dahlgren *apud* Brasil, 2006.

De acordo com Batistella *et al* (2004), em maio de 2004, foi realizada a 57^a Assembleia Geral da OMS, onde se pronunciou a intenção de criação da Comissão Global sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSH), com fins de se apoiar a implementação de abordagens dos problemas de saúde, a se incluir as raízes sociais e ambientais.

Baseado nisto, em março de 2006, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), no âmbito do Ministério da Saúde, com os objetivos de:

- Produzir conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde;
- Promover e avaliar políticas, programas e intervenções governamentais e não-governamentais realizadas em nível local, regional e nacional, relacionadas aos determinantes sociais da saúde;
- Atuar junto a diversos setores da sociedade civil para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das

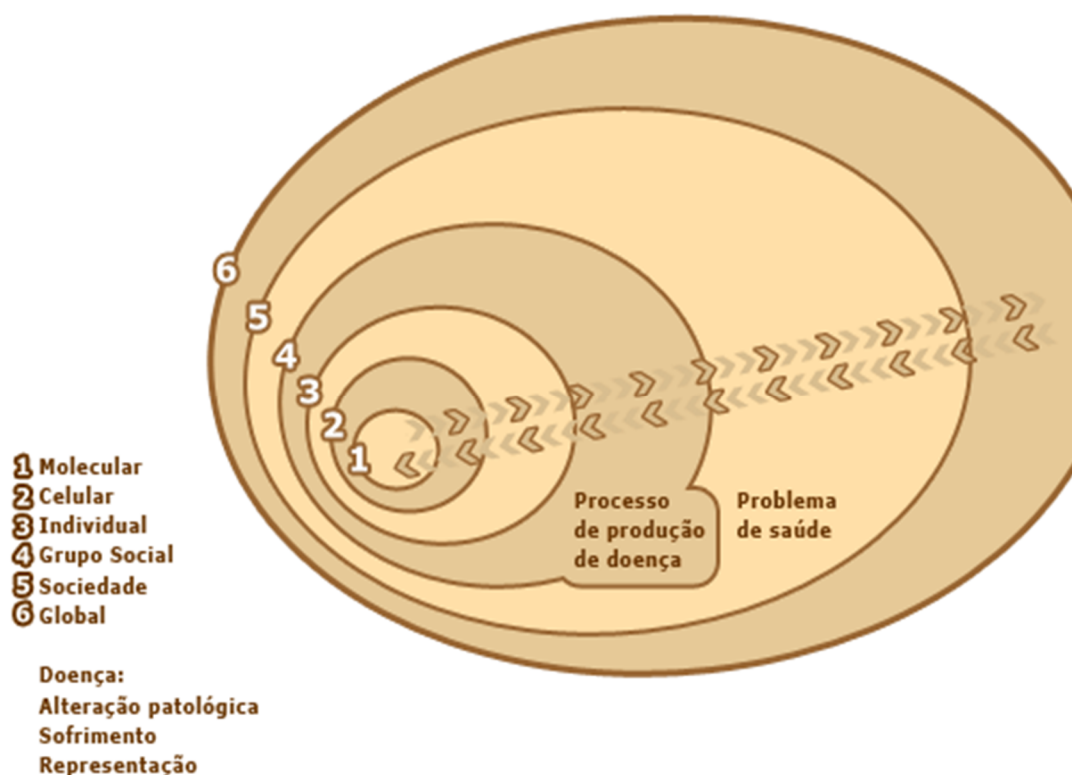
iniquidades de saúde. (BRASIL/COMISSÃO NACIONAL DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2006).⁵

Outras abordagens sobre os determinantes da saúde e da doença são exploradas, como compreendem Almeida Filho & Andrade (2003) ao definirem saúde-doença como: “conjunto de processos de determinação (gênesis) de doenças e condições relacionadas (pathos) tomadas como um todo integral (holos), compreendendo todas as facetas, manifestações e expressões de tal objeto complexo de conhecimento” (p. 109). A reflexão dos autores sobre o fenômeno saúde-doença, pautado em integralidade, é de que este deve ser compreendido a partir da integração de ordens hierárquicas que se apresentam em diferentes dimensões e componentes. Assim, reivindicam os autores o estabelecimento de uma abordagem totalizadora que respeite a complexidade dos fenômenos da vida, saúde, doença, sofrimento e morte.

O processo saúde-doença na visão de Sabroza (2001) se assemelha ao proposto por Almeida Filho & Andrade. Para o autor, saúde é um sistema complexo em que se articulam dimensões diversas, como a biológica, psicológica, econômica, social, cultural, individual, coletiva, etc., e que precisam ser analisadas sob a ótica de organização da vida. Na figura 2, formulada por Sabroza, veem-se os níveis de organização e o processo saúde-doença mediados por relação de determinantes e especificação.

⁵ A Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS foi criada pelo Decreto Presidencial de 13/03/2006 e teve seu Regimento interno aprovado pela Portaria MS/1358 de 23/06/2006. É integrada por dezesseis especialistas da vida social, econômica, cultural e científica do país, nomeados pelo Ministro da Saúde por meio da Portaria nº 532, de 14 de março de 2006. O texto “Determinantes Sociais da Saúde ou Por Que Alguns Grupos da População São Mais Saudáveis Que Outros?” está disponível em ><http://www.determinantes.fiocruz.br/><.

Figura 2 – Níveis de organização e processos saúde-doença



Fonte: Sabroza, 2001.

Na visão do autor, é necessário observar as transformações nos processos de produção e na organização social, pois estas se relacionam aos problemas de saúde e às práticas de promoção da saúde. Sabroza (2001) fala em um conceito de saúde impreciso:

(...) ao contrário de conceitos bem estabelecidos, demarcados pelos limites que explicitam as suas condições, os conceitos imprecisos são definidos a partir de questões centrais ou atratores, e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico (p.4).

Para tanto, o autor considera os determinantes sociais e os relaciona aos processos de produção, destacando o nível de consumo a que a população tem sido levada mesmo diante do desemprego e falha de investimentos públicos nas políticas sociais. Sobre isto diz:

As estratégias têm sido a fragmentação do território, assegurando maior controle social através de poderes políticos locais, e a segmentação social, com a emergência de um novo componente, o circuito inferior urbano, integrado e dinâmico. Este circuito espacial de produção, descrito ora como economia informal, ora como estratégia de sobrevivência popular, se caracteriza por sua produtividade e relativa autonomia. Ele representa custos sociais mínimos para o capital e para o Estado, e ainda gera renda que garante a reprodução, o consumo ampliado e transferência importante de recursos para o circuito principal. (SABROZA, 2001, p. 23)

A complexidade das relações expressas nas formas de expressão do fenômeno saúde-doença está sempre relacionada aos determinantes sociais que produzem saúde e/ou doença, valorizando os aspectos socioeconômicos, sem desmerecer o plano individual.

Operacionalizar a promoção de saúde na perspectiva proposta pela Carta de Ottawa e de acordo com os autores que vão de encontro ao viés da integralidade em todos os seus sentidos e dimensões, configura-se exercício diário de rompimento com o modelo biomédico ainda enraizado nas práticas curativas e assistenciais. A organização dos serviços de saúde implica o repensar tais práticas de saúde com a adoção de princípios que irão efetivamente nortear a atenção à saúde. A vulnerabilidade em que determinados extratos da sociedade ainda vivem, nos faz compreender que longe de uma questão com causas meras do setor saúde, o promover saúde não é setorial, mas, perpassa a todo o arcabouço em que a sociedade é por ele influída.

Na visão de Batistella *et al* (2004), o reconhecimento dos determinantes históricos - econômicos, sociais e culturais – deve ser lido de maneira interdisciplinar, pois somente assim, é possível promover uma compreensão da realidade saúde-doença de uma população. Afirmam:

Se tomarmos a saúde como um sistema complexo (Sabroza, 2001) e pensarmos que a crise da saúde pública nos convoca a superar a simples atenção das demandas, procurando a eliminação de problemas que se encontram tanto na esfera dos determinantes sociais da saúde quanto no âmbito da resolutividade das práticas médicas, então estaremos, de fato, nos posicionando em defesa de uma ética que valorize a vida humana, buscando colaborar efetivamente para a construção de ambientes e de uma sociedade mais justa e saudável (BATISTELLA *et al*, 2004, s/n).

2.2 GÊNERO E SAÚDE

2.2.1 Considerações acerca da saúde da mulher brasileira

Pensar a saúde da mulher, primeiramente é fruto inicial do movimento feminista. Do mesmo modo que o pensamento acerca da saúde e doença geral de uma população foi por muito tempo demarcado pelas concepções do modelo biomédico, a saúde da mulher não foi diferente. As questões de gênero foram incluídas no conceito de saúde da mulher tardiamente. A atenção à saúde da mulher em concepções mais restritas, restringem a mulher à apenas seu sentido reprodutivo, dando enfoque à saúde materna e à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica (COELHO, 2003).

Os aspectos estritamente biológicos era o que predominava no pensar a saúde de modo específico à mulher, quando o que importava em uma lógica biologicista era o ato de procriar, tornando os significados de adoecer e morrer na sociedade machista ligados à reprodução. Os saberes femininos sobre o corpo, sobre a doença e os processos de cura são repassados de mãe a filha através dos tempos, contribuindo assim com a manutenção da ideia de saúde da mulher ligada às questões biológicas. Segundo Fátima Lucena (2010):

[...] o fato de “maternar” os outros, de cuidar dos outros, tarefa essencialmente feminina que tem sido construída historicamente na relação de subalternidade entre macho e fêmea, transformou as práticas referentes à doença e à cura em espaços de cotidiano da mulher (LUCENA, 2010, p. 42).

Para Laurell (1982) o processo de adoecimento contém particularidades e pode ser expresso de diversas formas e, como fruto das desigualdades sociais, tende a sofrer mais riscos à saúde os que estão em zonas de vulnerabilidade. Considerando as desigualdades entre homens e mulheres, o adoecimento em mulheres se revela ser de maior impacto, já que elas estão mais susceptíveis às péssimas condições de saúde, fruto da extensa jornada de trabalho das quais se submetem, questão melhor abordada no tópico seguinte.

Exemplificando brevemente aqui a questão do trabalho, nos estudos de Dejours (2012) o trabalho é evidenciado como fonte de doença, mas também dependendo da sua forma de organização pode ser uma fonte de prazer. O autor enfatiza que a perda

de sentido do trabalho, por causas variadas e dentre elas a falta de reconhecimento, pode desencadear descompensações psíquicas. Das experiências vividas no trabalho, serão elaboradas defesas individuais ou coletivas pelos trabalhadores para se protegerem da dor/sofrimento e possíveis processos de adoecimento.

No caso das mulheres, pressões e constrangimentos no trabalho, assédio moral e sexual configuram-se fatores de adoecimento que aliado à falta de reconhecimento social pode apontar a presença de um mal-estar acompanhado de desânimo, irritação, frustração, insegurança, impotência, comprometendo a saúde mental desta mulher (ARAÚJO *et al*, 2006). O julgamento negativo por parte da sociedade quando a mulher se encontra com sua saúde mental fragilizada dificulta as formas de enfrentamento a esse estado, que segundo Dejours (2012) deve ser estimulado à uma transformação do sofrimento em prazer pelas vias das relações afetivas, o que conferirá um novo sentido ao trabalho por essa mulher.

Para o autor, a vivência do sofrimento pode ser interpretada nesse contexto, pela sobrecarga de trabalho e suas condições. Se a experiência do trabalho atravessa as relações sociais de sexo, vale refletir à luz do gênero o (não) reconhecimento do trabalho desenvolvido por mulheres, que na visão de Brito *et al* (2014), não se justificam apenas pelos aspectos econômicos e político. Além disso, estudos sobre impactos tragos pelo trabalho informal à saúde das mulheres, tem ganhado espaço de acordo com Ana Ludermir (2000) que afirma ser significativa a diferença de acometimentos de transtornos mentais entre mulheres no setor formal e informal, recebendo o desemprego relevância nos estudos sobre os fatores de adoecimento em mulheres.

No estudo de Araújo *et al* (2014) sobre o que denomina de 'feridas crônicas' no cotidiano da mulher, viver com 'dor' marca a vida das mulheres por angústia e sofrimento. A experiência da dor para as mulheres que participaram da pesquisa de Araújo *et al*, remete a impactos de tamanha perda de esperança até o ápice de intentar contra a própria vida.

O estado de tristeza proveniente do sentimento de solidão e infelicidade provoca o isolamento familiar e social podendo culminar ao suicídio. Sob a perspectiva do gênero, o suicídio muito se relaciona à violência de gênero. O estudo de Meneghel *et*

al (2014) sobre suicídio na região Sul do Brasil, aponta que as taxas de suicídio se distribuem de maneira desigual entre os sexos, com frequência maior de suicídios no sexo masculino, porém, maior tentativa de suicídio pelas mulheres. Os autores constataram que as desigualdades de gênero presente nas relações conjugais, onde as mulheres desempenham as funções domésticas de cuidado com a casa e com o lar e os homens exercem o poder de decisões e controle da família, afirmando sua virilidade e masculinidade, evidenciam os papéis de gênero que estereotipam as mulheres rigidamente, se criando um cenário de violência de gênero que produz consequências negativas à saúde da mulher, seu bem-estar e qualidade de vida.

O *Dictionnaire Critique du Féminisme* (2003) define violência, como: “todo constrangimento físico ou psíquico suscetível de levar ao terror, ao deslocamento, ao mal-estar, ao sofrimento ou à morte de um ser animado”. (DICIONÁRIO CRÍTICO DO FEMINISMO *apud* LUCENA, 2010, p. 166).

A violência de gênero, segundo Lucena (2010), se apresenta como um fator de adoecimento e morte e reflete a existência da subordinação sexual nas relações entre homens e mulheres. Ao definir violência, a autora se baseia em Pinheiro e Almeida (2003) que a compreendem como: “ação, produção de danos/destruição e [...] “ação intencional que provoca dano” (PINHEIRO; ALMEIDA *apud* LUCENA, 2010, p. 165).

Para Lucena (2010) as violências podem ser físico-psicológicas, verbais e sexuais e as dores produzidas por elas são o aviso do sofrimento da alma/corpo em busca de expressões das emoções. Escreve Lucena (2010):

A dor do corpo aparece como reveladora do mal-estar no mundo. Mal-estares assim, no plural, que diminuem o gosto pela vida, tiram o sono ou o trazem em demasia. Fazem a cabeça explodir em enxaquecas. Com os nervos à flor da pele, os ossos que se fazem sentir em sua dureza, a tensão que nos diz que a coluna que nos sustenta está se rebelando contra nosso equilíbrio vital. Dores que aparecem em ciclos, que passeiam pelo estômago, por todo o corpo. Ter o coração palpitando, o fôlego curto, a ideia de morte iminente. Pânico, curto-circuito, grito da alma. Coisas que nos lembram nossa impotência, incapacidade de defender nosso bem maior – a vida digna. (LUCENA, 2010, p. 172).

Oliveira *et al* (2010) afirmam que os danos, lesões, traumas e mortes causados pela violência provocam nas vítimas e seus familiares prejuízos emocionais e sociais. No que diz respeito à violência contra mulheres, geralmente ela ocorre em espaços

privados, se manifesta no seio da família e têm por agressor, na maioria das vezes, seus companheiros.

Segundo Minayo (2006):

A violência de gênero distingue um tipo de dominação, de opressão e de crueldade estruturalmente construído nas relações entre homens e mulheres, reproduzido na cotidianidade e subjetivamente assumido, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias. Os agressores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado. (MINAYO, 2006, p. 93).

Lucena (2010) articula a violência física a violência psicológica e defende a ideia de que nunca se separam. Sobre isso diz:

Atacar o corpo/mente da mulher significa lhe impor a condição de submissa. Por isso mesmo, as agressões têm sempre o caráter psíquico articulado ao físico. O ser em totalidade sofre no corpo/alma que são inseparáveis. As feridas do corpo/alma, visíveis ou não, por isso mesmo, representam o ser em sofrimento. A linguagem corporal constata, através da dor, a destruição da autoestima feminina. Situações de chantagem, de manipulação e de vários tipos de ameaças podem finalmente, levar ao suicídio e/ou a um padecimento sem fim. (LUCENA, 2010, p, 186).

A autora complementa ao dizer que o sofrimento vivido pelas mulheres vítima de violência é tão intenso que pode incapacitá-las com patologias crônicas colocando em risco à sua integridade físico-mental. As doenças desenvolvidas por elas estão ligadas a problemas emocionais, principalmente depressão e ansiedade, psicossomáticos, distúrbios do sono e de alimentação, dificuldades de memória, concentração e atenção. As estratégias buscadas pelas vítimas é a medicalização da dor, margem de outro problema em mulheres – abuso excessivo de medicamentos psicotrópicos. (LUCENA, 2010).

Baseando-se em Minayo (2006), Martins (2012) diz que as doenças crônicas e degenerativas constituem o perfil do quadro de agravos à saúde no Brasil. Perfil este relacionado ao estilo de vida dos indivíduos, condições sociais e ambientais. Desse modo, não restam dúvidas de que a violência é um complicador no estado de saúde de mulheres, podendo ser o fator desencadeador de várias doenças que têm acometido as mulheres brasileiras, inclusive o uso abusivo de álcool e tabaco.

Ao discutir sobre os fatores de produção da doença em mulheres, Pilon *et al* (2014) apontam o uso do álcool como um problema na saúde das mulheres em crescimento.

Embora os índices ainda revelem ser o alcoolismo mais incidente entre os homens, a proporção hoje é de uma mulher para cada quatro homens no consumo episódico de beber semanalmente, o que há 20 anos atrás, a proporção era de uma mulher para dez homens alcoolistas.

Considerado maior fator de risco para morbimortalidade em pessoas com idade entre 15 e 59 anos, devido aos traumas, exposição à violência e doenças cardiovasculares, o uso abusivo do álcool ainda é causador de altas taxas de morte e incapacidade.

De acordo com Pilon *et al* (2014) um levantamento realizado em 2012 sobre consumidores de álcool, aponta crescimento de 36% de consumo da substância entre a população feminina. Para os autores, o consumo de substâncias psicoativas (ilícitas ou lícitas) por mulheres se relaciona à emancipação feminina que repercutiu na expressão de comportamentos antes não realizados pelas mulheres, como o uso de álcool e tabaco, das quais são este público feminino estigmatizados pelo preconceito social que lhes é imposto pela sociedade.

Quando comparado ao homem, as consequências que o consumo abusivo do álcool traz à mulher é ainda mais impactante. As literaturas afirmam que doses menores de álcool consumidas pelas mulheres em relação aos homens, são metabolizadas no organismo mais lentamente, pendenciando ao desenvolvimento de abuso e dependência mais rapidamente. Os autores apontam o baixo nível socioeconômico como um dos fatores que levam mulheres ao consumo excessivo do álcool, assim como baixa capacidade de controle dos impulsos e experiências familiares negativas (PILON *et al*, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou recentemente, em 2014, o Relatório Global sobre Álcool e Saúde⁶, que estima que indivíduos com 15 anos ou mais consumiram cerca de 6,2L de álcool puro no mundo inteiro no ano de 2010. No Brasil, o consumo total estimado é equivalente a 8,7L por pessoa, quantidade superior à média mundial. Estima-se que homens consumam 13,6L por ano, e as mulheres, 4,2L por ano. Quando são considerados apenas os indivíduos que consomem álcool, esta

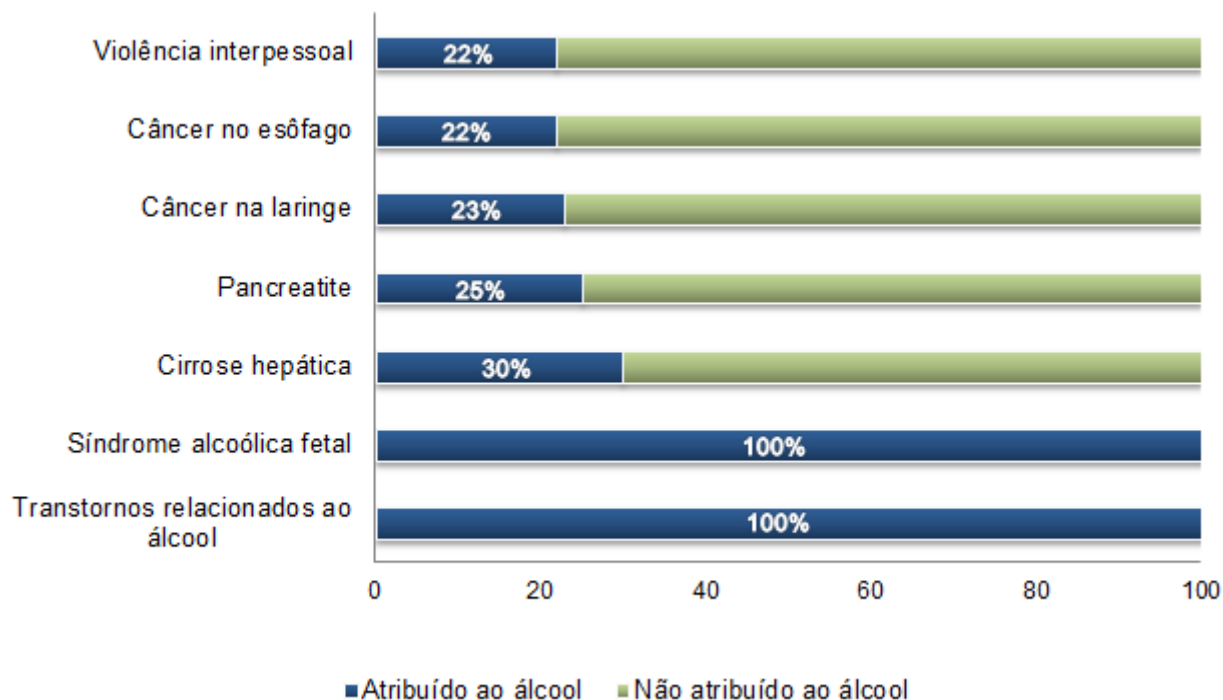
⁶

Disponível em:
>http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1<.

média sobe para 15,1L de álcool puro por pessoa (sendo mulheres: 8,9L e homens: 19,6L).

O Relatório ainda indica que o uso nocivo do álcool parece estar relacionado com 3,3 milhões de mortes a cada ano no mundo. No gráfico abaixo, é possível verificar as principais doenças e prejuízos associados ao álcool em diferentes níveis:

Gráfico 1. Doenças e prejuízos total ou parcialmente decorrentes do uso do álcool.



Fonte: Centro de Informações sobre Saúde e Álcool – CISA⁷ – 2014.

No caso do Brasil, informa o Relatório que o álcool esteve associado a 63% e 60% de cirrose hepática e 18% e 5% dos acidentes de trânsito entre homens e mulheres em 2012. Especificamente em relação aos transtornos relacionados ao uso do álcool, estima-se que 5,6% (mulheres: 3%; homens: 8%) dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência da substância (OMS, 2014).

⁷ Disponível em: ><http://www.cisa.org.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php><.

Para Oliveira *et al* (2010), o aumento do uso do álcool e outras drogas ilícitas entre as mulheres pode estar relacionado à deficiência e desvalorização do atendimento primário de saúde. Aponta as autoras que o consumo de álcool também sofreria influência de aspectos socioculturais, como dificuldades nas relações familiares por exemplo.

Sobre a atenção dos riscos do tabaco à saúde das mulheres que o consomem, Lion (2009) chama atenção que esta deve ser redobrada, pois pesquisas mostram que o consumo do tabaco entre as mulheres cresce significativamente. Ao listar as doenças associadas ao uso do cigarro, Lion (2009) escreve:

[...] em especial, a doença coronariana (angina e infarto do miocárdio) em 25% dos casos; a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - D.P.O.C. (Bronquite e enfisema) em 85% dos casos; os cânceres (incluindo câncer de pulmão, de boca, esôfago, laringe, faringe, estômago, pâncreas, rim, fígado, bexiga e colo uterino) em 30% dos casos. São também associadas ao tabagismo a aterosclerose, a tromboangeíte obliterante, a hipertensão arterial, as infecções respiratórias, a leucemia, a catarata, úlcera péptica, a menopausa precoce e disfunção erétil (impotência sexual), além da dependência química da nicotina. (LION, 2009, p. 4).

Verifica-se, portanto que o tabagismo afeta consideravelmente à saúde e à vida das mulheres, que têm sua capacidade de vida saudável comprometida devido ao uso do tabaco. Não só afeta as que o consomem diretamente, mas também aos que inalam a fumaça do cigarro, por ser composto de substâncias como a nicotina que é prejudicial à saúde e considerada pela OMS como droga psicoativa que causa dependência. (LION, 2009).

Sobre isto a OMS⁸ também traz dados recentes que apontam que 12% da população feminina mundial são fumantes, levando por ano à morte de aproximadamente cinco milhões de pessoas. O tabagismo está relacionado a mais de 50 doenças sendo responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença do coração, 85% das mortes por bronquite e enfisema, 25% das mortes por derrame cerebral.

⁸ Disponível em: ><http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/cigarro-mata-mais-de-5-milhoes-de-pessoas-segundo-oms><.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) o impacto do tabagismo na saúde da mulher causa três principais problemas: cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias. E sobre isto trazem as seguintes considerações:

Dados sobre o impacto do tabagismo para a saúde da mulher fumante:

1. O risco de infarto do miocárdio, embolia pulmonar e tromboflebite em mulheres jovens que usam anticoncepcionais orais e fumam chegam a ser 10 vezes maior que o das que não fumam e usam este método de controle da natalidade.
2. Mulheres fumantes de dois ou mais maços de cigarros por dia têm 20 vezes mais chances de morrer de câncer de pulmão do que mulheres que não fumam.
3. As mulheres têm risco maior de ter câncer de pulmão com exposições menores do que os homens. Adenocarcinomas ocorrem mais em mulheres fumantes do que em homens, e estão associados ao modo diferenciado de fumar (inalação profunda) e ou produtos voltados para a mulher.
4. Calcula-se que o tabagismo seja responsável por 40% dos óbitos nas mulheres com menos de 65 anos e por 10% das mortes por doença coronariana nas mulheres com mais de 65 anos.
5. Mulheres fumantes que não usam métodos contraceptivos hormonais reduzem a taxa de fertilidade de 75% para 57%, devido ao efeito causado pelas taxas de concentração de nicotina no ovário.
6. As fumantes que fazem uso de contraceptivos orais apresentam risco para doenças do sistema circulatório, aumentando em 39% as chances de desenvolver doenças coronarianas e 22% a de acidentes vasculares cerebrais.
7. Fumar durante a gravidez traz sérios riscos. Abortos espontâneos, nascimentos prematuros, bebês de baixo peso, mortes fetais e de recém-nascidos, complicações com a placenta e episódios de hemorragia (sangramento) ocorrem mais frequentemente quando a grávida é fumante. Tais problemas se devem, principalmente, aos efeitos do monóxido de carbono e da nicotina exercidos sobre o feto, após a absorção pelo organismo materno.
8. Entre as mulheres que convivem com fumantes, principalmente seus maridos, há um risco 30% maior de desenvolver câncer de pulmão em relação àquelas cujos maridos não fumam.
9. Uma vez abandonado o cigarro, o risco de doença cardíaca começa a decair. Após 1 ano, o risco reduz à metade, e após 10 anos atinge o mesmo nível daqueles que nunca fumaram. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER)⁹.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) outro tipo de câncer que têm afetado as mulheres brasileiras é o tipo de câncer de mama, sendo o segundo tipo de câncer que afeta mulheres no mundo. No Brasil, cerca de 4,8 mil mulheres vão a óbito devido à doença. Se diagnosticado precocemente, as chances de cura são de 90%. Os dados

⁹

Disponível em:
><http://www1.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm><.

mais recentes do INCA¹⁰ sobre a incidência do câncer de mama em mulheres, diz respeito ao número de mortes de mulheres com a doença no ano de 2011 no quantitativo de 13.225 mulheres, sendo a estimativa de novos casos em 2014 em aproximadamente 57.120 entre homens e mulheres.

O índice de maior morbidade em mulheres do que em homens está associado segundo Pinheiro *et al* (2002), às piores condições de saúde nas mulheres e à dificuldade em acessar os serviços de saúde, embora sejam procurados mais por mulheres do que por homens.

De acordo com os autores, as mulheres apresentam mais problemas de curta duração como sintomas habituais, doenças agudas e transitórias (infecção da via respiratória superior, gastroenterite e doenças infecciosas de curta duração) e doenças crônicas não fatais (artrite, sinusite crônica, problemas digestivos, anemias, problemas de tireóide ou vesícula, enxaqueca, colite e eczema). Sobre as doenças crônicas, o estudo realizado por Pinheiro *et al* (2002) revela que tanto no meio urbano como no rural, a incidência é maior em mulheres com 35,9% e 32,9% respectivamente.

A demanda que surge para o sistema público como resultado dos problemas de saúde que vem afetando a população, não encontra a oferta dos serviços de saúde de forma suficiente e este configura um outro problema para o processo de adoecimento das mulheres.

De acordo com o Ministério da Saúde, em se tratando de doenças ligadas à sexualidade, mulheres têm sido afetadas particularmente pela transmissão de doenças como a sífilis e HIV, mortalidade materna e problemas relacionados a morbidade. (BRASIL, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mortalidade materna é a morte de uma mulher durante a gravidez ou nos 42 dias após a gravidez, seja qual for a duração e o local da gravidez, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou manejo da mesma. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *apud* OLIVEIRA *et al*, 2010, s/p).

10

Disponível

em:

>http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama+<.

Foram aqui expostas algumas das doenças e dos fatores que compõe o quadro de problemas de saúde de mulheres brasileiras que têm sua qualidade de vida comprometida e ameaçada devido às desigualdades de gênero, de classe, de raça/etnia e, por que não, geracional.

2.2.2 Políticas públicas de saúde para mulheres no Brasil

A introdução de políticas de saúde para a mulher só entra em cena no Brasil a partir da Era Vargas, sendo tais políticas associadas somente à proteção materno-infantil, com ênfase à condição de reprodutora da mulher. Referenciando Santos (2010), Martins (2012) diz que o fato da atenção à saúde da mulher ser pensada na história com atrasos, se dá também por sua condição de invisibilidade nos campos político e econômico, fruto da cultura machista predominante nesta sociedade. A conquista do direito ao voto em 1930 ampliou os direitos políticos das mulheres, sendo este importante marco na vida das mulheres brasileiras; porém não teve este, impacto imediato sobre as famílias brasileiras, que não garantiam à mulher participação político-social, a posicionando como responsável pela família e cuidadora do lar e filhos. Desse modo, o fator 'adoecimento da mulher' perpassa a sua exclusão social, às precárias condições de proteção social e baixa expectativa de vida, sendo a contaminação por doenças infecciosas a principal causa de morte de mulheres brasileiras neste período.

Os papéis exercido pela mulher e sua condição reprodutora foi por muito tempo único fator de análise para o pensar sua saúde. Até os anos de 1950, o que se tinha em prol da promoção da saúde da mulher no Brasil era o I Programa de Saúde Materno-infantil, que embora reampliado em 1970, se restringe em pensar a saúde da mulher apenas no ciclo gravídico-puerperal.

A dinâmica do movimento de mulheres em prol de direitos no campo da saúde perpassa as conquistas da criação do Conselho Nacional de Direitos da Mulher (CNDM) em 1985, a Constituição Federal de 1988 e o Fórum de Conselhos Estaduais da Mulher em 1995. Estas foram segundo Giffin e Costa (1999) importantes propulsoras ao avanço da discussão dos direitos à saúde da mulher a partir dos anos 1990.

A luta das feministas nas décadas de 1970 e 1980 ao denunciar a precariedade de saúde em que viviam as mulheres brasileiras foi fundamental como manifestação de repressão à dominação do corpo e sexualidade da mulher. Sobre isto escrevem Mori e Dultra (2006):

Desde então, uma das principais bandeiras tem sido, “desfazer o lugar do corpo (da anatomia) como destino [...] de romper a lógica complexa de apropriação e subordinação do corpo feminino às definições de ordem privada e pública”. Assim, o tema da saúde sobressaiu-se no cenário feminista (MORI; DULTRA, 2006, p. 47).

No que tange à saúde da mulher, a década de 1980 foi marcada pelos questionamentos de movimentos feministas acerca das desigualdades entre homens e mulheres que se expressavam em forma de problemas de saúde à mulher em seu contexto e realidade social. A organização da luta por uma sociedade menos desigual, estava pautada em críticas aos comportamentos formulados pela sociedade machista de ‘ser masculino’ e ‘ser feminino’, que são produtores de sofrimento e adoecimento às mulheres. As propostas que se iniciaram tinham por base o se utilizar das relações entre homens e mulheres como suporte na elaboração e avaliação de políticas de saúde para a mulher, uma vez que a condição da mulher enquanto sujeito de direito, vai para além de questões reprodutivas (BRASIL/POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER, 2007).

Nessa perspectiva, a discussão em torno da saúde da mulher culminou na criação pelo Ministério da Saúde em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que, segundo Aquino (1999), foi um grande marco histórico no que diz respeito aos direitos da mulher no campo de políticas públicas de saúde. O programa tinha por objetivos, executar as ações:

- As ações destinaram-se, prioritariamente, à promoção da saúde das mulheres e não apenas de seus filhos;
- As mulheres interferiram em seu planejamento, implantação e acompanhamento;
- Incorporou-se o direito à regulação da fertilidade como um direito social;
- Ampliou-se a visão de integralidade, presente nas formulações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassava sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística de saúde;
- Enfatizava-se a dimensão educativa, pretendendo-se alterar valores e práticas de saúde de caráter sexista;
- Buscava-se romper com a perspectiva de programas verticais centralizados para incorporar a proposta de ações programáticas, de caráter

horizontal e descentralizado, advindas das proposições da Reforma Sanitária (AQUINO, 1999, p.166).

E por principais propostas:

1. Prestação de Assistência ginecológica a fim de enfrentar doenças do aparelho reprodutivo, incluindo o controle de câncer, de mama, de cólo de útero e das doenças sexualmente transmissíveis – DST e AIDS;
2. Melhorar a assistência à mulher gestante nas fases do pré-natal, parto e pós-parto;
3. Promover o planejamento familiar, a partir do acesso aos meios contraceptivos, bem como auxiliar a mulher em casos de infertilidade e
4. Desenvolver ações de caráter educativo em saúde para propiciar à mulher conhecer seu próprio corpo e sexualidade (AQUINO, 1999, p. 168).

O 1º Encontro Nacional de Saúde das Mulheres, em 1984, também foi importante conquista, assim como a Comissão Nacional de Estudo dos Direitos da Reprodução Humana em 1985 e em 1986 a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher em proposta de uma nova política de saúde.

Embora se veja avanços neste percurso, as ações de promoção à saúde da mulher com viés de gênero e olhar integral as questões que perpassam a sua saúde, se concretizaram de maneira mais eficiente a partir dos anos 2000, tendo sido a década de 1990 marcada pelas privatizações e menor financiamento público em políticas sociais. Segundo Hirata (1997a) este foi importante fator que contribuiu para a negligência ao processo de adoecimento em mulheres, para a autora, processo este diretamente ligado ao mundo do trabalho.

Tendo sido então a década de 2000 crucial ao desenvolvimento de políticas de saúde para mulheres brasileiras, foi no ano de 2002 que se criou a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (SEDIM), do qual se transformou em 2003 em Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM) (AQUINO, 1999).

Como orientadora das ações do Estado no combate aos problemas que se apresentam, as políticas para as mulheres ficam ao encargo de serem coordenadas pela então Secretaria de Políticas para as Mulheres que enquanto coordenadora, deve articular os órgãos, organizar os trabalhos, acompanhar e avaliar os resultados.

O ano de 2003 foi marcado com a entrada da perspectiva de gênero nas discussões sobre a saúde da mulher de maneira mais efetiva, sendo identificado a necessidade

de se articular com outras áreas técnicas a atenção à saúde às mulheres rurais, indígenas, presidiárias, com deficiência, lésbicas, e ainda ampliando a participação desses grupos de mulheres nos espaços de discussão sobre seus direitos. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, também foi elaborada em 2003 pelo Ministério da Saúde. Sua finalidade era: “organizar redes integradas de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, articulando ações de prevenção às DST/AIDS e às hepatites, promovendo o empoderamento feminino e a não repetição desses casos” (BRASIL, 2006, p. 5).

Tal avanço se estendeu ao ano de 2004 com a realização da 1ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (1ª CNPM), onde participaram cerca de 120 mil mulheres na elaboração do I Plano Nacional de Políticas para Mulheres (I PNPM). O Plano expressava a concepção de políticas articuladas na perspectiva das relações de gênero, com a iniciativa clara de superação do enfoque biologicista, buscando assim, ampliar o conceito de saúde integral adotando práticas em saúde que englobam diversos fatores. Também revelou o Plano que a saúde integral da mulher se constituía em uma das necessidades essenciais da população feminina, embora, a saúde reprodutiva ainda permanecesse como evidência ao se tratar de saúde da mulher, não sendo aqui contemplados o processo saúde-doença em sua totalidade. Com principais prioridades, o I PNPM trouxe:

1. Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro;
2. Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres;
3. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem qualquer forma de discriminação;
4. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005, p.16-17).

Em três anos novas questões acerca dos direitos das mulheres no campo da saúde surgem em pauta. Para dar direcionamento a tais necessidades, em agosto de 2007 ocorreu a 2ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (2ª CNPM) com a participação de cerca de 200 mil mulheres na elaboração do II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (II PNPM). No que se refere à saúde da mulher, este propunha:

- Promover a atenção à saúde das mulheres no climatério;
- Estimular a organização da atenção às mulheres, jovens e adolescentes com queixas ginecológicas;
- Estimular a implementação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos, jovens e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, respeitando os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, especialmente entre as mulheres negras e indígenas, incluindo a atenção ao abortamento inseguro, de forma a reduzir a morbimortalidade materna;
- Reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e a mortalidade por câncer de mamas na população feminina;
- Promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais;
- Estimular a implantação da Atenção Integral à Saúde das Mulheres, por meio do enfrentamento das discriminações e do atendimento às especificidades étnico-raciais, geracionais, regionais, de orientação sexual, e das mulheres com deficiência, do campo e da floresta e em situação de rua;
- Fortalecer a participação e mobilização social em defesa da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Propor alterações de legislação com a finalidade de ampliar a garantia do direito à saúde, contemplando os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007, p. 39).

Embora sua criação tenha sido em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde, redirecionou a atenção básica para uma prática em saúde que tende a aproximar a família às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. A assistência à mulher é incluída neste modelo de saúde proposto na atenção básica com enfoque de integralidade (SOUZA *et al*, 2005).

O mais recente Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM), de 2013, formulado pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR) em parceria com o Comitê de Monitoramento e Articulação do PNPM e Conselheiras do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, reafirma os princípios orientadores da Política Nacional para Mulheres; sendo eles:

- autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida;
- busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens, em todos os âmbitos;
- respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação;
- caráter laico do Estado;
- universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado;
- participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas;
- transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas (BRASIL/PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 2013).

A construção do PNPM 2013-2015 foi pautada em “um novo jeito de fazer política pública: a transversalidade” (BRASIL, 2013, p. 10). É neste viés que o conjunto de

ações e práticas políticas e governamentais se estruturam no cenário atual onde dentre as principais reivindicações são as construções de creches e o enfrentamento radical à violência contra mulheres. Vale ressaltar aqui, que no plano de ação do campo “Igualdade no mundo do trabalho e autonomia econômica” do PNPM 2013-2015 está previsto: “1.3.1. Ampliar a construção e o financiamento de creches e pré-escolas públicas, nos meios urbano e rural, priorizando a educação de qualidade em tempo integral” (p.17).

No que diz respeito ao “Enfrentamento de todas as formas de violência contra mulheres”, presente no capítulo 4 do PNPM 2013-2015, faz-se importante trazer aqui as linhas de ações previstas, das quais a elas se integram diversas ações pontuais por objetivo geral a redução dos índices de violência contra mulheres. São as linhas de ação:

- 4.1. Ampliação e fortalecimento da rede de serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência.
- 4.2. Promoção da implementação da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 – Lei Maria da Penha.
- 4.3. Fortalecimento da segurança cidadã e acesso à justiça às mulheres em situação de violência.
- 4.4. Enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres.
- 4.5. Promoção da autonomia das mulheres em situação de violência e a ampliação de seus direitos (BRASIL/PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 2013, p. 44).

Sobre isto, não se pode deixar de enfatizar que de acordo com a Organização Mundial de Saúde, o Brasil está dentre os dez países com maior índice de homicídio feminino. A Lei 11.340 de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, foi o principal mecanismo de coibição de violência contra mulheres, uma vez que a grande maioria dos atos de violência são praticados por companheiros, ou por aquele com quem houve algum envolvimento afetivo; o que nos faz remeter ser esta prática fruto do modelo patriarcal, onde se subordina a mulher ao ciclo de dominação e exploração. Nas disposições preliminares da Lei Maria da Penha, diz o art. 1º:

Art. 1º Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2008, p.15).

Como fator de adoecimento de mulheres no Brasil, a violência doméstica tem sido alvo de ações que adentram ao território internacional com a ampliação das atividades da Central de Atendimento à Mulher através do Ligue 180; mecanismo do qual mulheres brasileiras que vivem no exterior podem recorrer se sofrerem quaisquer formas de violência, inclusive relacionada ao tráfico de pessoas, também previsto no PNPM 2013-2015 a ser combatido. Dados do PNPM-2013 dizem já terem sido realizados mais de 3 milhões de atendimentos através do Ligue 180, desde a sua criação. De acordo com o Supremo Tribunal Federal a perspectiva é de que o Ligue 180 se torne uma central de denúncias, como canal efetivo de articulação no atendimento às mulheres que tenham sofrido violações no âmbito da violência doméstica (BRASIL/PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 2013).

Importante instrumento no campo da saúde direcionado à violência doméstica, é a Lei 10.778/2004 que obriga os serviços de saúde a notificarem os casos de violência doméstica e sexual contra mulheres que forem atendidas nas unidades de saúde, nos prontos atendimentos e redes hospitalares. A ideia é que se crie uma rede de informações, para que o governo situe suas ações de enfrentamento de forma mais exata e pontual.

De acordo com Lima e Deslandes (2014) durante a década de 2000 as políticas e planos elaborados com foco na violência resultou em saldo positivo para o desenvolvimento de novas diretrizes futuras; embora ainda não haja reconhecimento por parte da sociedade do caminho que se percorreu. Tal fator pode se dá pelo fato do tema violência ter sido reconhecido como problema de saúde pela Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde, tardiamente, apenas em 1993; sendo que ações com foco específico de enfrentamento a violência, surge apenas em 2000 com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), da qual não tinha por prioridade a violência contra mulheres.

Ainda segundo as autoras, apenas em 2002 é que o Ministério da Saúde (MS) reconhece violência como problema de saúde, e institucionaliza a área técnica de saúde da mulher no organograma do MS. Os avanços no decorrer da década com a elaboração dos Planos Nacionais de Políticas para Mulheres, modificações legais nos conceitos de violência sexual com alteração no Código Penal Brasileiro, a articulação

dos aspectos jurídicos de atendimento a violência sexual com a ampliação do número de delegacias especializadas de atendimento à mulher, deu à questão da violência contra mulheres maior notoriedade através da demarcação dos espaços que foram se construindo ao entorno da assistência à mulher.

Vale ressaltar também que a introdução do conceito de Redes Integradas de Atenção às Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência pela Área Técnica de Saúde da Mulher em 2006 foi de grande importância para que se orientasse as ações nos territórios e redes intersetoriais. Merece atenção a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento e a Anticoncepção de Emergência (AE) lançadas em documento pelo MS, mas que sofreu e ainda hoje sofre forte rejeições, inclusive pelos profissionais de saúde, que segundo Lucena (2010), 70% deles são mulheres e do universo de pacientes atendidos por elas nos serviços de saúde, 80% são mulheres. Ou seja, as práticas em saúde necessariamente devem contar com o fator gênero.

Na visão das autoras os avanços, embora cruciais, ainda são insuficientes. Falta sensibilização e olhar atento por parte dos gestores públicos às questões que envolvem à assistência à mulher, de maneira que se implemente políticas que se cruzem com todos os mecanismos que darão suporte integral a esse sujeito. Afirmam que “a capacidade de oferecer atenção integral necessita de urgente expansão e mecanismos para sua sustentabilidade” (2014, p. 794).

Nesse sentido, ainda se observa a falta de ações e programas por parte do Governo Federal que assistam à saúde da mulher com perspectiva intersetorial e sob a ótica das relações sociais de gênero. Ao escrever que “a saúde, a doença e as vulnerabilidades sociais estão articuladas de formas múltiplas e diferenciadas, expressando-se nas políticas sociais” (p.72), Fátima Lucena (2010) diz que o enfrentamento de causas que levam mulheres ao adoecimento demanda por mudanças na estrutura de poder que organizam o Estado, indo para além de competências da saúde pública e políticas sociais de forma geral. Nesse sentido, acredita-se ser as políticas públicas importantes aliadas a um processo de mudança e se constituem suportes na prática da promoção de saúde à mulher, considerando não somente suas questões particulares de cunho biológico, mas seu ser enquanto sujeito social e político.

2.3 A SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA: RELACIONANDO A SAÚDE DO TRABALHADOR E O TRABALHO FEMININO

A chamada jornada de trabalho extensa ou extensiva vivida por mulheres, é explorada por diversos autores dedicados aos campos que contemplam o estudo das relações de gênero. Tal jornada de trabalho diz respeito à sobrecarga posta sobre as mulheres legitimada pela divisão sexual do trabalho, onde além de exercerem atividades profissionais no mercado formal, as tarefas laborais domésticas permanecem sendo realizadas predominantemente pelas mulheres, se configurando exercer em casa outra jornada de trabalho com os afazeres domésticos. Além disso, o papel de cuidadora, exercido quase em exclusividade por mulheres, tem aumentado no contexto atual com o crescimento da expectativa de vida da população; ou seja, a mulher cuida da sua casa, dos filhos, do marido, muitas vezes dos netos, e ainda como trabalho formal exercem o cuidado de idosos, crianças ou sujeitos que demandam de algum cuidado especial. Na visão de Carloto (2001) este é, considerado fator de adoecimento em mulheres na atualidade.

Para Di Ciommo (2007) as mulheres têm de conciliar as dimensões produtiva e reprodutiva que, embora sejam complementares, muitas vezes são contraditórias e reforçam a discriminação que muitas mulheres pobres e com filhos pequenos vivem. Sorj (2010) aponta que a ideia de cuidado está associada ao modo como se relaciona a mulher no mundo do trabalho e à domesticação; trata-se de englobar a forma de trabalho não pago dedicado aos membros da família e o trabalho pago feito para os outros. A forma de cuidado vista como tarefa essencialmente feminina compromete a saúde e projeto de mulheres, que ao cuidarem do outro, deixam de cuidar de si.

De acordo com Pinheiro *et al* (2002), as doenças que acometem as mulheres brasileiras estão em sua maioria relacionadas ao processo de trabalho vivido por elas. Para os autores, os fatores estresse, infelicidade, pressões no trabalho, obesidade, condições ruins de trabalho, longas jornadas e sobrecarga, são cruciais ao desencadear do processo de adoecimento.

Hirata (1997b) afirma ser o processo de adoecimento de mulheres no mundo do trabalho negligenciado e as doenças adquiridas nesse espaço são tratadas como sem importância. Nos estudos de Carloto (2006) as doenças relacionadas ao trabalho que

mais tem afetado mulheres são: problemas na coluna, respiratórios, de surdez e de vista, lesão por esforço repetitivo (LER), fadiga, estresse, depressão, transtornos mentais e problemas gástricos.

No estudo de Salim (2003) sobre doenças do trabalho, LER/DORT vem se expressando cada vez mais na vida das mulheres trabalhadoras. Ao compreender as determinações da LER/DORT no contexto de processo saúde-doença como processo social resultante do desgaste do trabalho, Salim afirma o caráter epidêmico que LER/DORT se caracteriza, com relação direta ao processo de exclusão social e segregação ocupacional.

De acordo com a Comissão de Reumatologia Ocupacional - CRO (2011) LER ou DORT não são diagnósticos etiológicos, mas se tratam de uma denominação genérica em forma de sigla que significa respectivamente, 'Lesão por Esforço Repetitivo' e 'Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho'. Na "Cartilha para Pacientes"¹¹ de 2011, formulada pela Comissão de Reumatologia Ocupacional, explica que trabalhadores na década de 1980 que eram submetidos a intensas jornadas de trabalho, muitas associadas à baixa remuneração, ergonomia inapropriada e ao estresse, passaram a apresentar vários sintomas heterogêneos, dos quais foram reunidos em uma sigla arbitrária (LER, e depois, DORT) quando, de fato, representavam muitas doenças, com causas, mecanismos e tratamentos diferentes.

Com o aumento dos casos de trabalhadores afastados dos postos de trabalho, outros fatores passaram a ser analisados na relação com LER/DORT. No modelo biopsicossocial, fatores sociais, econômicos, estresse, insatisfação no trabalho, problemas pessoais, ansiedade e depressão, passaram a ter importância, já não menos importante que os fatores mecânicos de lombalgia, repetição, força e posturas.

Tratada não como doença, mas como um "grupo de afecções do sistema musculoesquelético" (CRO, 2011, p. 10), os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) se refletem na vida das mulheres trabalhadoras cada vez mais intensa, pois em sua maioria, as mulheres se submetem a dor e estado

¹¹ Conteúdo coordenado pela Sociedade Brasileira de Reumatologia. Disponível em: ><http://www.reumatologia.com.br/PDFs/Cartilha%20Ler%20Dort.pdf><.

de sofrimento por anos, fruto das impossibilidades do meio de se reverter a lógica de sustento e cuidado.

Para Laurell e Noriega (1989) se torna possível analisar os impactos do ambiente de trabalho e da forma de organização do trabalho a partir da determinação histórica e social do processo saúde-doença. Salim (2003) afirma que no caso de LER/DORT: “O caráter social do processo saúde-doença e de sua determinação possibilita, diante de suas diversas patologias, entender suas manifestações de forma concreta, isto é, em seus aspectos multifáticos remetidos às condições organizacionais” (p.13).

O autor relaciona a incidência de LER/DORT em mulheres trabalhadoras devido às condições precárias de trabalho; reflexo da “reestruturação produtiva”, da exploração da força de trabalho, alargamento do setor informal, trazendo por consequência agravos à saúde do trabalhador.

Ao falar sobre a reestruturação produtiva e as mudanças que elas acarretam na organização do trabalho, Carloto (2006) afirma sofrer as mulheres maior impacto em sua saúde, em virtude do modelo de flexibilização que novas empresas, em que se predomina trabalhos com péssimas condições e instáveis, empregam sobre seus funcionários.

A dita flexibilização, é segundo Hirata (1997b) justamente as variações de um sistema econômico em todas as suas dimensões, ou seja, a divisão técnica do trabalho, as formas de produção, os costumes e práticas contratuais, a estrutura organizacional, desregulações, são fatores partes deste sistema que focalizam a variabilidade do empregado. Por consequência a esta lógica, vê-se um elevado nível na taxa de desemprego, com consequências mais severas ao ser feminino de acordo com Carloto (2006) que, ao analisar a situação de mulheres no mercado de trabalho, afirma ser a exploração da força de trabalho feminino fator de adoecimento nas mulheres.

Para Hirata (1997b) o acelerado crescimento econômico e industrial em que o Brasil viveu a partir da década de 1980, levou à maior participação da mulher no mercado de trabalho, elevando a permanência da mulher no mercado, porém, este veio acompanhado de exclusão social, segregação, aumento da violência nas áreas

urbanas, onde se alocaram as indústrias, transformando também a estrutura de família brasileira.

Ao explicar a permanência da mulher no mercado de trabalho, Bruschini (1998) aponta quatro fatores, a necessidade econômica das famílias de ter a renda da mulher como complemento, a crescente urbanização que obriga a empregabilidade de novos trabalhadores, a mudança nos padrões de comportamento e valores quanto ao papel social da mulher e a queda da taxa de fecundidade. A expansão da escolaridade e o acesso da mulher às universidades foi influenciada por estes fatores na visão da autora, que também afirma, que a ideia de mulher reprodutora, responsável pelo lar e filhos, sempre estará no pensamento da sociedade, refletindo então a condição do gênero, como a análise de ser muito mais elevado o número de mulheres que trabalham em casa se comparado aos homens. O trabalho em domicílios seja como doméstico ou trabalhadoras autônomas, demarca a presença da desigualdade de gênero no mercado de trabalho brasileiro. Esta concentração segundo Bruschini (1998) facilita a compreensão acerca do processo de adoecimento em mulheres diferenciado de como ocorre nos homens.

Em “A Saúde da mulher e o meio ambiente do trabalho” (2007) de Ana Maria Torres, fica clara a visão da autora de que a dificuldade da mulher adentrar ao mercado de trabalho ainda é fruto dos papéis sociais atribuídos a ela de exercer o cuidado com afazeres domésticos e família. Na mesma lógica de pensamento das autoras referenciadas acima sobre o crescimento da mulher no mercado de trabalho, Torres (2007) afirma ser este crescimento marcado pela desigualdade de gênero, vez que mulheres correspondem a maior parte da população, possuem maior nível de escolaridade se comparado de modo geral com relação aos homens segundo as pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e quando se analisa a posição que ocupam no mercado profissional, e o rendimento médio, mulheres continuam em desvantagem, mesmo se utilizando do parâmetro de escolaridade, considerado pela autora o mais importante fator de emancipação da mulher.

No estudo empírico de Torres (2007) em uma indústria de São Paulo para se analisar a jornada de trabalho da mulher, constatou-se que a estimativa de uma mãe de dois filhos, empregada, em dupla jornada de trabalho – considerando ser jornada de trabalho aqui a mulher que trabalha fora e também dentro de casa -, trabalha por

semana 101 horas. A mulher com três filhos ou mais, trabalha ao dia cerca de 15 horas, não incluindo aqui a disponibilidade para o choro das crianças ou necessidades imprevisíveis.

A exigência de produção em forma de metas empregado pelas empresas colaboram aliado a dinâmica de vida em que mulheres vivem a um processo de adoecimento. A pressão no trabalho em se produzir, o medo de engravidar e ao retornar da licença-maternidade ser dispensada pela empresa, o receio de julgamentos dos próprios colegas de trabalho, inclusive por mulheres, as modificações fisiológicas causadas por uma gravidez, e também causada por um estilo de vida sem a prática de exercícios físicos e alimentação coerente, as dificuldades familiares, desejos reprimidos, necessidades não sanadas, dentre outros, são importantes e significativos fatores que contribuem ao processo de adoecimento de mulheres trabalhadoras na visão de Torres (2007), além de fatores causados pela própria empresa que utilizam substâncias químicas que comprometem a saúde desta mulher, a falta de equipamentos e recursos adequados no caso de espaços de trabalho caracterizados como insalubres e de periculosidade.

A proposta em se ganhar dinheiro sem sair de casa tem crescido bastante segundo Torres, porém, um fenômeno associado a isto é a falta de proteção que muitas mulheres que exercem trabalhos informais se submetem aos termos da previdência social e do respaldo que deixam de ter no caso de adoecimento.

A Organização Internacional do Trabalho – OIT até 1950 visava proteger a mulher no mercado de trabalho apenas com a proibição de algumas atividades. A promoção da igualdade do homem e da mulher no acesso ao mercado de trabalho é visto em um modelo mais recente pela OIT a partir de 1950.

A Organização das Nações Unidas – ONU, em 1979 elaborou uma Convenção sobre “Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher”. Outras convenções e diretivas que dispõe sobre igualdade de tratamento no acesso ao emprego, formação, promoção profissional e condições de trabalho, asseguram o princípio da igualdade entre homens e mulheres no mercado de trabalho, a fim de garantir a igualdade no trabalho. Porém, na visão de Torres (2007) um longo caminho deve ser percorrido a fim de que os direitos conquistados não se percam e de fato se

efetivem os já alcançados, pois o contexto socioeconômico não contribui à sua ampliação. O caminho apontado pela autora para promover novos direitos trabalhistas da mulher é a tendência de normas com caráter coletivo. A atuação de sindicatos neste sentido se faz fundamental em negociações coletivas na luta por igualdade de oportunidades entre os homens e as mulheres no mercado de trabalho.

As reivindicações referentes às mulheres em pauta nas negociações coletivas prendem-se a questões de família, casamento, gestação, aleitamento, maternidade e cuidado com os filhos. Aspectos mais restritos sublinhados por feministas se destinam a discriminação das mulheres na ordenação e na manutenção do emprego. Na análise de Torres (2007), as próprias questões que surgem nas negociações sindicais¹² perpassam a condição de reprodutora da mulher.

No balanço de Torres (2007) sobre a falta de proteção trabalhista à mulher, são apontados:

- As mulheres têm menos acesso aos direitos trabalhistas;
- Há mais mulheres do que homens sem carteira assinada;
- Há mais mulheres do que homens nos trabalhos de meio período e nos feitos em casa;
- De cada 100 mulheres assalariadas, 18 são empregadas domésticas; destas últimas, só duas têm a carteira profissional assinada;
- Muitos deveres não são cumpridos pelos empregadores, como banheiro no local de trabalho rural e berçário para crianças de até seis meses. (TORRES, 2007, p. 113).

Tais fatores foram analisados por Torres (2007) à luz do contexto de trabalhadoras que se inserem no mercado formal, e identifica como atrasada a leis trabalhistas, inclusive a Medicina do Trabalho que prejudicam as mulheres. Sua manifestação é justificada pelo argumento de que uma mulher só é atendida em um serviço de saúde apresentando queixa de LER ou estresse, em primeiro lugar, pelo médico do trabalho apenas se estiver registrada no emprego, e em segundo, se a mesma provar que sua LER ou estresse têm como causa as condições de seu ambiente de trabalho. Aquelas mulheres que exercerem atividades informais, sem contrato ou carteira assinada, não possuem garantias trabalhistas e conseqüentemente não terão suas doenças

¹² A autora faz referência as três centrais brasileiras: CUT, CGT e Força Sindical; onde se acentuou a participação da mulher em atividades sindicais ao longo da década de 1980. (Torres, 2007).

reconhecidas como doença do trabalho. Nesse sentido, as donas de casas estão desprotegidas e têm suas queixas ignoradas nos serviços de saúde.

Assim como Salim (2003), Torres (2007) afirma a característica de LER como epidêmica entre as mulheres. A cada dez pessoas com LER, oito são mulheres, segundo a autora que aborda o assédio sexual e pressão por mais produção como fatores que aliados às exigências de condições de trabalho agressivas, repetitivas, em ritmo intenso, desencadeiam a LER.

O estado de desgaste extremo ocasionando o aparecimento de doenças e seu agravamento, representa na contemporaneidade, talvez principal mal provocado pelas condições de trabalho. O estresse está sempre associado ao surgimento de LER e outras doenças, como depressão, problemas de estômago, fadiga crônica, que em sua maioria, não serão tratados inicialmente como problemas associados ao ambiente de trabalho (TORRES, 2007).

Em se tratando de mulheres, o estresse piora a tensão pré-menstrual, alterando o fluxo menstrual e o desejo sexual, podendo causar vaginismo, displasia mamária e abortamento espontâneo, além de prejudicar seu rendimento no trabalho. O desgaste físico excessivo, fruto do cansaço do trabalho doméstico e do trabalho fora de casa; o assédio sexual no ambiente de trabalho, a impunidade, ameaças e constrangimento relacionados a este fator; agressões contra as especificidades do corpo feminino, como estabelece algumas empresas tempo para uso do banheiro; a interrupção do período de amamentação, falta de berçário e creche e trabalho repetitivo e isolamento são os principais fatores apontados por Torres (2007) como os que provocam estresse nas mulheres trabalhadoras.

Por falta de conhecimento e informação, muitas mulheres permanecem com sintomas e queixas e relacionam suas doenças a alguma fraqueza pessoal ou doenças hereditárias. No quadro 3 abaixo formulado por Torres (2007) se observam as principais doenças em mulheres causadas pelo trabalho:

Quadro 3 – Doenças bem visíveis causadas pelo trabalho

Doenças decorrentes de postura, esforço e ritmo acelerado	Trabalhar em pé, parada, fazendo grande esforço muscular.	- Varizes nas pernas, inchaço nas pernas, dores nas articulações
---	---	--

	Esforço físico, tarefas pesadas e monótonas.	(joelhos, tornozelos). - Câimbra, cansaço, hérnia de disco. - Abortamento espontâneo, parto prematuro, bebê de baixo peso ao nascer.
Doenças decorrentes de exposição a ruído e a produtos químicos	Exposição a ruído. Exposição a produtos químicos na cidade e no campo, como: solventes, estireno, rayon, viscoso, hormônios, chumbo, mercúrio, manganês, pesticidas, herbicidas	- Perda auditiva, estresse. - Abortamento espontâneo, esterilidade, distúrbios hormonais. - Parto prematuro, bebês malformados, alterações menstruais, diminuição do desejo sexual e da fertilidade. - Dermatoses, asma ocupacional, alergia, câncer infantil.
Doenças relacionadas com a organização do trabalho	Pressão da chefia, autoritarismo, humilhação, impedimento de ir ao banheiro, assédio, desvalorização do trabalho. Exigências desconhecidas e inacessíveis relacionadas com qualidade total e nova organização do trabalho e produção, competição, individualismo e falta de solidariedade.	- Angústia, depressão, insônia. - Medo de perder o emprego, alterações menstruais. - Aumento da tensão pré-menstrual, displasia mamária. - Distúrbios digestivos, infecções urinárias repetitivas, intestino preso (prisão de ventre). - Medo de não saber, sensação de incapacidade, frustração. - Sensação de vazio e de inutilidade.
Doenças decorrentes de trabalho na área de saúde	Exposição a fungos, vírus, bactérias no contato com pacientes. Levantamento de peso no trato com pacientes.	- Doenças infecciosas em geral. - Problemas de coluna e musculares.
Doenças decorrentes do trabalho rural	Exposição a umidade, calor, animais peçonhentos, agrotóxicos. Carregar peso (carregar água e lenha), trabalhar levantando e abaixando o corpo, trabalhar por produtividade (cortar toneladas de cana, apanhar caixas de laranja), lidar com animais grandes e ferramentas desproporcionais.	- Gripe, reumatismo, insolação, desidratação, intoxicação envenenamento e necroses de tecidos por peçonhas. - Problemas de coluna e de varizes, cortes e outros ferimentos.

Fonte: Torres, 2007, p. 117.

Alguns estados possuem o Programa de Saúde dos Trabalhadores e Centros de Referência da Saúde do Trabalhador, porém aquelas mulheres que não exercem atividades formais, como já abordado aqui, não terão garantido atendimento nesses serviços, por estarem desprotegidas legalmente.

Uma questão que surge na discussão da saúde do trabalhador é o papel da ergonomia nos postos de trabalho. Para além de se prevenir doenças, a ergonomia tem por objetivo promover o bem-estar no trabalho ao buscar adaptar o trabalho às exigências fisiológicas e psicológicas do ser humano trabalhador. Tal prática de acordo com Etienne Grandjean (1980) pode detectar riscos e desenvolver métodos que vão assegurar um mínimo de bem-estar ao trabalhador. No caso das trabalhadoras que lidam diretamente com o elemento 'postura' que causa dor, por exemplo, podemos verificar no quadro elaborado por Grandjean (1980) relações possíveis entre posturas impróprias e riscos de dores ou moléstias.

Quadro 4 – Posturas impróprias e problemas de dores

POSTURAS:	RISCO DE DORES OU MOLÉSTIAS
Em pé e imóvel	Dores nos pés e nas pernas, varizes; musculares extensivas às costas;
Sentado sem encosto	Dores nos joelhos, pernas e pés;
Assento muito alto	Dores nos ombros e na nuca;
Assento muito baixo	Dores lombares, cansaço, artrose, artrose da coluna vertebral;
Tronco curvado (de pé ou sentado)	Dores nos ombros e braços, periartrites nos ombros;
Braços estendidos sobre o plano horizontal	Dores nos braços;
Conversão de utensílios ou de comando próprios	Peritendinites.

Fonte: GRANDJEAN, 1980.

Frente as queixas de dores que se apresentam, os métodos ergonômicos buscam examinar a carga de trabalho e propor no ambiente de trabalho medidas que visem a minimizar o surgimento de novas doenças.

Outra questão que merece atenção é o absenteísmo-doença em mulheres. No estudo feito por Nogueira e Azevedo (1982), por três períodos seguidos (um ano, quatro e

cinco anos), verificou-se que trabalhadores do sexo masculino apresentaram nas três coortes valores de absenteísmo-doença inferiores aos apresentados pelo sexo feminino. Observou-se que mulheres apresentam 6,3 mais doenças ósteo-articulares que homens; 1,75 vezes mais doenças digestivas e 1,37 mais doenças respiratórias. Ou seja, trabalhadoras mais faltam ao trabalho por motivo de doença do que homens, e segundo os autores isso se dá pela sobrecarga imposta às mulheres que ainda têm a seu cargo o trabalho doméstico.

A abordagem do gênero nas relações de trabalho na visão de Jussara Brito e Vanda D'Acri (1991) configura-se essencial, vez que homens e mulheres são expostos a condições de trabalho diferenciadas no processo produtivo (p. 201). As autoras apontam o capitalismo e patriarcalismo como determinantes no processo de opressão feminina no mundo do trabalho, destacando o trabalho doméstico como reprodutor do distanciamento da mulher do mundo social e político, contribuindo ao seu processo de adoecimento significativamente.

O estudo da saúde da mulher trabalhadora perpassa para as autoras por alguns fatores, a identidade feminina, a divisão sexual do trabalho, o trabalho produtivo e reprodutivo, e as relações entre capitalismo e patriarcalismo que se expressam segundo o gênero nas relações de produção no trabalho. O conceito amplo de saúde nesse contexto, não se delimita em aspectos biológicos, mas faz-se necessário integrar as dimensões do social e coletivo como condicionantes ao estado de saúde desta mulher trabalhadora.

Na análise sobre as condições diferenciadas entre homens e mulheres no trabalho, ao se utilizarem da reflexão de Pena (1981), Brito e D'Acri (1991) afirmam ser a divisão sexual do trabalho ponto de partida para a forma de organização do trabalho em que a mulher ainda antes do surgimento do capitalismo foi alocada. Sobre isto dizem:

A família organiza os recursos procriativos da mulher e tanto o trabalho doméstico quanto sua fertilidade consistem em mecanismos de operação de reprodução da força de trabalho e das relações sociais e, portanto, do processo de acumulação capitalista. A sujeição da mulher ao homem não se originou no capitalismo, porém, nesse sistema, tornou-se mais virulenta e devastadora na separação entre espaço público e espaço privado. As mulheres recebiam salários mais baixos que os homens, na suposição patriarcal de que parte de seus custos de reprodução estariam cobertos pelo salário dos homens. Com a expansão capitalista, novas formas de extração

de valor desenvolveram-se, utilizando-se a divisão sexual do trabalho como ponto de partida (PENA *apud* BRITO & D'ACRI, 1991, p. 203).

Ao enfatizar a divisão social do trabalho para esta análise, as autoras trazem as contribuições de Marilena Chauí (*apud* Brito & D'Acri, 1991) que diz que:

A divisão social do trabalho não é uma simples divisão de tarefas, mas a manifestação de algo fundamental na existência histórica, a existência de diferentes formas de propriedade, isto é, a divisão entre as condições e instrumentos ou meios de trabalho e do próprio trabalho, incidindo por sua vez na desigual distribuição do produto de trabalho. Numa palavra: a divisão social do trabalho engendra e é engendrada pela desigualdade social ou pela forma de propriedade (CHAUÍ *apud* BRITO & D'ACRI, 1991, p. 203).

Nesse sentido fazem crer as autoras que a divisão sexual do trabalho é fruto do processo de desigualdade formado pelo modo de produção do capitalismo, que distribui os gêneros para atividades desiguais. Chamam atenção para a alocação da mulher no trabalho doméstico como espaço privado que ao mesmo tempo em que a distancia do mundo social e político a coloca em dupla opressão. Baseado nas reflexões de Hanna Arendt, as autoras escrevem sobre espaço privado como espaço de privação e não de intimidade e privacidade. Na visão das autoras o posto de trabalho ocupado pela mulher é fator crucial no desencadear de um processo de adoecimento. Sendo homens e mulheres afetados por condições diferenciadas nos processos produtivos, o elemento gênero para as autoras influi significativamente sobre as diferentes situações que afetam as condições de saúde das trabalhadoras. Como diz Kergoat (*apud* Brito & D'Acri, 1991, p. 206):

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

Assim sendo, a mão-de-obra feminina é utilizada conforme a conveniência da dominação do capitalismo que em diversas situações cria no imaginário da mulher a indagação de “ou eu sou mulher ou eu sou trabalhadora” (BRITO & D'ACRI, 1991, p. 210), devido as severas condições que o trabalho formal assegurado pelo capitalismo, coloca sobre a mulher. Hirata e Kergoat (*apud* Brito & D'Acri, 1991) falam em um problema essencial - a do não reconhecimento como sujeitos. Sobre isto falam: “Chegamos aqui a um problema essencial e sobre o qual pode-se articular uma reflexão conjunta da psicopatologia do trabalho/divisão sexual do trabalho: trata-se da

hipótese segundo a qual as mulheres, negando o grupo, negam-se a si mesmas como sujeito” (p.211).

Para Brito & D’Acri este configura importante fator de adoecimento em mulheres trabalhadoras, a falta de valorização própria, culminando em problemas de saúde de ordem psíquica capazes de afastá-las do trabalho fora de casa, porém, dificilmente das atividades domésticas. Afirmam: “(...) a autodesvalorização enquanto sexo é ainda mais complexa (...), porque significa de certa maneira e negação de si mesma. Há nisso algo de esquizoide: a personalidade é quebrada, dividida e a dor secretada não pode não ter consequências sobre a saúde mental” (HIRATA & KERGOAT *apud* BRITO & D’ACRI, 1991, p. 211).

Nesse sentido, torna-se mais difícil o reconhecimento pelas trabalhadoras de problemas de saúde oriundos do trabalho, vez que convivem com a dificuldade de se reconhecerem no grupo sexuado enquanto sujeitos trabalhadores. A visão de Brito & D’Acri sobre o pensar a saúde da mulher trabalhadora corresponde a um caminho de mudanças nas relações de trabalho, em todos os planos da vida social, inclusive e fundamentalmente a vida familiar. Considerar a emancipação da mulher significa também evidenciar aspectos na relação saúde/trabalho ainda não explorados ou muito pouco transformados em qualidade de vida a mulher trabalhadora.

2.3.1. A saúde da mulher na atividade da pesca artesanal

“A forma como as pessoas organizam e distribuem seu tempo afeta o bem-estar econômico e social e tem impactos sobre sua família e a comunidade onde vivem”
(Cavalcanti et al *apud* Leitão, 2013).

Na pesquisa “Ações para Consolidar a Transversalidade de Gênero nas Políticas Públicas para a Pesca e Aquicultura” coordenada pela estudiosa da área de gênero e pesca, Maria do Rosário Andrade Leitão entre os anos 2010 e 2011 em cinco estados brasileiros (Santa Catarina, Pará, Pernambuco, Ceará e Paraíba), com o objetivo de analisar a divisão sexual do trabalho a partir de pescadoras artesanais em comunidades locais, constatou-se que questões como discriminação, invisibilidade na cadeia produtiva da pesca, desconhecimento de direitos sociais, dificuldades de

acesso aos serviços e equipamentos públicos, tornam o cotidiano de mulheres pescadoras ainda mais complexo no que diz respeito à mulher trabalhadora.

A autora destaca que as atividades a que homens e mulheres se dedicam na pesca, refletem claramente os papéis sociais desiguais em termos de condições e oportunidades entre os sexos. A rotina de mulheres pescadoras artesanais varia conforme os recursos disponíveis e condições ambientais expostas, tornando a profissão variável em produção e resultados.

Segundo Maneschy (1995), as dificuldades de vida que mulheres pescadoras enfrentam são muito mais impactantes do que para os homens. A subordinação feminina presente nas comunidades pescadoras destina a mulher às funções domésticas, de cuidar dos filhos, marido, cabendo a ela o papel de preparar todas as condições para que seus companheiros adentrem a alto mar, como cozinhar, costurar velas de canoas, fazer carvão, e ainda cuidar do trabalho da pesca quando não em alto mar, na preparação do pescado, limpeza, beneficiamento, comercialização, sendo muitas das vezes, a chefe da família quando seus companheiros passam dias em alto mar. Sobre isto Maneschy (1995) escreve:

A mudança da ideologia de sexo que tende a menosprezar seu papel social, deveria permitir sua participação ativa no movimento de pescadores enquanto tendo interesses que, no fundo, são comuns aos de seus companheiros, aos de todos aqueles que vivem da pesca (MANESCHY, 1995, p. 83).

O “reconhecimento de que todos têm direito ao usufruto dos bens materiais e simbólicos, à cultura, ao lazer e às oportunidades de crescimento intelectual” (p.84), é fator abordado por Maneschy (1995) ao defender a importância de se trabalhar as relações entre homens e mulheres na atividade de pesca artesanal, de modo a desconstruir a imagem de inferiorização da mulher; pois sejam elas pescadoras, esposas, filhas ou irmãs de pescadoras, no processo produtivo da pesca desempenham papel fundamental quando assumem a tarefa de criar condições para o trabalho pesqueiro e se dedicam a venda do pescado como parte final do processo produtivo. Além disso, aliado às atividades laborais, as mulheres tendem a recorrer a trabalhos alternativos, quando da pescaria não se obtém o sustento necessário para a sobrevivência da família, recebendo este trabalho relevância por complementar a renda familiar.

A falta de oportunidades e a cultura machista presente nas comunidades pesqueiras traz impactos nas condições de vida das mulheres que acabam por sofrer fisicamente e psiquicamente com a ocorrência de doenças, muitas vezes silenciosas ou camufladas em meio a dinâmica da luta pela sobrevivência, mas que ao longo do tempo poderá as impossibilitar de desempenhar as funções da pesca.

Como já se viu, a definição de saúde não é simples, pois perpassa por setores que variam a forma como os sujeitos a promovem e usufruem dela. No caso das pescadoras, os fatores de risco à saúde estão relacionados às condições ambientais e de trabalho por estarem expostos a zonas insalubres, sem segurança, proteção, os colocando em situações de vulnerabilidade (PROSENEWICZ *et al*, 2012).

De acordo com Pena *et al* (2011) um ambiente de trabalho sem materiais de proteção e higiene e recursos adequados para uma boa manutenção são fortes proliferadores de doenças. Além disso, a falta de saneamento básico nas regiões de comunidades pesqueiras, principalmente as mais distantes do meio urbano, compromete a saúde das mulheres que vivem em regiões com essas condições. O preparo de produtos com água não tratada, onde até a higiene pessoal é comprometida, contribui para que pescadores e pescadoras sejam contaminados e contraiam doenças infectocontagiosas.

Pena *et al* (2011) dizem que “os valores socioculturais das mulheres pescadoras refletem o tempo natural em que as marés influenciam a dinâmica do trabalho e outras atividades do cotidiano” (p. 388). Ou seja, a relação que a pescadora estabelece com o trabalho, o modo de vida na comunidade e a saúde são determinados no caso da pesca artesanal pelas questões ambientais. No caso de mulheres que coletam mariscos¹³ por exemplo, as condições da lua e da maré influem no processo produtivo do saber-fazer do trabalho; ou seja, a coleta dos mariscos tem nos ciclos das marés e da lua a determinação da relação com o trabalho e com o processo de adoecimento vivido por elas.

Os autores puderam constatar através de um estudo realizado na comunidade de marisqueiras na Ilha da Maré, Bahia, que a condição da lua indicava uma relação com as ocorrências de dores sentidas pelas marisqueiras, afirmam: “A convicção de que a

¹³ De acordo com Pena *et al* (2011), marisqueiras significa “mulher pescadora artesanal que centra suas atividades de extração de crustáceos ou mariscos em geral” (p.385).

lua era causa de dores representava um senso comum inscrito nos modelos explicativos de doenças existentes nas comunidades” (p. 388), tais valores na visão dos autores extrapolam valores culturais e passam a denotar sentido científico (PENA *et al*, 2011).

Em entrevista concedida a Pena *et al* (2011), uma pescadora diz: “Tudo a gente sente, tudo é através da maré. Eu mesma estou prejudicada dessa inflamação [na mão]. Não posso mais trabalhar, sinto dor de cabeça, devido a maré” (Josefá, 45 anos *apud* PENA *et al*; 2011, p. 388).

Na explicação de Pena *et al* (2011) a ampliação ou não do trabalho das pescadoras é ditado pelos significados que a lua e a maré representam no saber das comunidades tradicionais. Se a maré estiver baixa significa que existe maior possibilidade de se encontrar mariscos, pois o espaço do terreno fica mais arenoso na praia e no manguezal. Em épocas em que ocorre maior variação das marés, conhecidas como “maré-grande” há extensão da coleta, ampliando a jornada de trabalho e intensificando as atividades repetitivas tanto na extração como na limpeza e beneficiamento dos mariscos. Os ciclos das marés estão relacionados à “condição da lua” pelo fato da variação das marés estarem alinhada com o ciclo lunar, favorecendo a coleta de mariscos nas fases de lua nova e cheia.

Em fases de maior variação das marés, o trabalho se intensifica em meio a pressão social de se coletar o marisco e, desse modo, também são agravadas as dores sentidas pelas pescadoras. No estudo de Pena *et al* (2011) o maior problema de saúde enfrentado pelas marisqueiras é a Lesão por Esforço Repetitivo, conhecida como LER, como já abordado aqui. Foi constatado que a função da mariscagem exige aproximadamente 10.200 movimentos repetitivos por hora. Considerando que a jornada de trabalho das marisqueiras é estendida para além da coleta dos mariscos, continuando na limpeza e beneficiamento, são estimados em uma média de jornada padrão, 75.000 movimentos repetitivos/dia, uma vez que a jornada diária de uma marisqueira varia de dez a quatorze horas. A título de comparação, Pena *et al* (2011) fazem uma relação da atividade exercida pelas marisqueiras com a de um digitador e relatam:

[...] para a atividade de um digitador, a norma oficial brasileira, a NR 17, estabelece o limite de 8.000 toques por hora em jornada de 6 horas. Isto define o limite seguro de 42.000 movimentos repetitivos por dia, portanto,

significativamente inferior ao identificado nas atividades de extração de mariscos (PENA *et al*; 2011, p. 390).

Conclui-se portanto ao ver de Pena *et al* (2011) que as marisqueiras devem ser incluídas dentre os grupos sociais de riscos que realizam esforços excessivos e repetitivos do sistema musculoesquelético nas atividades de trabalho.

Os diferentes trabalhos desenvolvidos pelas mulheres pescadoras de acordo com o tipo de pescaria, causam agravos à saúde que são por sua vez, decorrentes dos fatores de risco a que são expostas e de agentes de ordem patológica. No caso de mulheres que catam caranguejos, por exemplo, o fato de terem de ficar mergulhadas por horas na lama, em locais de acúmulo de lixo, mangues, resíduos, se tornam alvo de doenças em consequência ao ambiente desfavorável. Rosa *et al* (2010) diz que o contágio com água contaminada, falta de roupas próprias para a atividade de coleta, poluição, ferimentos, exposição aos fatores ambientais, são os problemas mais diretos que interferem na saúde da mulher pescadora.

Outro problema recorrente em mulheres pescadoras, principalmente naquelas que mais se expõem ao sol é o aparecimento do câncer de pele. A falta de proteção, como óculos, bonés, chapéus, protetor solar, contribui para que isto se perpetue entre as comunidades pesqueiras. Associado à exposição ao sol muito quente, mas também muito relacionado a fatores físico-emocionais, o sintoma da dor de cabeça é bastante presente nos relatos de pescadoras, aparecendo muitas vezes ligado ao estado “nervoso”, como sintomas de doenças “nervosas” (PERNAMBUCO, 2011).

Para Minayo (*apud* Pernambuco, 2011) doenças “nervosas” se referem ao conjunto de ansiedades e insatisfações pelas dificuldades da vida, que podem ser refletidas em sintomas físicos, como dores de cabeça. Este é um sintoma muito comum entre as mulheres pescadoras e é acentuado no seu período menstrual, já que ao terem de lidar com a água gelada e com o gelo ficam com o corpo mais sensível, além das mudanças hormonais consideradas normais nestes períodos da mulher.

Na pesquisa desenvolvida por Bercini *et al* (2003) sobre aspectos de saúde e representações sociais em uma comunidade de mulheres pescadoras em Porto Rico, Paraná, fica evidente nos relatos das pescadoras que a dimensão psíquica do processo saúde-doença é decorrente de seu estado emocional. A noção de saúde na

visão dessas pescadoras vai para além do estado de ausência de doenças, mas associam saúde a um completo bem-estar, alegria de viver e felicidade.

Dificuldades no trabalho, conflitos familiares, preocupações econômicas e ansiedade são principais fatores para Bercini *et al* (2003) que desencadeiam o abalo emocional dessas mulheres.

Afirmam os autores que problemas como alcoolismo, infecções respiratórias, dores nas costas e pernas não são considerados pelas pescadoras como doenças. “Somente no momento em que esses problemas impossibilitam o trabalho dos indivíduos, passam a ser percebidos como doenças”, ou seja, o corpo é interpretado como um instrumento de trabalho e o indivíduo só é saudável se estiver apto, disponível e capacitado para o trabalho (BERCINI *et al*; 2003, p. 220).

Uma vez que o sustento da família depende da pescaria, a inaptidão para o trabalho da pesca causa temor entre as mulheres pescadoras que tem suas condições de saúde determinadas pela condição do trabalho.

Rosa *et al* (2010) afirmam que os riscos a que pescadoras se submetem são agravados pelas condições de vida e de trabalho, e a falta de proteção social por parte do Estado faz com que a saúde da mulher pescadora não seja assistida, não dispondo as mulheres de serviços específicos a este setor.

Prosenewicz *et al* (2012) afirmam ser um desafio a promoção de saúde para a mulher pescadora, pois muitas comunidades não contam nem com a assistência básica de saúde. Na perspectiva de Maneschky (1995) uma forma de enfrentar as precárias condições de vida é a articulação em organizações produtivas, para que ao tomarem consciência de seus direitos em coletividade, terão maior subsídios para o enfrentamento do descaso que sofre a atenção a saúde da mulher pescadora.

Conclui-se que as doenças que mais acometem as mulheres pescadoras estão relacionadas à sobrecarga de trabalho, as condições de insalubridade e periculosidade presentes em seus ambientes de trabalho. Assim, o processo saúde-doença de mulheres pescadoras perpassa pelas representações sociais e valores culturais empregados por elas em seu modo de viver em comunidade e de exercer suas atividades na pesca, além de terem o trabalho e a vida cotidiana influenciada pelo ambiente que vivem.

3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E DOENÇA ENTRE MULHERES PESCADORAS ARTESANAIS

3.1 APONTAMENTOS TEÓRICOS SOBRE A CATEGORIA “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS”

Esta pesquisa foi realizada se utilizando do tipo de estudo de abordagem qualitativa. Sobre metodologias qualitativas, Minayo (2004, p. 10) diz que são “[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Cada vez mais se vê no campo da saúde coletiva a abordagem da categoria representações sociais (RS) como referencial teórico-metodológico. A escolha em adotar a categoria representações sociais para discutir a percepção de mulheres pescadoras sobre o processo saúde-doença, se justifica no fato de ser esta, considerada uma “forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 1989, p. 36).

Nesse sentido, o conceito de Representações Sociais tem origens na Sociologia e na Antropologia e surge com Moscovici como uma crítica às teorias vigentes na época, de base positivista e funcionalista, cuja abrangência ao explicar a realidade não alcançava dimensões mais profundas como a histórico-crítica. Representações sociais aparecem pela primeira vez na obra de Moscovici, intitulada: *Psychanalyse: Son image et son public*, onde o autor busca a compreensão de como a psicanálise é ressignificada pelos grupos populares ao sair dos grupos fechados e especializados (WERBA *et al* 2002).

Com grande espaço no campo da Psicologia Social, a teoria das Representações Sociais (TRS) não recebe um conceito definitivo, pois está passível de críticas e reformulações na medida em que os estudos vão sendo aprofundados. Porém, alguns autores ao discutir seu conceito, trazem algumas definições, como Werba *et al* que definem RS como “teorias sobre saberes populares e do senso comum, elaboradas e

partilhadas coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real” (WERBA *et al*, 2002, p.105).

Moscovici, considerado o pai das RS (1981, p. 181) a conceitua como:

Um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.

De acordo com Denise Jodelet, importante autora que estuda a categoria, a construção das representações sociais traz elevada importância à vida cotidiana por ser um guia na maneira de interpretar um conjunto de diferentes aspectos da realidade. Estando presente nos discursos, carregados de palavras e mensagens, as RS transpõem o campo do senso comum para ser objeto de pesquisas científicas ao se observar fenômenos dotados de instrumentos conceituais e metodologias próprias. Sua legitimidade está justamente relacionada à importância que o “saber do senso comum” possui na vida social e “pelos esclarecimentos que traz acerca dos processos cognitivos e as interações sociais”. Desse modo, as RS podem intervir nos processos de “desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais” (JODELET, 1989, p. 5).

Como bem aborda Jodelet (1989), a abordagem das representações sociais é se referir a uma modalidade de pensamento que possui em seu caráter a elaboração psicológica e social da realidade. Desse ponto de vista, representar está ligado ao pensamento, onde o sujeito relaciona-se com um objeto, portanto, não há representação sem objeto, seja ele qual for uma teoria, um fenômeno, um material psíquico ou social, etc. A relação entre sujeito e objeto possui características específicas, como as formas de representação mental, pictórica, teatral ou política que dão visão ao objeto, ou seja, “a representação é, pois, a representante mental do objeto que reconstitui simbolicamente”; e a representação tem por aspecto o caráter construtivo e criativo uma vez que carrega a marca do sujeito e de sua atividade. (JODELET, 1989, p. 5). Com isto, Jodelet (1989, p.6) ao pensar a representação com sentido simbólico, identifica cinco características no ato de representar:

(1) Representa sempre um objeto; (2) é imagem e com isso pode alterar a sensação e a ideia, a percepção e o conceito; (3) tem um caráter simbólico significante; (4) tem poder ativo e construtivo; (5) possui um caráter autônomo e generativo (JODELET, 1989, p. 6).

Segundo Guareschi (*apud Werba et al*, 2002), na noção de RS constam elementos dinâmicos e explicativos que estão sempre presentes nos objetos e nos sujeitos, levando os indivíduos a produzir comportamentos e interações com o meio. O autor aponta para os aspectos culturais, cognitivos e valorativos que permeiam a noção de RS que possuem dimensão histórica e transformadora e, por isto se diz ser as representações, sociais.

Ao apontar as vantagens de se utilizar a teoria das RS, Werba *et al* (2002) diz ser ela capaz de descrever e mostrar uma realidade existente com grande poder mobilizar e explicativo, enfatizando assim a importância de se conhecer as representações a fim de compreender o comportamento das pessoas. Sobre isto diz:

Estudar RS é buscar conhecer o modo de como um grupo humano constrói um conjunto de saberes que expressam a identidade de um grupo social, as representações que ele forma sobre uma diversidade de objetos, tanto próximos como remotos, e principalmente o conjunto dos códigos culturais que definem, em cada momento histórico, as regras de uma comunidade (WERBA *et al*, 2002, p. 107).

Ainda segundo as autoras, o conceito de RS recebe por característica a versatilidade, por ser um conceito abrangente e dinâmico, capaz de compreender outros conceitos, possuir poder explanatório, ou seja, se aprofunda na explicação dos fenômenos e por ser o elemento *social*, constitutivo da própria teoria das RS e não algo separado, possibilitando assim, entender as dimensões da realidade, seja física, social, cultural ou cognitiva, tanto no campo objetivo quanto subjetivo.

Associada às práticas culturais, Werba *et al* (2002) dizem ter nas RS caráter dialético, diferindo-a de outras teorias, pois acreditam na possibilidade de nas RS trabalhar com as diferenças de modo que a compreensão do fenômeno investigado seja enriquecida quando analisada a realidade, uma vez que nas RS perpassam dinamicidade e historicidade.

Sobre o método de investigação das RS, não há algo exclusivo, podendo encontrá-la em abordagens de base quantitativa, qualitativa e nas duas de forma complementar.

Porém, observa-se o uso mais frequente da técnica de grupos focais, por ser o que mais se adapta ao instrumento de investigação devido a possível interação desenvolvida no grupo capaz de produzir dados talvez não identificáveis em outras situações. A aproximação da técnica de grupos focais na investigação de RS se dá devido a finalidade que o grupo focal tem de “se chegar mais próximo às compreensões que os participantes possuem do tópico de interesse do pesquisador” (MORGAN *apud* WERBA *et al*, 2002, p. 113), ou seja, no grupo focal, conduzido por um facilitador, como mais comumente chamado, têm-se a oportunidade de estabelecer troca de ideias sobre determinado tema proposto, em um período de tempo limitado, sem haver comprometimento na qualidade dos dados (se observado alguns cuidados como condução do tema proposto para que não se desvie do objeto de estudo), mas pelo contrário, pode-se em coletivo aprofundar uma discussão com fins de não somente compreender algo, mas o porquê de determinado fenômeno (WERBA *et al* , 2002).

Sobre o processo posterior ao grupo focal, os dados passam por tratamento que seguem normalmente pelas etapas de transcrição dos grupos focais; leitura do material a fim de captar os temas propostos nas diversas dimensões e, categorização dos dados retornando aos objetivos da pesquisa e expondo sua interpretação de acordo com o referencial teórico. A categorização dos dados são agrupamentos dos temas por afinidade, que serão identificados a partir das falas reveladas no grupo focal (WERBA *et al* 2002).

Portanto, para Jodelet (1989) a noção de representação social aparece de forma complexa tanto em sua definição como em seu tratamento, pois implica co-relação com os processos dinâmicos nos campos do social e psíquico, visto que ambos afetam a estrutura e evolução das representações. Sobre isto diz:

As representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais e sociais e integrando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual elas intervêm (JODELET, 1989, p. 8).

Em síntese, representação social é caracterizada como uma *forma de saber prático ligando um sujeito a um objeto*, ou seja, é sempre uma representação de alguém e de alguma coisa; seu objeto se relaciona com a “simbolização” e com a “interpretação”,

resultando significações, que constitui parte do processo de construção e de expressão dos sujeitos; “a particularidade do estudo das representações sociais é a de integrar na análise desse processo o pertencimento e a participação sociais e culturais do sujeito”, assim “todo estudo de representação passará por uma análise das características ligadas ao fato de que ela é uma forma de conhecimento” (JODELET, 1989, p. 9).

3.2 O CONTEXTO DAS MULHERES NO PROCESSO DE TRABALHO DA PESCA ARTESANAL

O trabalho é definido por Marx:

Como um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo na sua própria natureza (MARX *apud* RAIMUNDO; GEHLEN, 2008, p. 2).

Com o aparecimento do modo de produção capitalista (MPC) porém, o trabalho deixou de ser produtor do ser social, passando a ser produtor de um ser trabalhador alienado dos seus meios de produção. No modo de exploração da força de trabalho, gerador da reprodução do capitalismo e produtor da separação entre o trabalho manual e intelectual, a divisão sexual do trabalho neste contexto é reforçada, sendo importante fonte de lucro e acúmulo de riquezas ao capitalismo (BARCELLOS, 2010).

As relações de trabalho que se manifestam em forma de subordinação feminina, obedecendo ao modelo patriarcal imbricado nessa sociedade, também definem e qualificam as tarefas, os salários e a disciplina no trabalho. Na visão de Carloto (2001), as categorias de postos de trabalho são definidas por uma construção social marcada pela desigualdade de gênero, não sendo a divisão sexual do trabalho único fator que gera desigualdade, pois este fenômeno perpassa a outras esferas do social.

No caso de mulheres pescadoras artesanais, o trabalho por elas desenvolvido se insere em uma lógica de sobrevivência por meio do saber-fazer artesanal que vai na contramão do que o capitalismo impõe, o que dificulta o desenvolvimento do setor pesqueiro artesanal que tem de lidar com as grandes embarcações, com a escassez dos recursos naturais como fruto do impacto decorrente do desenvolvimento econômico, falta de oportunidades e alternativas, falta de proteção social e frágil expectativa na continuidade da atividade de pesca frente as dificuldades impostas à vida.

Considerando que nas comunidades pesqueiras as famílias que sobrevivem da pesca, assim vivem por gerações, o saber-fazer da pescaria é repassado pelos antepassados no decorrer dos tempos como valores tradicionais, perfazendo a cultura dessas comunidades locais. Segundo Maneschy (1995), as mulheres pescadoras carregam a perspectiva de ser designada às funções domésticas, tratar do cuidado dos filhos e do marido do qual dependem dos reparos que as mulheres fazem em suas vestimentas para a pescaria, nos apetrechos dos quais necessitam para criar condições de pesca, como fazer carvão, costurar velas de canoas, redes, preparar a alimentação a ser levada em viagem quando saem para o alto mar. Nesse sentido, segundo a autora, as mulheres enfrentam muito mais dificuldade de vida em terra do que os homens, ocupando o lugar de chefes de família quando os maridos estão ausentes. Além disto, todo o trabalho de limpeza, armazenamento, estoque, comercialização e controle contábil, em sua maioria, ficam ao encargo das mulheres, as colocando em posição central no processo produtivo da pesca, que não se resume na coleta do pescado.

A busca pela sobrevivência impulsiona as mulheres a buscarem trabalhos alternativos quando a produção da pesca não gera grandes lucros, fato que vem crescendo a cada dia no contexto em que se encontra o setor de pesca artesanal em todo o território nacional. Pelo fato de não terem o nível de escolaridade que as garanta empregos formais, a alternativa é o trabalho nas casas de família como faxineiras, ambulantes e trabalhos em zonas rurais na agricultura e pecuária.

A pesca artesanal é descrita por Diegues (1988) como de pequena escala, categoria parte de um processo de trabalho baseado na unidade familiar ou no grupo de

vizinhança. De acordo com o autor, este tipo de pesca é ligado à pequena produção mercantil que se utiliza de tecnologias de baixo poder predatório realizada por produtores autônomos, que empregam a força de trabalho familiar ou do grupo de vizinhança, sendo os produtores os próprios proprietários de seus meios de produção (redes, anzóis etc.).

O autor afirma que o trabalho da pesca envolve uma dimensão para além do material e objetivo, pois a ela perpassa questões climáticas, ambientais, condições estas que relacionam a atividade a um ambiente imprevisível. Ainda escreve Diegues (1988) que a relação que o pescador artesanal estabelece com o processo produtivo da pesca, perpassam ao modo de vida em comunidade e as condições locais existentes. Nesse sentido, mulheres pescadoras desempenham atividades parte do processo produtivo da pesca, ou dele todo, como forma de sobrevivência, vez que em sua maioria, este é um saber tradicional familiar e única prática de conhecimento que produz renda para a família.

No contexto de mulheres pescadoras das comunidades pesqueiras do município de São Mateus, foram identificados a partir da coleta de dados, que das 42 mulheres participantes na pesquisa, 33 são pescadoras que desempenham a atividade de coleta do pescado¹⁴, número considerado significativo frente a realização de outras tarefas do processo produtivo considerados pelo Ministério da Pesca e Aquicultura sendo a coleta, o beneficiamento, confecção de apetrechos e comercialização do pescado.

3.2.1 As mulheres no processo produtivo da pesca

Quando abordado sobre o processo produtivo da pesca, a grande maioria das pescadoras afirmou exercer a atividade da pesca na captura do peixe. A prática de coletar mariscos como siri, caranguejo, ostra, lagosta e camarão, é parte integrante da rotina de muitas pescadoras. As pescadoras Margarida e Crisális associam o

¹⁴ De acordo com Tancredi (2002) são considerados “pescados” os organismos aquáticos como crustáceos, peixes, moluscos, anfíbios, quelônios, mamíferos e algas, desde que sejam destinados à alimentação humana.

coletar mariscos ao resultado em seus físicos; respectivamente dizem: *“As minhas unhas estão bonitinhas aqui, mas de segunda-feira em diante já é outra coisa”*; *“E as mãos ficam cheias de feridas”* (MARGARIDA; CRISÁLIS). Tal atividade exige que pescadoras nos mangues e rios fiquem em contato com a lama, e sobre isso diz Amamélis: *“Fica com lama até na cintura, quando envia o pé e a mão ficam lá”* (AMAMÉLIS).

O processo de captura exercido por muitas pescadoras obedece a interferência da maré e seus horários exatos, conhecimento prático das mulheres que desenvolvem a atividade. Sobre o fator das marés, relatam as pescadoras: *“Porque tem que ser a hora da maré, senão o peixe estraga na rede. Então tem o horário de botar e mirar, é difícil”* (LÓTUS); *“Porque a maré, as ondas quebram em cima da gente, então se você não tiver conhecimento ela te joga. Na prática que sabe nadar fica no mar, mas se não...”* (AMARÍLIS).

No estudo de Pena *et al* (2011) em uma comunidade de marisqueiras na Ilha da Maré, Bahia, foi constatado que a condição da maré e da lua são parte integrante do processo de trabalho de pescadoras, pois determinam a ampliação, o êxito, a produção ou não do pescado. Carregado de significado e símbolo, os fatores ambientais em questão configuram conhecimento prático das pescadoras que encontram nos ciclos das marés relação com a condição da lua pelo fato da variação das marés estarem alinhada com o ciclo lunar, favorecendo a coleta de mariscos nas fases de lua nova e cheia.

Violeta também retrata a interferência da maré na atividade: *“Depende da maré, quando a maré esvazia você vai e pega, aí a maré vem e enche. Quando a maré tá vazia de novo você joga as redes”* (VIOLETA).

Sobre o sentimento do medo de pescar em alto mar presente em algumas pescadoras, Angélica fala que teme a água do mar, mas por necessitar do exercício da atividade por sobrevivência, enfrenta o medo e sai a alto mar em busca da captura do peixe para o sustento familiar.

A outra dificuldade que a gente encontra é na praia, para sair de barco. E aí como a gente somos medrosa para entrar dentro da água. Depois, se eu cair no mar, aí meu Deus, eu não sei nadar...tem que remar, usar qualquer recursinho, mas se cair lá né.... Aí lá no mar, tem que jogar a rede, entendeu, aí tudo isso a gente tem que enfrentar (ANGÉLICA).

Sobre as dificuldades que enfrentam as pescadoras que vão a alto mar, Lótus e Camomila dizem: *“Bota a rede, tem que esticar a rede, tem que encher o bote, mirar a rede com vários horários, tem que fazer tudo, então a gente se molha tudo”* (LÓTUS); *“A gente passa fome, fica com fome, tem que levar água, dá mosquito”* (CAMOMILA).

Na fala das pescadoras fica evidente o reconhecimento por parte delas da existência dos desafios que envolvem a atividade. O fato de terem que realizar a prática de jogar a rede em concordância com os horários da maré, torna a tarefa difícil por estarem em ambiente variável, em sua maioria, sem recursos adequados, o que as submete a riscos. Porém, o enfrentamento do fator medo e riscos existentes se dão predominantemente pelo fato da falta de alternativas e necessidade de garantir o sustento da família.

O processo de beneficiamento do pescado é segmento parte do processo produtivo da pesca que diz respeito à limpeza e aproveitamento do pescado. Este passa por um processamento preliminar que tem por objetivo a separação parcial ou total das partes comestíveis. O processamento consiste em: classificação, lavagem, descamação, descabeçamento, evisceração e filetagem (CINTRA, 2007).

A etapa de limpeza do processo produtivo da pesca é de fundamental importância ao resultado final. Um produto que conta com condições de higiene e saneamento favoráveis ao seu beneficiamento, sofre menores riscos de contaminação, o que prejudicaria na sua venda ao acontecer esta intercorrência no processo. Pescadoras afirmam que aquelas que não capturam o peixe, exercem em sua maioria a atividade de limpeza do pescado. Gérbera diz: *“A gente faz, a gente limpa camarão, limpa o peixe, ostra, siri”* (GÉRBERA). Alecrim também se manifesta sobre a atividade que realiza: *“Eu descasco camarão, e na mão, limpando tudinho pra vender melhor”* (ALECRIM).

Também relata Girassol: *“Quem não pesca, geralmente limpa peixe. O pescador pesca no mar, traz para mim beneficiar, eu limpo, eu gasto água, eu gasto energia, eu gasto com o funcionamento, com sacola e vendo a oito reais”* (GIRASSOL).

Na fala de Girassol observa-se os fatores envolvidos no processo de limpeza realizado pela pescadora. O fato de ter que a pescadora arcar com os custos dos gastos de água, energia, embalagens, contando com sua mão-de-obra e ter que vender o produto final a R\$ 8,00, é para a pescadora angustiante, por ser considerado um baixo lucro.

Outra questão que surge é o (não) aproveitamento do pescado. De acordo com Cintra (2007) existem hoje técnicas que foram desenvolvidas para se extrair do pescado o que não será de serventia comestível, e transformar esta matéria em algo de utilidade. O autor relata que o processo de beneficiamento pesqueiro, principalmente industrial gera resíduos que são descartados e impactam o meio ambiente em função da poluição do meio, do mau cheiro, e das consequências que um resíduo poluente pode causar quando lançado no meio ambiente.

Dentre as possibilidades apontados por Cintra (2007) para o aproveitamento do pescado é a confecção de couro de peixe, que pode resultar em um produto de valor comercial. A transformação da pele do peixe em couro passa por um processo de curtimento¹⁵.

Sobre o desperdício do que poderia ser reutilizado, Alecrim diz: *“Em Campo Grande, a gente tira muita ostra e a casca da ostra a gente joga tudo fora”* (ALECRIM). Também Copo de leite aponta que ocorre o não aproveitamento do peixe, quando poderia ser revertido em matéria se pudessem contar com treinamento específico para este fim, e diz:

Bom também a gente tem lá no Barra Nova, tem uma dificuldade que os barcos também pescam muitos peixes como o peroá, o baiacu, peixes que tem couro. O que a gente precisa de uma oficina na própria comunidade, é que ensinasse a gente a fazer alguma coisa. Dá para fazer alguma coisa, porque o peroá tem um couro muito bonito né, o baiacu. E a gente joga tudo fora, não aproveita nada (COPO DE LEITE).

¹⁵ Banho constante na pele do peixe em solução química em meio aquoso através de um equipamento conhecido como fulão (CINTRA, 2007).

A Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), em um documento intitulado *Codex Alimentarius* (FAO, 2009), indicou princípios a serem seguidos desde a coleta do pescado até o consumidor final, com o intuito de garantir a qualidade do pescado beneficiado, pois vários fatores podem afetar a conservação e frescor do pescado, como: o tipo da pesca, o método de captura do peixe, tempo de exposição no convés, resfriamento compatível com a matéria-prima, lavagem, grau de higiene do local do processamento, cuidados na manipulação e padronização das embalagens. No contexto das pescadoras das comunidades de São Mateus, foi observado em suas falas que nem sempre contam com os recursos necessários para garantir o beneficiamento do pescado de qualidade, como por exemplo, a falta de maquinário que facilite o processamento do pescado.

Estudos empíricos apontam que a categoria de pescadores artesanais se encontra em um cenário de difíceis condições à reprodução e manutenção da atividade. O fato de o trabalho realizado pelas pescadoras serem desvalorizados no mercado, que faz o trabalho artesanal concorrer com o de grande escala, as coloca em zona de vulnerabilidade socioeconômica.

No que se refere a comercialização do pescado, foram observados nas falas das pescadoras, ser esta a etapa de maior dificuldade que enfrentam no contexto atual. A presença do atravessador¹⁶ nas relações comerciais dos pescadores é para a categoria um empecilho ao desenvolvimento do setor, que tem o seu trabalho desvalorizado no que diz respeito ao resultado do processo produtivo.

A angústia das pescadoras frente a realidade que vivenciam acerca do valor comercial do pescado, é retratada em suas manifestações quando indagadas sobre o lucro que obtêm no resultado de seus trabalhos. Ao se queixarem da remuneração obtida do trabalho que realizam, as pescadoras expõem os valores de venda do pescado:

(...)eu vendo na porta. Meu marido trabalha de pescador. Aí estes dias eu vim no mercado aqui pra baixo. Cheguei lá, e tinha assim...muito camarão graúdo.

¹⁶ Pessoa que desempenha a função de intermediar a venda e compra do pescado. Compra a baixo custo do pescador (a) e revende para os mercados e compradores outros como restaurantes e estabelecimentos por um preço muito aquém, estabelecendo o lucro não aos que participaram de todo o processo produtivo – pescadores -, mas aos vendedores dos grandes mercados (CINTRA, 2007).

Cheguei lá tava R\$ 25, 00 reais os pequeninhos e os grandão, tudo junto. Aí eu olhei assim....nossa...e pensei...lá em casa eu vendo a R\$ 10,00, e eu separo. Separava assim, os grandes. Separava os pequeninhos só para o lado (GIRASSOL).

Porque no verão o preço do camarão custa R\$ 18,00 a dúzia. Você vai no mercado ali, é seis caranguejo R\$ 10,00 reais. Então tá R\$ 20,00 reais a dúzia. Aqui tá caro, uma coisa que eles só vêm de lá para cá, chega ali e ganha R\$ 10,00 reais. Assim ohhh...Eles não entram no mangue, não tem o trabalho de ficar enfiado para estar pegando meia dúzia (AZALÉIA).

Bruschini *et al* (2006) afirmam que o sofrimento das mulheres frente ao rendimento de seu trabalho se comparado ao dos homens é confirmado quando observados os dados que o IBGE (2004) aponta: em 2002, o rendimento médio de homens no mercado de trabalho era de R\$ 719,00 e para as mulheres de R\$ 505,90. Considerando por base a jornada integral de trabalho da mulher, estas ganham menos que os homens, ainda que trabalhem ambos por mesmo tempo.

No contexto das mulheres pescadoras, jornada de trabalho integral é expressa no conciliar das atividades domésticas com o trabalho da pescaria, conforme relatam as pescadoras: *“Aí agora a bonita aqui, vai começar... Ela que lavou roupa, já fez comida, colocou filho para escola, já beneficiou peixe, já foi no banco, já pagou conta, e agora ela tem mais uma caixa de peixe para limpar”* (LIZ); *“Aí eu vou ...depois da casa, eu limpar o peixe, lavar o peixe, picar, separar, embalar, guardar e vender. Então é pouco?”* (TULIPA).

O fato do trabalho realizado pelas pescadoras não serem valorizados implica a um processo de comercialização comprometido, gerando consequências no sustento das famílias, o que para elas gera indignação, por serem elas as autoras do produto final e em contrapartida não usufruírem lucrativamente deste de forma justa e igualitária. Este aspecto é revelado com finco na discussão e muito relacionado pelas pescadoras à presença do atravessador nas relações comerciais, de acordo com os relatos:

(...)chega o atravessador para comprar e compra baratinho, porque se não aí vai enchendo a geladeira, vai enchendo, até não aguenta mesmo. Aí você tem que comer, ou dar, ou vender barato mesmo, porque não tem outra situação, não tem outro jeito mesmo, acaba estragando (CRAVO).

(...)em relação ao caranguejo, que eles não querem o seu preço, quer pagar menos, então a gente tem que está lá no mangue se martirizando para o

atravessador que comprar pagar R\$ 10, 00 reais, se for mais o atravessador não quer (GLORIOSA).

O atravessador chega lá e pega o caranguejo, lá fora ele ganha o triplo, só para pegar o caranguejo aqui e levar para lá. Sendo que se tivesse um restaurante, por exemplo lá em Vitória que negociasse diretamente com o caçador...lá para gente seria bem mais fácil, bem melhor. A gente ia ganhar mais (ROSA).

A dificuldade é para vender, para gente lucrar mais, porque tem gente vendendo lá, e a gente vende pra comprador as vezes há R\$ 10, 00 reais. Mas falam: ah mas faz um precinho aí e tal, as vezes a gente tá necessitando daqueles R\$ 10, 00 reais e as vezes a gente vende até por R\$ 8, 00 reais, porque a gente tá necessitando daquele dinheiro e está com o camarão ali, aí as vezes a gente obriga a gente a vender por aquele preço (GÉRBERA).

Igual, quem compra na nossa mão, sai para vender a R\$ 25, 00, né... Porque com a gente também é da mesma forma, entendeu? Os atravessadores ganha muito, muito mesmo, porque quem ganha lá é o atravessador (TULIPA).

Lótus e Cerejeira também se manifestam sobre a realidade comercial do setor pesqueiro, e explicitam o processo que realizam, considerado por elas de muito valor, para serem tão desvalorizados economicamente.

O problema do pescador que vai pro mar, o problema que a gente enfrenta lá é que o camarão não tem valor, para nós entendeu? Assim....o preço do camarão é muito baixo, tipo assim, o comprador paga no camarão R\$ 2,30, não R\$ 2,20. O óleo custa R\$ 2,30. Entendeu? Porque o pescador perde R\$ 10 centavos ainda para comprar o óleo. Isso é uma dificuldade da Barra Nova. Porque é baixo o preço do camarão, porque quando eles compram, eles revendem por um preço maior (LÓTUS).

(...)tem vezes que o pescador vai lá pescar, repassa o camarão a R\$ 2,50 para o comprador. O comprador paga a gente para descascar na mão porque tem mais valor. Só que ele paga R\$ 2,00 para a gente. Ele compra o camarão a R\$ 2,50, ele gela esse camarão e paga para gente para descascar R\$2,00 reais, então em média ganha pouco, só que ele repassa no mercado aí fora mais caro. Então, tem gente que trabalha o dia todo e para fazer R\$ 20, 00 reais, R\$ 22, 00 reais no dia. Tem gente que chega lá e descasca camarão e tira R\$ 5,00 reais o dia inteiro (CEREJEIRA).

A dificuldade em gerar renda com o resultado do trabalho é sentida pelas pescadoras artesanais que disputam espaço com o grande mercado, onde a mercadoria é valorizada por sua qualidade e capacidade de vendê-la. Frente a dificuldade em comercializar o pescado por um valor justo no mercado, as próprias pescadoras apontam a câmara frigorífica como alternativa que contribuiria na valorização do produto a ser comercializado. Sobre isto contextualizam:

Porque se tivesse uma câmara frigorífica ou até um...uma como eu posso dizer...um mercado fora que faz diretamente, está diretamente vindo comprar, né, tendo o compromisso de comprar com a gente, quer dizer, igual o camarão lá fora, a gente encontra a R\$ 25, 00 reais o quilo, e a gente vende lá a R\$ 8, 00, R\$ 10, 00 reais. Então o que acontece, a gente pode estar negociando de entregar a R\$ 20, 00 reais para eles (LIZ).

(...)a gente tem gente que vende né...o pescador de marisco, pegam o peixe, as mulheres limpam, congelam esse peixe e vende na porta barato, barato porque, tem muitas mulheres que fazem isso, mas não temos assim um caminhão ou uma câmara frigorífica pra poder comprar diretamente do pescador porque o que atrapalha é o atravessador (IRIS).

Se nós tivéssemos um caminhão e uma câmara fria para nós, para a comunidade trabalhar, para a comunidade vender seu camarão, isso ia ter um preço melhor para gente (ALFAZEMA).

De acordo com Mourão (2010), a baixa renda das mulheres é influenciada pelo valor agregado ao produto que comercializam e afirma que a organização produtiva depende de infra estrutura produtiva de modo que facilite o escoamento da produção, qualificação para o gerenciamento, organização da produção, viabilidade econômica, sendo que a falta desses fatores dificulta o acesso das pescadoras ao mercado. O trabalho coletivo nesse contexto pode ser uma viável alternativa de geração de renda.

Nesse sentido, Mourão (2010) ressalta a importância dos grupos produtivos, organizações e movimentos de mulheres que as conduzem ao conhecimento dos processos que vivenciam, oportunizando a reflexão sobre suas realidades e o pensar de alternativas que sejam viáveis frente as dificuldades que encontram no processo de trabalho.

Um estudo da Sempre Viva Organização Feminista (SOF), indica que a concentração de organizações produtivas de mulheres pescadoras é predominante nas regiões Norte (18,1%) e Nordeste (54,4%) do Brasil (MOURÃO, 2010).

O Movimento de luta por autonomia e valorização do trabalho de pescadoras, tem conquistado espaço frente a organismos governamentais segundo Maneschy (1995), porém, ainda se observam dificuldades a este avanço.

A autora ressalta o Movimento Nacional de Pescadoras (MONAPE) como importante progresso na luta das mulheres trabalhadoras, ainda que este caminhe aos passos lentos, não tendo alcançado articulação com as comunidades pesqueiras em sua totalidade no território nacional. No entanto, tem adentrado ao campo político através

de fóruns de discussão que debatem a importância do papel da mulher pescadora no processo produtivo da pesca, assim como as questões de gênero imbricadas nas relações profissionais, que segundo a autora, estão presentes em todas as etapas do processo produtivo, desde a forma em como desenvolvem as atividades no lar, até a forma de organização do trabalho (MANESCHY, 1995).

No contexto das comunidades pesqueiras capixabas, o processo de organização de mulheres pescadoras ainda é marcado pela inexistência de articulação com esse fim. Poucas organizações locais são registradas no conhecimento da sociedade. De acordo com o Diagnóstico Sócio-Cultural-Econômico da População Pesqueira do litoral capixaba, realizado em 2005, (CECOPES, 2005), no município de São Mateus, 96,1% das mulheres pescadoras registradas profissionalmente, participam de grupos organizados, sendo o município da região norte mais representativo em mulheres pescadoras organizadas, seguido do município de Linhares e Conceição da Barra.

O mesmo Diagnóstico aponta a existência de cinco associações em São Mateus, formadas nas comunidades pesqueiras mais representativas, cujas mulheres se inserem por não haver ainda associação específica de mulheres pescadoras. Sendo as associações:

1. Associação de Pescadores e Associação de Pescadores e Assemelhados de Campo Grande

Fundada há 5 anos, a entidade necessita de veículo para transporte da produção. Continuar a ação da SEAP e do INSS na legalização dos pescadores. O investimento em saúde para as comunidades pesqueiras e projetos para diversificação de renda seriam ações prioritárias do Governo Federal.

2. Associação de Pescadores de Barra Nova

Existe há 6 anos e reivindica serviços de dragagem da "boca da barra". Na ótica da entidade, o Governo Federal deveria construir frigoríficos coletivos e facilitar o acesso ao crédito.

3. Associação de Pescadores de Gurirí (ASPEG)

Fundada há 5 anos, a ASPEG aponta como demandas a compra de um guincho para retirar os barcos da água, demarcação da área pesqueira, fiscalização dos barcos e das traineiras, linhas de crédito facilitadas, maior presença dos órgãos governamentais, a elaboração de projetos para a pesca e programas de saúde para as comunidades pesqueiras. A entidade pretende construir uma unidade de beneficiamento do pescado e um local para a reforma de barcos e redes.

4. Associação de Pescadores de São Mateus (APESAM)

"Comunidade Pedra D'Água". A Associação de Pescadores de Pedra D'Água existe há dois anos e trabalha com piscicultura. Das parcerias com a Petrobrás e a Prefeitura. As demandas do grupo são a expansão do negócio, a construção de unidade de beneficiamento e de estaleiro para a reforma de

barcos. Dentre as ações governamentais prioritárias, apontam o reflorestamento das margens do rio e o tratamento do esgoto.

5. Associação de Catadores de Caranguejo Nativo e Barra Nova (ACCANGAP)

A ACCANGAP existe há 4 anos. Conta com apoio da Petrobrás, Ibama e Prefeitura. O Governo Federal deveria investir em projetos de criação de peixes e repovoamento (CECOPES, 2005).

Das 42 mulheres pescadoras pesquisadas, 36 relataram participação em alguma dessas associações (dado obtido através da ficha de credenciamento), não sendo apontado participação na Associação de Pescadores e Associação de Pescadores e Assemelhados de Campo Grande. Das seis mulheres pescadoras da comunidade de Pedra D'Água, que compuseram o grupo focal 2, em sua totalidade participam da Associação de Pescadores de São Mateus (APESAM), formada por pescadores da Comunidade Pedra D'Água.

A Colônia de Pesca presente no município é a responsável pela articulação e intermediação dos pescadores com órgãos e entidades governamentais. Na falta de conhecimento sobre questões que os dizem respeito, os pescadores buscam a Colônia para obter instruções acerca de seus direitos enquanto pescador, benefícios do governo federal assim como informações sobre o INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social). Além disso, a Colônia de Pesca do município é considerada de boa estrutura em relação as demais Colônias da região e do Estado. Sobre isso, diz Amamélis: *“O secretário geral da pesca no estado do ES, ele disse que rodando pelo Brasil, a colônia que está mais bem estruturada fisicamente é a nossa colônia. Então podemos ficar tranquilas”* (AMAMÉLIS).

Embora, a referência à Colônia foi a seu sentido físico, sua organização e funções são bem desempenhadas, não havendo tido queixas sobre a representatividade da Colônia entre as pescadoras, mas ao contrário, se sentem asseguradas por ela. Sobre a presença de Associações e da Colônia de Pesca, Gérbera diz:

A colônia é um sindicato dos pescadores. Só que temos várias associações, e a colônia, representa o pescador...é uma instituição e ao mesmo tempo ela é um sindicato representativo da pesca. Então existem essas duas, a associação e a colônia (GÉRBERA).

Vista pelas pescadoras como instituição de apoio e que as representa, as mesmas buscam nelas o viés para a conquista de direitos. E dizem: *“(...)nós precisamos*

trabalhar dentro das colônias, ou dentro das associações kits para os pescadores, Muita gente vai para o mar ou para o mangue e não tem o kit de protetor solar, nem um boné, não tem nada” (CAMÉLIA). Margarida também manifesta sua opinião: *“Tem coisas gente que pode estar fazendo pela colônia, pensar em coisa para acabar com o atravessador, aquele que seja, porque existe o atravessador, então um mercado de peixe ia nos ajudar”* (MARGARIDA). Ainda são apontados pelas pescadoras novas medidas em benefício às mulheres por intermédio da Colônia ou associações, como explana Amamélis: *“Mas vamos lutar pra providenciar uma forma diferente para a saúde do pescador, essa é a nossa meta, de a gente está criando um agendamento de saúde dentro da própria comunidade, dentro da própria colônia, ou dentro da própria associação”* (AMAMÉLIS). Em meio a discussão de alternativas vistas pelas pescadoras para o enfrentamento do que se apresenta como obstáculo ao desenvolvimento de suas atividades, surge a criação de cooperativa. *“(...) precisamos de criar a cooperativa de pesca, isso ia ajudar a não perdermos mais para o atravessador”* (BEGÔNIA).

Nos estudos de Mourão (2010) a organização de mulheres pescadoras é caracterizada por serem voltadas a produção e comercialização, por encontrarem nesses grupos produtivos alternativa de fonte que gere renda, ainda que muitas associações espalhadas pelo território nacional sejam informais.

Em meio as falas das pescadoras, surgem dois posicionamentos à respeito da expectativa no setor da pesca. Aquelas que apontam falta de expectativa em permanecerem na atividade, se justificam pelas dificuldades de sobrevivência por meio exclusivo da pesca. Como aborda Rosa *“(...)tudo muda. Então ninguém quer ficar por causa do custo de vida, das dificuldades, né”* (ROSA). De encontro a expressão da pescadora Rosa de “ninguém quer ficar”, Copo de Leite se refere aos filhos que foram para a cidade buscar outras alternativas de vida e de trabalho, e diz: *“O que era dez anos atrás para o que é hoje totalmente diferente. E outra, lá os filhos de lá, estão indo para a cidade e os filhos de lá, estão indo para lá. Você vê, de lá, indo todos para a cidade trabalhar, indo para lá”* (COPO DE LEITE). Copo de Leite se referiu aos filhos de pescadoras de várias comunidades do entorno que estão migrando para as cidades, referida por ela em ‘lá’, ou seja, ocorre um processo de migração daqueles que perpetuariam com a atividade da pesca, nos levando a crer

que a pesca artesanal sofre ameaças de extinção, também por essa razão. Tanto na fala de Rosa como na de Copo de Leite fica evidente que a pesca artesanal sofreu um processo de transição ao longo do tempo, quando há anos atrás a atividade por si só garantia o sustento da família, porém, mudanças ocorreram ao setor de modo que transformou a estrutura familiar das famílias pescadoras que na atualidade passam pela experiência de terem seus filhos se deslocando para as cidades em busca do fazer de outras atividades profissionais, que não a pesca.

Observou-se nas falas das pescadoras que o entendimento acerca das mudanças ocorridas no setor ao longo dos anos é presente em suas compreensões. Lírio associa tais mudanças aos recursos naturais escassos, fator gerado como fruto do desenvolvimento econômico. Afirma:

E todo esse desenvolvimento tem o seu lado bom seu lado ruim. Porque se o desenvolvimento cresce, é claro que os recursos naturais terão que diminuir, é claro pela demanda, pelos muitos pescadores, muitas pessoas indo ao mangue vai acabando os recursos. Mas muita gente não vê isso, não entende. Aí acha que você é culpado (LÍRIO).

O impacto ambiental que os recursos naturais vêm sofrendo é outro contundente fator apontado pelas pescadoras como gerador de dificuldades à produção da atividade de pesca artesanal. O fato de terem sido alocados na região de São Mateus empreendimentos industriais que são geradores de poluição e contaminação aos peixes, tornou a atividade mais difícil, uma vez que os peixes não têm sobrevivido em meio aos resíduos lançados pelas indústrias em rios, mangues e estuários.

Além disso, a presença da empresa Petrobrás na região modificou a vida das comunidades pesqueiras e consequentemente suas rendas. Sobre isso, relata a pescadora Amamélis: *“Desde de que encontrado o primeiro foco de petróleo em São Mateus, a pesca começou a sofrer impacto ambiental”* (AMAMÉLIS). O efeito causado às comunidades pesqueiras parece ter afetado inclusive na educação dos filhos, vista na concepção das pescadoras, como valor cultural e tradicional repassado de avô/avó, pai/mãe aos filhos. Lótus explica:

Só que nos últimos três, nos últimos cinco anos, a coisa foi ficando tão feia, tão feia, tão feita, que hoje a gente não consegue mais educar os nossos filhos com o pescado. Acabou... tá! A Petrobrás destruiu com a pesca (LÓTUS).

Sobre os impactos ambientais, a síntese do Diagnóstico Pesqueiro de 2005, na realidade das comunidades de São Mateus, estão também relacionados à poluição causada por agrotóxicos oriundos das plantações de eucalipto na região. Informação que vai de encontro a fala de Camélia:

E isto sem contar também que os grandes fazendeiros, são os grandes fazendeiros que aplicam veneno nas suas fazendas para o cultivo da sua produção, e isto tudo acaba, vai para o mangue, vai para o mar, para o rio e cada vez mais contribui para a escassez do pescado, e isso tudo (CAMÉLIA).

Sobre a interferência de novos processos de produção em meios onde se predomina trabalhos tradicionais, como a pesca, Castro *et al* (2002) escrevem:

As novas frentes de trabalho encontradas, tanto no campo como na cidade, representam riscos diferenciados à saúde, como as atividades no garimpo, o uso de produtos químicos na agricultura, a exposição a produtos tóxicos em diferentes ramos industriais, entre outros. São processos de produção que se generalizam sem o prévio conhecimento dos seus impactos sobre a saúde e o meio ambiente. Muitas vezes os impactos ambientais incidem sobre territórios onde grupos sociais se aprovisionam tradicionalmente de alimentos como fontes protéicas – a pesca, a caça e os frutos –, além de água para o consumo. As atividades de trabalho passam a implicar novos riscos, formas de precarização do trabalho e dificuldades para a reprodução da vida, humana e ambiental (CASTRO; MARIN e COUTO, 2002, pp. 29 e 30).

O fator da variabilidade que sofre a atividade de pescar, também foi identificado por meio da fala da pescadora Angélica, que diz: *“Porque a pesca uma vez você vai e da bastante outra vez você vai não pesca nada”* (ANGÉLICA). A imprevisibilidade de obter resultados ou não a partir da pescaria, torna o sentimento de preocupação com a sobrevivência mais vivo entre as pescadoras.

Ao reconhecer que o setor pesqueiro se encontra em tempos de escassez, Camomila expõe ser necessário uma conscientização por parte de todos, para que o peixe não acabe em suas mesas. *“Se nós todos não tivermos o trabalho de conscientização da nossa pesca, daqui a pouco não vamos mais ter mais peixe na mesa, acabou. Então vamos ter que trabalhar isso numa conscientização”* (CAMOMILA).

Embora a maioria das pescadoras tenham relatado as dificuldades que enfrentam para se manterem na atividade, o que nelas gera a falta de expectativa com relação a

pesca, Begônia se manifestou afirmando não desejar sair do ambiente de trabalho da pesca:

Então devagarzinho, devagarzinho...eu quero ficar aqui, eu quero morrer aqui, eu não quero sair daqui não. E está firme, mas meu filho... tem um que tá trabalhando, mas o outro tá aqui ainda. Vou fazer de tudo para ele ficar lá, conseguir um emprego, alguma coisa, para ele ficar lá. Mas eu não vou... (BEGÔNIA).

Begônia é enfática em dizer que não abandonará a atividade que realiza e o local em que vive. Porém, também é observado em sua fala que tem de lidar com o fato de ter um filho que foi para a cidade em busca de emprego. Ou seja, apesar do seu desejo em permanecer na pesca, também reconhece a dificuldade que existe em torno da categoria e afirma dar o apoio ao filho para que permaneça na cidade.

Frente as dificuldades apresentadas pelas pescadoras, envolvidas em reflexão e engajamento por criar estratégias de sobrevivência, surge a ideia de se criar meios no interior das comunidades que possibilite a mulher o acesso ao conhecimento que pode propiciar novas saídas de enfrentamento aos baixos salários, baixo rendimento diário, desvalorização do produto pesqueiro, e falam: *“(...)a gente precisa de um curso, igual para nós mulheres fazer... Nossa, precisa de tanta coisa lá, mesmo, que se fosse falar...”* (GARDÊNIA); *“Tinha que ter um olhar especial para a alfabetização de adultos e jovens, dentro da colônia...nós estamos falando da classe pesqueira, então dentro da comunidade pesqueira precisa de um colégio”* (VIOLETA). Sobre o aproveitamento do que produzem e não é utilizado, Brilhantina fala em cursos de artesanato:

(...)a dificuldade mesmo é o que e ela falou, de ter cursos, porque lá assim, as mulheres são pescadoras, se tem um curso para aprimorar esse tipo de conhecimento então acaba que ela vai utilizar o baiacu por exemplo, é muito bonito o couro dele, podia utilizar para bolsas, várias outros meios, mas se perde, vira lixo, fica perdido. Então, é matéria-prima jogada fora. O curso vai proporcionar crescimento para enriquecer a comunidade e o município em si. Entendeu? (BRILHANTINA).

Ao embarcar na ideia de Brilhantina, Bromélia diz: *“(...)só que a gente precisa mais de uma corda, um impulso, mais alguma coisa que venha para gerar emprego, porque o nosso lugar é muito rico, muito rico mesmo, nesse lado aí de trabalho de marisco para gente trabalhar”* (BROMÉLIA).

Em momento algum nos relatos das pescadoras, fazem referência ao desempenhar de outras funções que não relacionadas a pesca. Embora seja evidente a insatisfação das pescadoras com o setor pelas questões socioeconômicas a que tem sido submetidas e pelas dificuldades que se apresentam ao processo produtivo, as alternativas por elas apontadas são todas voltadas ao envolvimento com o produto pesqueiro, seja em cursos de aperfeiçoamento para a transformação da matéria em artesanato ou artigos úteis, seja em maquinário para beneficiamento do pescado, criação de mercado de pesca próprio das associações e colônia de modo que garanta lucro direto aos pescadores. Observou-se nas expressões das pescadoras que o seu conhecimento prático da pesca, é para muitas, único saber gerador de renda, não tendo elas conhecimento de outra profissão, por terem em sua maioria sido criadas desde a infância na educação da pesca e ser esta para elas atividades de valor tradicional e cultural.

Envoltas por um sentimento de preocupação pelas dificuldades que o trabalho traz ao cotidiano e sobrevivência, surgem relatos de desabafo por se sentirem desvalorizadas em suas atividades, embora reconheçam o valor que cada operação do processo produtivo possui. Em suas concepções a atividade que desenvolvem é vista por elas de fundamental importância e associam o fato de descascarem o camarão na mão como particularidade própria de poucos, como bem expressam as pescadoras: *“A gente descasca o camarão, a gente descasca na mão”* (LIZ). *“A gente descasca camarão na mão, lá porque lá fora eles consideram, dão preferência para o camarão cascado na mão”* (LÓTUS). Também Bromélia fala do lugar em que vive denotando prazer e atribuindo a ele valor: *“Graças a Deus, o nosso lugar é muito rico em várias coisas, tanto na pesca, como para pegar ostras, artesanato e tantas outras coisas”* (BROMÉLIA).

Outra questão que aparece no relato das pescadoras está associada a existência de preconceito com a mulher por ser pescadora. Em um ambiente marcado pela presença do machismo, Maneschy (1995) afirma que mulheres pescadoras sofrem com a discriminação de terem seus trabalhos invisibilizados e mal remunerados, mas além disso, ainda convivem com a não aceitação muitas vezes dos pescadores homens de que são as mulheres também consideradas pescadoras, sujeitos de iguais direitos. Na fala de Iris, este aspecto se evidencia: *“Uma das coisas que a gente tem*

que acabar também, é a discriminação de alguém dizer que você não é pescadora” (IRIS). Também sobre isto, Violeta desabafa:

Eu tive que dizer para eles, olhem para o umbigo de vocês e esqueçam o umbigo do lado, vocês não têm condição de criticar ninguém, porque são elas, inclusive...usei um termo assim.... São elas que cuidam dos maridos, lavam as suas cuecas sujas de vocês, são elas que lavam. E, porque elas não podem ter o direito de ter a carteirinha, porque elas não têm direito de ser beneficiadora? (VIOLETA).

A fala da pescadora denota indignação quanto ao não reconhecimento e discriminação que sofrem as pescadoras nas relações entre homens e mulheres. De encontro ao pensamento que cercou a discussão entre as mulheres sobre o reconhecimento da pescadora, Girassol expressou sua autoestima através da fala: *“Eu quero estar bonita, bem cuidada, mesmo quando eu tiver no mangue. Embora lá não possa tá, mas quando eu sair na rua, eu quero ser respeitada, eu quero ser vista como mulher”* (GIRASSOL). Ou seja, a pescadora afirma-se como tal, e expressa sua concepção de que mulher pode sim ser pescadora e estar sujeita a ter sua imagem física interferida quando em ambiente de trabalho, mas não a faz por isso ser menos respeitada, mas pelo contrário, carrega em si os símbolos da beleza feminina, nesse sentido, saudáveis a representatividade da mulher.

Outro aspecto fundamental que diz respeito ao direito da pescadora artesanal, é o Registro Geral Profissional (RGP) e o período de defeso. De acordo com o Diagnóstico Pesqueiro (CECOPES, 2005), a região que revelou maior percentual dos pescadores com registro profissional é a região Norte. O Registro Profissional, denominado Registro Geral Profissional (RGP), é um instrumento do governo federal que tem por objetivo contribuir para a gestão e o desenvolvimento sustentável da atividade pesqueira, cabendo ao Ministério da Pesca e Aquicultura organizar e manter o RGP. O documento de RGP garante ao pescador o acesso aos programas sociais governamentais, como o seguro desemprego que é pago ao pescador no período do defeso (período estabelecido de proibição da pesca, para reprodução das espécies). De acordo com a Lei 11.959, de 26 de junho de 2009, o RGP é o documento que reconhece o pescador legalmente como pescador profissional. Dispõe a lei sobre a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável da Aquicultura e da Pesca e regula as atividades pesqueiras (BRASIL, 2011).

O documento RGP não descaracteriza o pescador como artesanal. Segundo a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável da Atividade Pesqueira (BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2009, s/p), a pesca artesanal é classificada como comercial, quando:

Praticada diretamente por pescador profissional, de forma autônoma ou em regime de economia familiar, com meios de produção próprios ou mediante contrato de parceria, desembarcado, podendo utilizar embarcações de pequeno porte (BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2009, s/p).

As atividades de pesca portanto, devem ser exercidas pelo pescador licenciado e portador do RGP, que o reconhece enquanto pescador profissional, legalmente autorizado para desenvolver a atividade pesqueira. A Lei 11.959, em seu art. 4º dispõe sobre o que é considerado atividade pesqueira, sendo *“todos os processos de pesca, exploração e exploração, cultivo, conservação, processamento, transporte, comercialização e pesquisa dos recursos pesqueiros”*. Diz também o documento que atividade pesqueira artesanal é considerada por trabalhos de confecção e reparos de artes e petrechos de pesca, reparos em embarcações de pequeno porte e processamento do produto da pesca artesanal (BRASIL/DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2009, s/p).

Como já exposto é o RGP que garantirá ao pescador o acesso ao seguro desemprego no período do defeso, período em que o pescador não pode pescar. Este seguro desemprego, denominado *Seguro Defeso*, corresponde ao valor de um salário mínimo a ser repassado ao pescador mensalmente nos meses em que a pesca está fechada obrigatoriamente. Para o Ministério da Pesca, “o defeso é uma medida que visa proteger organismos aquáticos durante as fases mais críticas de seus ciclos de vida, como a época de sua reprodução ou ainda de seu maior crescimento” (BRASIL, 2009, s/p).

Considerando as espécies que predominam na região, camarão, caranguejo, robalo, siri, o período de defeso do camarão, por exemplo, é entre 01 de abril a 31 de maio e 15 de julho a 15 de novembro, segundo o Ministério da Pesca. Ou seja, entre junho e novembro, é o período que os pescadores têm direito ao Seguro Defeso do camarão. Vale ressaltar que nos meses de abril e maio os pescadores não têm direito ao seguro,

complexificando a realidade das famílias pescadoras que tem neste período que buscar outras fontes de renda para seu sustento. Sobre isso relata Girassol:

(...)daqui há um mês começa o defeso do camarão, daqui a dois meses começa o outro defeso. Alta temporada vai entrar. Então nesse período de alta temporada que a gente tá vivendo, você precisa de freezer para estocar o seu material. Então você tem que tirar alguma coisa para você ter uma sustentabilidade, porque os 2/3 do defeso, não mata a fome de ninguém, alivia, é um paliativo, mas não resolver o problema (GIRASSOL).

Outra iniciativa do Governo Federal no campo do direito, é a concessão da linha de crédito através do Plano Safra¹⁷, onde pescadores podem ser beneficiados. Porém, vê-se através da fala da pescadora Liz que o acesso a ele não é tão simples no contexto da mulher pescadora artesanal.

Existe uma linha de crédito para a mulher. E o que é linha de crédito para a mulher? É onde nós pescadoras ou beneficiadoras com nossa carteira temos direito a ter um crédito de até dez mil, que é um grande burocracia para termos direito. Porém nós temos que batalhar para acabar com essa burocracia, ou seja, com essa diferença de gênero, porque eu sou uma pescadora e tenho que provar que eu tenho uma renda X, porque eu preciso de passar por um processo para ter duas ou três avalistas para poder liberar a linha de crédito. Então, nós temos que acabar com essa política, nós temos que dar um grito das mulheres (LIZ).

De acordo com o Ministério da Pesca e Aquicultura, os programas em desenvolvimento que visam melhorar a condição de vida do pescador são: Pescando Letras, Pronatec Pesca e Aquicultura, Projeto de Apoio a Pequenos Empreendimentos na Pesca Artesanal, a Parceria Cozinha Brasil e os Telecentros. Porém, nenhum destes, foi apontado pelas pescadoras como efetivos em suas comunidades.

3.3 A PERCEPÇÃO DE PESCADORAS ARTESANAIS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

¹⁷ Instrumento do Governo Federal para subsidiar a produção do pescado pelo pescador artesanal e aquicultores através da concessão de micro crédito a ser devolvido pelo pescador no decorrer dos resultados da produção. Disponível em: ><http://www.mpa.gov.br/index.php/infraestrutura-e-fomento/138-plano-safra-da-pesca-e-aquicultura-2012-2013-2014><

Este estudo se propôs a analisar as representações sociais sobre os fenômenos saúde e doença a partir da experiência de mulheres pescadoras artesanais.

Ao discorrer sobre o tema saúde, doença e suas interpretações culturais e sociais, Adam e Herzlich (2001) enfatizam como uma diversidade de estudos psicossociológicos tem mostrado que determinados estados fisiológicos têm em suas interpretações um forte componente cultural e social, e dessa maneira, atravessadas pelo seu contexto social, não permite que tais interpretações se mostrem expressas de maneira totalmente objetiva: “De modo mais geral, a pertença a uma cultura fornece ao indivíduo os limites dentro dos quais operam-se essas interpretações relativas aos fenômenos corporais e, em particular, a doença e seus sintomas” (ADAM e HERZLICH, 2001, p. 70).

Nesse sentido, adentrando na questão das representações sociais da saúde e da doença, Adam e Herzlich (2001, pp. 76 e 77), afirmam que os indivíduos em sociedade buscam em noções e valores dar forma e sentido às suas experiências orgânicas individuais, visando com isso compreender, como se elabora uma realidade social compartilhada coletivamente. Para as autoras, revela-se claramente que a linguagem utilizada para definir saúde e doença é uma linguagem do indivíduo em relação com a sociedade e não uma linguagem do corpo. Ficam assim evidentes como critérios sociais, como atividade ou inatividade, participação social ou exclusão, dentre tantos outros, que influenciam na definição da condição de doença ou saúde.

Como abordados a seguir, saúde e doença na percepção das mulheres pescadoras representam o ter condições, físicas e/ou mentais para o trabalho ou não, sendo os fenômenos associados por elas às relações de trabalho em que se inserem. Ou seja, tanto a saúde como a doença, e muito bem inter-relacionadas por elas como processo e não algo indissociável, perpassam ao mundo do trabalho, sendo este, ou por questões de sobrevivência ou por prazer em realizá-lo, elemento fundamental no conceber em suas realidades de vida, o processo saúde-doença.

3.3.1 A concepção de saúde no saber de mulheres pescadoras

A concepção de saúde traz consigo elevado grau de subjetividade, suscetível a se modificar conforme o tempo, o lugar, os valores, e sempre sofrendo reflexo dos determinantes histórico-sociais e econômicos. Sendo assim, fica claro que a complexidade da saúde faz obrigatoriamente interlocução com outros campos de saberes, como educação, trabalho, previdência, tornando a temática alvo de um olhar múltiplo.

No discurso das mulheres pescadoras sobre saúde, percebeu-se que praticamente não é possível falar de saúde sem falar de doença, a saúde não é vista como a ausência de doença, mas as pescadoras associam imediatamente a saúde à doença, deixando evidente que esta é representada como um processo. Além disso, o processo saúde-doença é compreendido a partir de suas experiências de forma multidimensional, incluindo as dimensões física, psíquica, espiritual, social e ecológica, dentro de seus universos. De forma evidente, foram revelados que os significados de saúde se relacionam ao complexo do trabalho na totalidade das expressões.

O conceito afirmado internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde em 1978, “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, ainda que considerado uma concepção avançada – visto que busca contemplar tanto aspectos físicos quanto sociais –, conflita com a realidade pois encerra a noção de estabilidade e equilíbrio, na medida em que, já de há muito tempo, compreende-se a saúde como um estado dinâmico em que as variáveis biológicas, sociais e ambientais se interrelacionam, sendo a saúde associada muito mais à condição de mudança que à estabilidade. Além disso, a noção utópica de completude expressa na definição da OMS, aponta para uma condição inalcançável tanto no que concerne à possibilidade de atingi-la, quanto à impossibilidade de mantê-la, frente à dinâmica da vida.

Ao se colocar de forma crítica ao conceito da OMS, Dejours (1986) constata que longe de ser um estado atingível, saúde, seria um estado ideal, “alguma coisa que não se sabe muito bem no que consiste, mas sobre a qual se tem esperanças.” Nesse

sentido, para o autor, melhor seria reconhecer esse caráter de incompletude e de busca, entendendo a saúde como “um estado do qual procuramos nos aproximar”, resumindo: “saúde é antes de tudo um fim, um objetivo a ser atingido” (DEJOURS, 1986, p. 8).

Em busca de uma definição de saúde mais adequada, Dejours (1986) aponta três elementos necessários à percepção de um conceito de saúde. O primeiro seria considerar o aspecto da *fisiologia* que nos faz concluir que o organismo se encontra em constante movimento, e ao aplicar este raciocínio ao trabalho enfatiza que em uma atividade laboral, o indivíduo tem associado à sua condição de saudável o movimento e a inconstância, o que rompe com a noção de estabilidade, já que uma tarefa regular fixa e repetitiva pode ser tão prejudicial à saúde física e psíquica. Um segundo elemento apontado pelo autor é a relação existente entre a mente do indivíduo com o funcionamento de seu corpo oferecida pela *psicossomática*. Para exemplificar, Dejours traz como exemplo o sofrimento de uma pessoa, que tanto pode ser considerado estado de desconforto psíquico quanto pode funcionar como elemento mobilizador de suas energias, em benefício de seu estado físico e, direta ou associadamente, da sua saúde mental; não podendo desse modo, se estabelecer um estado de bem-estar e conforto. Um último elemento, seria a contribuição das *psicopatologias do trabalho*, que na visão do autor, pode ser o papel do trabalho para a saúde, perigoso e adoecedor – seja nas situações em que as exigências físicas mostram-se danosas à saúde, seja quando não permite ao trabalhador dar vazão a seus desejos, materiais ou imateriais –, também a sua falta, o desemprego, da mesma maneira, tem seus malefícios à saúde psíquica do trabalhador. Nesse sentido, afirma-se o papel estruturador do trabalho, que ao possibilitar, condições e organização do trabalho adequadas, a concretização de aspirações, ideias e desejos da pessoa, pode ser francamente favorável à sua saúde física e mental. O inverso obviamente também se aplica, retomando a noção de variância e movimento, característicos da condição humana (DEJOURS, 1986).

Diante tais ponderações, acredita-se que a percepção das mulheres pescadoras em atribuir à saúde o sentido de “completo bem-estar” se dá pelo fato de a elas ter sido repassado tal ideia e, também por não deterem da condição de saúde que lhes seriam favoráveis a uma qualidade de vida dita saudável. Portanto, imprimem em seus

discursos a ideia de que não detêm de saúde por não vivenciarem o “pleno bem-estar físico, mental e social”, que como já vimos, se constitui proposição inatingível. Além disso, surge nas falas a ideia de que sem a saúde, *“não se é nada”*, justamente porque a saúde é o que garante as condições necessárias ao trabalho, logo, quando se deparam com a impossibilidade para o trabalho pela falta de condições de saúde, se tornam, em suas percepções, o que chamam de *“nada”*.

Quando se indagou às mulheres pescadoras o que é ter saúde, a ideia de que ter saúde é tudo na vida, e sem ela a vida passa a não ter sentido, é evidenciada nos discursos: *“Saúde é tudo. Eu não tenho mais”* (LIZ); *“Melhor coisa que nois tem na vida é saúde”* (GARDÊNIA); *“É tudo né. Saúde pra gente é tudo, porque sem saúde a gente não é nada”* (GLORIOSA); *“Tendo saúde o resto você corre atrás”* (DÁLIA); *“Imagina uma pessoa em cima da cama sem poder fazer nada, não dá né, você não é nada sem saúde”* (GIRASSOL); *“Tendo saúde o resto você corre atrás”* (DÁLIA).

A saúde aparece, portanto, como um dos elementos mais importantes da vida, sem o qual a pessoa não pode trabalhar. Com saúde, a família pode enfrentar qualquer adversidade. Em suas expressões, pode-se observar a dimensão física do processo saúde-doença, isto é, o indivíduo precisa estar bem fisicamente, ter força para trabalhar, desta forma ele é considerado saudável.

A ideia de saúde como estado de ‘ser’ independente é claramente retratada na fala de Azaléia, que também faz referência à liberdade ao trabalho.

Saúde pra mim é dependência, a gente tendo saúde, a gente num depende de ninguém, a gente faz tudo sozinha. Se a gente for dormir, oh fulano me dá um copo d’água, pintia meu cabelo, como agora eu desse jeito aqui, eu nunca fui desse jeito, eu toda vida trabalhei pra burro, se quiser ir comigo vai, se num quiser vai ficando por aí, eu sempre fiz tudo sozinha, graças a Deus né. Agora saúde pra mim é dependência, a pessoa ser independente, que a pessoa que num tem saúde fica dependente (AZALÉIA).

Observa-se que na percepção da pescadora, saúde está relacionada ao poder de aproveitar a vida, o que denota sentido afetivo na forma de sentir a saúde, estando também associada à capacidade de trabalho, mas também à alegria de ser independente, e assim o é porque detém saúde. Aqui, destaca-se a dimensão psíquica do processo saúde-doença, na qual há sentimentos envolvidos, como alegria

e prazer de poder através da saúde realizar suas vontades e desejos. Assim, a noção de saúde passa por um estado de espírito, do sentir-se bem, do ser feliz.

O corpo do indivíduo é interpretado como um instrumento de trabalho, e quando esse corpo já não pode mais desempenhar as atividades rotineiras de sobrevivência, considera-se, finalmente, que a doença está instalada. Para as pescadoras, o indivíduo é saudável se possui disposição e capacidade de trabalho. Queiroz (1993) assinala que entre as classes sociais mais baixas, a doença tende a ser percebida somente quando há um comprometimento do desempenho social, representado principalmente pelo trabalho, se revelando nesse sentido, a dimensão social do processo saúde-doença. Nesse contexto, a noção de saúde envolve, necessariamente, “integração à sociedade, através do cumprimento de tarefas entendidas como obrigatórias. Nessa concepção, a ideia de saúde é alienada do indivíduo e apropriada pelo meio social via capacidade de trabalho” (p. 273).

“A gente sem a saúde não pode fazer nada. Não pode pescar” (BRILHANTINA). A fala de Brilhantina é o real retrato do que é saúde na concepção das mulheres pescadoras, simplesmente (ou não tão simples) ter saúde é o exercer de suas atividades cotidianamente, sejam elas nas esferas do privado na realização das tarefas domésticas e cuidado com o lar e família, seja no trabalho externo relacionados à pesca profissional. Alfazema expressa sua percepção sobre saúde, cujo seu significado é claramente relacionado à capacidade de trabalho, e diz:

Saúde é poder trabalhar neh, você já viu trabalhar sem saúde, se você não tem saúde você não trabalha, é você ficar em pé, caminhando, sorrindo, brincando. Eu penso assim, se não tiver saúde, não tem nada; às vezes eu penso assim, lá em casa, começo a reclamar ‘Ah meu Deus, minha perna tá doendo’, mas depois eu penso, ‘tá doendo? Tá, mas eu to caminhando’ (ALFAZEMA).

Novamente, pode-se observar através do discurso de Alfazema em como a concepção de saúde não é isolada em suas dimensões, sendo sua fala retrato de uma percepção em saúde que revela em um só discurso as dimensões físico-psíquico-social.

Como afirma Dejours (1986), o trabalho tem papel estruturante na vida dos indivíduos, fazendo com que se determine por meio dele, a concretização dos desejos materiais

e imateriais dos sujeitos. Ao relatar sua experiência de não deter condições de saúde que a possibilite trabalhar, Liz expressa o sofrimento que a falta do trabalho pode causar no indivíduo: *“É, meu marido tem saúde, graças a Deus; eu fico em casa (...) minha maior tristeza é que eu não posso mais trabalhar, meu marido sai, eu fico chorando, trabalhar é bom demais. Num tem coisa melhor que a gente trabalhar não”* (LIZ). O sofrimento vivido por Liz, traz a noção de doença da alma, que na visão de Brasil (2009) parece indicar uma noção de interdependência entre corpo e alma, e que contemporaneamente se expressa no conceito de saúde mental, que no campo da saúde do trabalhador tem nas formulações da psicodinâmica do trabalho um dos expoentes teóricos, dentre os que buscam contemplar nas definições do processo saúde-doença o componente da subjetividade do trabalhador.

Também percebe-se na fala de Liz a concepção de saúde que é conferida a Deus, revelando o sentido espiritual que existe na percepção das pescadoras sobre saúde, ou seja, *‘Graças a Deus’, ‘meu marido tem saúde’*.

3.3.2 O que é doença na visão das pescadoras?

No estudo sobre representações da doença, ressaltam-se quatro abordagens segundo Good (1994). A primeira busca compreender as representações a partir de crenças presentes no senso comum. Neste caminho a doença é entendida como algo natural e separada da consciência humana, sendo utilizada as crenças populares como base para a análise que irá explicar o fenômeno da doença. Uma segunda abordagem se baseia na investigação da linguagem e da cultura como estruturantes da percepção sobre algo. Qualificada como interpretativa, uma terceira abordagem se pauta na visão de ser as representações da doença culturalmente constituídas. Nesses estudos interpretativos, a investigação se centra no significado, procurando articular cultura e doença. De acordo com Pontes *et al* (2007, p. 1211) “essa abordagem vem investigando como significados e práticas interpretativas interagem como processos sociais, psicológicos e fisiológicos para produzir formas distintas de doença e trajetórias de doença”. Um outro entendimento das representações sobre a doença é a abordagem crítica que se baseia na ideia de doença como mistificação. Estudos nessa abordagem entendem as questões de saúde:

à luz de forças políticas e econômicas que padronizam relações interpessoais, moldam comportamentos sociais, geram significados socialmente compartilhados e condicionam experiências coletivas. Essas investigações, em vez de se voltarem para a construção cultural da doença, focalizam a produção social da doença. (PONTES *et al*, 2007, p. 1211).

Laplantine (1991) aborda que a doença é designada no vocabulário inglês em três expressões, e diz:

[...] para designar a doença, na língua inglesa há três expressões: “*disease* (a doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico), *illness* (a doença como é experimentada pelo doente) e *sickness*, (um estado muito menos grave e mais incerto que o precedente [...]) de maneira mais geral, o mal-estar) (LAPLANTINE, 1991, p. 15).

Nesse estudo, a doença foi entendida conforme o sujeito a vivencia e interpreta o seu processo de adoecer. Para Pontes *et al* (2007, p. 1212), doença ou enfermidade “são reflexos da combinação de aspectos da experiência dos indivíduos e situações sócio-culturais”. Nesse sentido, as representações sociais da experiência da doença no contexto das mulheres pescadoras, são determinadas pelo conjunto de saberes, condutas e práticas, marcados com o advento da doença ou estado de mal-estar sentido por elas.

Na análise de Alves e Rabelo (1999) a experiência da doença, é entendida como a “forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação” (Alves & Rabelo, 1999, p.171). Buscou-se nessa investigação portanto, compreender os significados em um movimento de interpretação das experiências da doença vividas e projetadas pelas mulheres pescadoras, tendo sido observados que os resultados dessa experiência são diretamente relacionados pelas pescadoras, objetivamente ou subjetivamente, ao trabalho por elas desempenhado, sendo o fenômeno da doença em suas percepções, sinônimo de incapacidade para o trabalho.

Pelas dimensões referidas no processo saúde-doença interligadas e interdependentes, os significados revelados através das falas das pescadoras, se cruzam ao cerne do processo de trabalho vivido por elas, que revelam de acordo com suas percepções uma essência no significado da experiência da doença, que é a relação direta com o trabalho, seja pela incapacidade ao trabalho gerado pela doença,

seja por encontrar no trabalho sentido de viver, ou ser o trabalho o causador de todos os males sentidos em seus corpos.

Por meio das falas expressas pelas pescadoras podemos entender o retrato da doença que surge em decorrência do trabalho realizado: *“Tenho problema de pele, desde criança eu pesco, desde criança...e muito problema de dor na coluna”* (AMAMÉLIS); *“Agora mesmo eu to com esse braço aqui que não posso nem tirar uma rede, bucite”* (AZALÉIA); *“É problema de câimbra, as mão torta, as munheca aberta, tudo estragada”* (LÓTUS).

A atividade pesqueira exige esforços e exposições que as colocam em riscos mais propícios ao acometimento de doenças. Como exposto em seus discursos, o que sentem em seus corpos é associado pelas pescadoras ao trabalho que desenvolvem, assim como as sensações de dores e câimbras tornam o realizar de suas atividades mais penoso. Dália, relata ter contraído uma bactéria no ambiente de trabalho: *“Eu tenho problema de coluna e gastrite, problema de estômago. Porque eu fiz o exame e constatou que eu tenho problema no estômago, eu tenho gastrite, refluxo, deu bactéria por causa do rio; eu pesco no rio”* (DÁLIA). A associação da doença ao trabalho é claramente realizada pela pescadora que se queixa dentre outros males, do contágio da bactéria enquanto pescava.

Brasil (2009) corrobora às contribuições de Dejours (1986) e afirma ser o trabalho determinante no processo de adoecimento dos indivíduos.

Para Pontes *et al* (2007, p. 1213) *“A doença age como fator de ruptura de um fluxo cotidiano, fazendo com que a pessoa enferma e seus familiares necessitem de nova reorganização das suas atividades diárias”*. Nesse sentido, podemos entender o temor das pescadoras em adoecer, pois além de não poderem exercer suas atividades se adoecerem, podem ter que necessitar de depender de outros, tendo sua liberdade privada pela doença.

A ideia de que sofrer alguma doença reduz o sujeito a ‘nada’, é exposta por Brilhantina: *“Você doente, você não é nada, você boa você é tudo”* (BRILHANTINA). A expressão *“ser nada”*, significa não estar apta para o trabalho, e também faz referência ao surgimento de doenças com o aparecimento de dores, as associando

consequentemente ao trabalho que desenvolve: *“Começa com dor nas pernas, dor nos braços, por causa de desfiar siri”* (BRILHANTINA).

Outra ideia que surge neste contexto está associada ao fator tempo, como diz Azaléia: *“Foi, foi tudo de uns tempos pra cá, vai ficando tudo com a máquina gasta, tudo já usado, tudo velho, aí vai estragando tudo”* (AZALÉIA). A pescadora expressa sua angústia em sofrer com a ‘máquina gasta’, se referindo ao próprio corpo que com o esforço físico e mental implicado por ela no decorrer do tempo, paira a limites e debilitações oriundas não só do trabalho, mas também do percurso da própria vida marcada pelas dificuldades de sobrevivência.

Pode também ser observado através da fala da pescadora Azaléia, que o fato da mesma conceber seu corpo como ‘usado’, ‘velho’, e que ‘vai estragando tudo’, se denota a uma ideia de inutilidade e para além disso, o corpo pode ser visto no subjetivo das mulheres como objeto que possui data de validade, ou algo que ao estragar é descartado, e que no mínimo, ao chegar ao estágio de usado ou velho, já não mais produz.

Calêndula também fala sobre a chegada da doença e a refere como silenciosa quando diz: *“A doença não entra de vez na pessoa, e a gente nem percebe. Eu sinto hoje uma dor nesse joelho, tomo remédio e ele melhora ai tô trabanhando, trabanhando”* (CALÊNDULA).

Percebe-se que na concepção de Calêndula a doença pode se passar por despercebida em seus corpos, se manifestando em dores que são contornadas com o uso de medicações. Porém, por fazerem uso do paliativo que muitas das vezes mascaram reais problemas de saúde, permanecem em suas atividades não dando à doença sentido concreto de existência, por não associarem a sensação de dor como possível início de instalação da doença, ou a própria já estabelecida e se manifesta em dores. Observa-se que enquanto a dor não a impede de trabalhar, a mesma continua a trabalhar sem investigar as causas das dores, afinal, isso lhe custaria além de tempo, ter que lidar com a possibilidade de afastamento do trabalho, o que lhe repercutiria em outros problemas sociais.

O fator da dor é presente na totalidade das expressões das mulheres pescadoras, que o associam a atividade que realizam quando indagadas sobre os problemas ao entorno da doença que lhe causam sofrimento.

De acordo com a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e Sociedade Americana de Dor (*apud* Sousa, 2002), pode-se definir dor como uma:

Experiência subjetiva que pode estar associada a dano real ou potencial nos tecidos, podendo ser descrita tanto em termos desses danos quanto por ambas as características. A dor é considerada como uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal. A percepção de dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais. (SOUSA, 2002, p. 446).

Sobre a mensuração da dor, Sousa (2002) diz ser impossível objetivamente, pois trata-se de uma experiência interna, complexa e pessoal.

Diante isto, chamou a atenção da pesquisadora os relatos das pescadoras carregados da experiência da dor, que em suas realidades de vida são diretamente relacionadas, em suas percepções, às consequências do vivenciar um processo de adoecimento que tem por causa o trabalho que desenvolvem, ainda que não reconhecidos pelas mesmas com o estabelecimento concreto de doença em seus corpos. Nas respectivas falas, tal entendimento é revelado: *“É tudo. Tudo dói, coluna, tenho problema sério de coluna, tenho uma hérnia de disco, já tenho problema de artrose, osteoporose, dor de cabeça, dormência nos braços de água gelada, tenho tudo de dor”* (PRÍMULA); *“O meu é problema de varizes, muita dor, muita dor na coluna por trabalhar no mangue”* (COPO DE LEITE); *“Eu tenho dor de enxaqueca, problema na cabeça, e dor nas pernas”* (GÉRBERA); *“Dor na coluna, artrose no braço, que eu não consigo levantar o braço pra puxar rede”* (MARAVILHA).

A rigidez das articulações e aumento da tensão muscular causados pelo esforço exigido no trabalho das mulheres pescadoras, são causadores de dor em seus corpos. Pelo fato de a dor sentida pelas mulheres interferir na intensidade do trabalho e nas atividades do cotidiano, acarretam nelas limitações sociais, psicológicas e físicas.

A experiência da dor no contexto de vida e trabalho das mulheres pescadoras, é apontada com reconhecimento de sua existência pelos sujeitos, capaz de impossibilitá-las ao desenvolvimento de suas atividades, porém, ao mesmo tempo, entende-se ser tratada como algo não muito importante, se ainda a permite trabalhar. Percebe-se também que a dor não é sinônimo de doença, como fala Alecrim: *“Só dor de cabeça e pedra na vesícula que deu, mas nada de doença”* (ALECRIM).

Refletir sobre as doenças que afetam mulheres pescadoras reporta aos estudos de Leitão *et al* (2011), no qual as autoras relacionam a saúde das mulheres pescadoras com o trabalho por elas desenvolvido e identificaram que as principais queixas de mulheres pescadoras do Norte e Nordeste do Brasil quanto às doenças por elas acometidas são: problemas na coluna, no estômago, doenças de pele, cortes nas mãos, pernas e pés, dor nos ossos, coceira vaginal, pressão alta, enfarto por causa do trabalho excessivo, hérnia por carregar e transportar materiais pesados. As autoras associaram tais doenças aos fatores que se relacionam ao trabalho que desenvolvem na pesca, caracterizando-os como geradores de adoecimento nas mulheres pescadoras.

Quando indagado às mulheres pescadoras de São Mateus sobre as doenças que de forma concreta as afligem, foram destacados: labirintite, problemas na coluna, artrite reumatoide, hipertensão, artrose, diabetes, enxaqueca.

Foi possível identificar na percepção sobre doença, a ligação que as pescadoras estabelecem de doença como fenômeno que impossibilita ao trabalho, não sendo considerados por elas como doenças, aquelas que ainda as permite trabalhar, como retrata Violeta: *“Eu graças a Deus, não sinto tanta coisa, mas sou hipertensa, então dá pra fazer tudo ainda”* (VIOLETA).

Ser hipertensa significa ser portador da doença Hipertensão Arterial (HA), termo clínico para o comumente chamado de pressão alta. São considerados hipertensos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978) todos os indivíduos cujas pressões sistólica e diastólica sejam iguais ou superiores a 160 ou 95 mmHg. A Sociedade

Brasileira de Hipertensão¹⁸ define hipertensão ou pressão alta como a contração dos vasos impedindo a circulação normal do sangue. Ou seja, a pressão alta ataca os vasos sanguíneos, ao circular o sangue com a pressão elevada os vasos se tornam endurecidos e estreitos podendo ser a causa de infartos e derrames cerebrais.

Dados do Ministério da Saúde de acordo com uma pesquisa realizada em 2012, revelam que a cada dez brasileiros adultos, dois são portadores de hipertensão arterial. Outro dado relevante do IBGE revela que 35% da população no Brasil acima de 40 anos são hipertensos. As causas mais conhecidas da hipertensão em 90% dos casos é má-alimentação, obesidade, uso de medicamentos, fatores genéticos, estresse e sedentarismo. O tratamento para hipertensão é medicamentoso e deve ser aliado a exercícios físicos e boa alimentação, que implica controle no consumo de gordura e sal, conforme for orientado pelo médico (SBH, 2012).

Como doença de destaque entre as pescadoras, a afirmação de sua existência aparece em outros relatos, como no de Hortênsia e Frésia: *“Tenho pressão alta e tomo remédio controlado”* (HORTÊNSIA). *“Também, tenho pressão alta e dor de cabeça constante”* (FRÉSIA).

O fato da pescadora se queixar de dores de cabeça, pode estar associado a ocorrência da aquisição da hipertensão arterial, por ser este, sintoma presente na doença quando não controlada. Entretanto, o sentir dor de cabeça não é exclusivo nas falas expressas pelas pescadoras a uma doença em específico, mas denota ser presente em suas rotinas de vida, tendo aparecido também quando abordado o fator dor.

O fato de ficarem abaladas psicologicamente com os problemas do cotidiano, com as difíceis condições de vida e de trabalho, faz com que desencadeiem dores de cabeça. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cefaleia – SBC (2012), cefaleia ou dor de cabeça são mais recorrentes no sexo feminino, sendo a enxaqueca (tipo de dor de cabeça) muito frequente nas queixas entre as mulheres.

Sobre a enxaqueca, Oliveira *et al* (2010) explicam que o enxaquecoso em crise fica com o Sistema Nervoso Central (SNC) suscetível a estímulos externos, como a luz, e

¹⁸ Ver site: <http://www.sbh.org.br/geral/hipertensao.asp>

a estímulos internos, como estresse emocional. Este cenário faz com que o portador da enxaqueca recorra ao isolamento como estratégia de combate a dor, sendo muito frequentes a busca por medicamentos como alternativa rápida ao alívio da dor.

Pesquisas sobre a incidência da enxaqueca na população feminina constataram que o mal aflige em 56% mulheres com idade inferior a 40 anos, sendo que 41% são pertencentes a níveis socioeconômicos mais baixos, 81% são da cor branca e 85,3% consideram o estresse e a tensão como fatores que desencadeiam a enxaqueca. Andrade *et al* (*apud* oliveira *et al*, 2010) alertam sobre o papel que situações de conflito, ansiedade e depressão exercem no aparecimento da enxaqueca: em 90% dos casos agravam a enxaqueca além de apresentar particularidades nas crises, podendo surgir até em momentos de descontração e relaxamento (ANDRADE *et al* *apud* OLIVEIRA *et al*, 2010).

Outro problema que surge na fala das pescadoras, é a artrose. Gloriosa diz: “Pressão alta, artrose, só isso, graças a Deus” (GLORIOSA). O termo “só isso”, surge na expressão da pescadora, como algo que ainda não a impediu de trabalhar e por isso imprimir em sua experiência de doença um caráter natural, comum, corriqueiro.

O termo clínico da chamada artrose é osteoartrite, “doença crônica, multifatorial, que leva à incapacidade funcional progressiva” (COIMBRA *et al*, 2002, p. 371). Os autores apontam que não há dados precisos quanto a prevalência da doença no Brasil. Afirmam os autores ser a doença reumática a causadora mais frequente de dor do sistema músculo-esquelético e de incapacidade para o trabalho no Brasil e no mundo. Sobre a doença dizem:

É uma afecção dolorosa das articulações que o corre por insuficiência da cartilagem, ocasionada por um desequilíbrio entre a formação e a destruição dos seus principais elementos, associada a uma variedade de condições como: sobrecarga mecânica, alterações bioquímicas da cartilagem e membrana sinovial e fatores genéticos (COIMBRA *et al*, 2002, p. 350).

Observa-se nas falas das pescadoras a associação de várias doenças, das quais incluem doenças do gênero discutido por Coimbra *et al* (2002), chamadas por elas de

reumatismo, em seu termo clínico, artrite reumatoide. De acordo com Calich *apud* Varella¹⁹ (s/d):

Artrite reumatoide é uma doença autoimune que se caracteriza por inflamação que pode provocar também pequenas deformidades nas mãos. Como o sistema imunológico está envolvido no aparecimento da doença, de acordo com as características genéticas do indivíduo, sua intensidade varia para mais ou para menos (s/p).

Rosa e Alfazema relatam: *“Reumatismo incha o dedo, incha tudo. O meu pensamento é mais na coluna gente, porque eu já tive e nem sei como explicar”* (ROSA); *“Eu tenho reumatismo no sangue, tenho ácido úrico, artrose em tudo quanto é canto, no joelho, no ombro, em cima do bico de papagaio, já esfolou meus pés”* (ALFAZEMA).

Entre os sintomas mais comuns da doença estão o inchaço nas juntas das mãos, punhos, joelhos e pés que se deformam com a evolução da doença. Varella pontua que não há cura definitiva para a doença, sendo o tratamento recomendado o uso de medicamentos que irão controlar as deformidades causadas pela inflamação.

Além do problema do reumatismo, Rosa também sofre de problemas na coluna. Quando diz: *“eu já tive e nem sei como explicar”*, se refere a crise de dor na coluna. O adoecimento da coluna é reconhecido pelo Ministério da Saúde como Distúrbio Músculo-Esquelético (DME) integrante as Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT). Na Portaria/MS no 1.339/1999, encontra-se na Lista de DRT, os DME na coluna no grupo das Dorsalgias. O MS considera como agentes etiológicos para as dorsalgias, lombalgias e lombociatalgias, as posições forçadas, gestos repetitivos, ritmo de trabalho penoso e condições difíceis de trabalho.

Atividades como limpeza e beneficiamento do pescado, exigem da pescadora que permaneça manuseando por horas instrumentos que necessitam do esforço dos braços e das mãos, além de na maioria das vezes, essa atividade ser realizada pelas pescadoras de pé, o que contribui para o surgimento de problemas na coluna.

¹⁹ Disponível em: > <http://drauziovarella.com.br/letras/r/reumatismo/<>.

De acordo com Prosenewicz *et al* (2012) problemas de coluna são os mais frequentes entre comunidades pescadoras. A posição de ficar em pé por horas e o fato de terem que pegar caixas de gelo pesadas, faz com que as pescadoras sofram inflamações na coluna ou deslocamento de alguma vértebra, contribuindo para o aumento de dores na coluna e nas pernas.

Na fala de Malva, são observados além do problema de coluna, outras doenças que lhe acometeu: *“Tenho problema sério de coluna, de artrose, não tenho quase firmeza nas pernas, muito tempo em pé ou sentada não posso, tenho um pouco de diabetes também, pressão alta”* (MALVA). Outra pescadora que relatou problemas na coluna, foi Lótus, que além deste, se queixa também de labirintite, assim como Tulipa: *“Labirintite. Eu tenho labirintite, tenho coluna, tenho dormência, eu tenho tudo, toda acabada. Minhas doenças são só essas”* (LÓTUS); *“Eu tenho labirintite”* (TULIPA).

Segundo Varella²⁰ (s/d) labirintite é um termo comumente utilizado “para designar uma afecção que pode comprometer tanto o equilíbrio quanto a audição, porque afeta o labirinto, estrutura do ouvido interno constituída pela cóclea (responsável pela audição) e pelo vestíbulo (responsável pelo equilíbrio)” (s/p). Ainda afirma que “são considerados fatores de risco para a labirintite: hipoglicemia, diabetes, hipertensão, otites, uso de álcool, fumo, café e de certos medicamentos, entre eles, alguns antibióticos, anti-inflamatórios, estresse e ansiedade” (s/p).

A Diabetes também aparece na fala das pescadoras, assim como a queixa de gastrite: *“Tenho colesterol, gastrite também e pressão baixa e diabetes”* (ANGÉLICA).

A Diabetes *Mellitus*, termo clínico, é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue. Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2009): “No Brasil existem cerca de 8 milhões de diabéticos. E metade deles não sabe que têm a doença.” Por exemplo, temos o DM tipo 2 (Um dos tipos Da doença), que por ser uma doença assintomática, silenciosa, tem, geralmente, seu diagnóstico tardio, tornando-a, em muitos casos, irreversível (SBD, 2007).

²⁰ Disponível em:> [<http://drauziovarella.com.br/letras/l/labirintite/](http://drauziovarella.com.br/letras/l/labirintite/).

Diversas categorias profissionais vem sendo estudadas e consideradas de risco à obtenção de doenças relacionadas ao trabalho (DRT). Acredita-se que em virtude da ainda invisibilidade da categoria de pesca, os estudos sobre o setor são escassos, dificultando o reconhecimento de DRT em específico nesses trabalhadores. As experiências de doença relatadas pelas mulheres pescadoras revelam que ocorre um descaso quanto suas condições de saúde fragilizadas em decorrência do trabalho, pois permanecem muitas das vezes, vivenciando o adoecer, em detrimento da sobrevivência e falta de proteção social.

3.4 O PROCESSO DE ADOECIMENTO EM MULHERES PESCADORAS ARTESANAIS EM SÃO MATEUS, ES

A questão do adoecimento da mulher na sociedade brasileira perpassa às questões da sexualidade, da morte materna, da morbidade associada à gestação, da gestação não saudável, da gravidez indesejada, do aborto, da anticoncepção precária, do câncer de colo de útero e do câncer de mama, da obesidade, do cigarro, do álcool, da falta de qualidade da atenção à saúde, como também de questões evidenciadas na contemporaneidade, não menos ou mais importantes, mas motivo de grande preocupação, sendo o acúmulo de funções, o desemprego, a violência doméstica e urbana, o abandono familiar e social, o estresse, a depressão, e outros males, fatores importantes que contribuem ao adoecimento de mulheres (MOTA, 2013).

O papel sociocultural da mulher, naturalizado em desígnios de mãe e dona de casa, ainda são presentes na contemporaneidade, onde ocorre um movimento por parte das mulheres de libertação do passado, quando em um novo contexto social buscam independência financeira e valor no mundo do trabalho. Tal alavanca tende a propiciar a emancipação feminina, em contrapartida, ela vem acompanhada do acúmulo de funções no trabalho externo e no trabalho doméstico – cujo papel social (antigo) da mulher é mantido -, e também da perspectiva de se desenvolver outras funções que se fazem necessárias à sobrevivência e sustento familiar. Este cenário além de revelar a desigualdade de gênero presente nas relações, faz com que a mulher negligencie sua própria saúde em detrimento de um conjunto de fatores, tais como: a falta de tempo para si, a falta de proteção por parte do Estado, o acúmulo de funções que geram doenças ocupacionais, sejam elas físicas ou mentais, o cuidado com a família,

enfim, o cuidado para si mesma acaba por ser abnegado, sendo o processo de adoecimento reflexo dessa conjuntura.

Na visão de Araújo (1998), a desigualdade de gênero é fator de adoecimento nas mulheres, que embora estejam vivenciando avanços nos campos político e econômico, ainda sofrem com a naturalização dos papéis sociais que levam à diferença de gênero. Tal desigualdade será sentida muito mais entre as mulheres mais pobres, rurais, afrodescendentes e indígenas, que experimentam a exclusão social e consequentemente a não qualidade de vida de forma muito mais severa.

Pastore (2007) afirma que as diferenças entre homens e mulheres, assim como o estilo de vida e todos os males emergentes que causam e produzem adoecimento, implicam em um forte impacto na condição de saúde da mulher, que teve sua história construída culturalmente pautada na desigualdade, sendo esta, herança determinante à condição da mulher contemporânea, que luta em desconstruir o ciclo de dominação e exploração a que foram e ainda são subjugadas pelo modelo patriarcal. Esse se faz motivo essencial em se ter a discussão das relações de gênero na formulação de políticas de saúde para a mulher frente ao adoecimento.

Na experiência de mulheres pescadoras, foi possível compreender que seu processo de adoecimento está diretamente relacionado ao mundo do trabalho em que se inserem. Observou-se que o acúmulo de funções no processo de trabalho da pesca, as próprias condições precárias oferecidas pelo trabalho, a desvalorização comercial de seus produtos e de sua mão-de-obra, os riscos a que se submetem em exercer a atividade, além dos fatores emocionais atrelados as dificuldades de vida e de trabalho, tornam a mulher muito mais vulnerável em sofrer a experiência do adoecer.

As transformações no mundo do trabalho, como aponta Antunes (2005), refletem-se de maneira inequívoca na complexificação, fragmentação e heterogeneidade da classe trabalhadora, em tal medida que se passa a questionar o verdadeiro sentido do trabalho. O reconhecimento de que o trabalho sob condições inadequadas pode ser fator determinante das condições de saúde e adoecimento das mulheres pescadoras é reflexão necessária para se compreender seu processo de adoecimento.

Segundo Ólafsdottir e Rafnsson (2007) a pesca é uma das mais desgastantes e perigosas atividades produtivas desenvolvidas pelo homem, estando os pescadores sujeitos a uma gama imensa de riscos à sua saúde e à sua vida. Brasil (2009) corrobora às contribuições de Dejours (1986) que afirma ser o trabalho determinante no processo de adoecimento dos indivíduos.

3.4.1 Os fatores que contribuem ao processo de adoecimento em mulheres pescadoras artesanais

Considerando que as concepções de saúde e doença são permeadas por condicionantes histórico-sociais, a inter-relação entre trabalho-saúde-doença perpassa a reflexões acerca do corpo humano, assim como das variáveis sociais, culturais e psicológicas apreendidas pelos sujeitos. Estabelecer como tais fatores intervêm em diversas morbidades e acometimentos à saúde das pessoas, tem sido objeto de estudo de vários pesquisadores, como ressalta Polgar (1966, p. 223):

ao unirem o estudo do homem físico ao do homem social, propiciam a apreensão das complexas relações ecológicas envolvidas nas doenças humanas, contribuindo dessa maneira para o desvelamento das possíveis mudanças ocorridas durante a evolução humana.

De acordo com Brasil (2009), estudos de vários autores no campo das representações sociais da saúde e da doença, revelam que as causas das doenças e os estados de saúde vão se diferenciar conforme as características dos grupos sociais. Nesse sentido, as causas de adoecimento reveladas na experiência de mulheres pescadoras, perpassam a fatores que se relacionam direta ou indiretamente ao processo de trabalho que vivenciam na pesca.

Um dos maiores impactos na saúde das pescadoras, está relacionado ao fator econômico. Os sentidos materiais que o trabalho da pesca representa na atualidade as coloca em situação de risco social e vulnerabilidade a um processo de adoecimento.

Sobre este fator podemos observar através da fala de Azaleia, que diz: “(...) *ele mandou eu comprar uma tipóia, pra mim colocar aqui, só que eu não posso comprar*”.

A pescadora expressa a magnitude que a falta de recursos financeiros pode trazer de impacto à saúde do trabalhador. O fato da pescadora não deter de condições para adquirir a medida de tratamento ao seu problema de saúde recomendado pelo profissional médico, pode acarretar no agravamento de seu problema de saúde. E uma vez que não segue com o tratamento proposto ao problema que surgiu, comumente, as mulheres tendem a continuar no trabalho até que outro problema de saúde surja, ou o mesmo se agrave.

A dificuldade financeira vivida pelas mulheres pescadoras, perpassa à condição essencial da vida, como o direito à alimentação digna. Estar desprovida de recursos que a possibilite manter os direitos básicos, é fator causador de adoecimento. O relato de Alfazema retrata bem o reflexo de não se alimentar dignamente pela falta de exercer o poder de compra do alimento:

Você tem que ter dinheiro pra comer verdura todo dia, eu não tenho, falar verdade, eu não tenho, eu como verdura, uma vez, duas, três vezes por mês, eu não tenho dinheiro todo dia pra comprar, o que eu tenho todo dia na minha casa, é o arroz, feijão ovo e farinha, agora carne todo dia a gente não tem, peixe não tem todo dia, quando pega a gente tem, muitas vezes a gente vai pescar e não pega nenhum (ALFAZEMA).

A experiência da pescadora revela uma vida marcada pela desigualdade socioeconômica da qual contribui ao processo de adoecimento, uma vez que o consumo de alimentos ricos em minerais, vitaminas, carboidratos, proteínas, se faz necessário a garantia de uma alimentação que permita a manutenção do organismo saudável (BRASIL, 2009). O fato de terem dificuldades em se alimentar adequadamente contribui para que adquiram doenças já identificadas nesse estudo, como a hipertensão e diabetes por exemplo.

Outro aspecto relacionado à dificuldade financeira diz respeito aos projetos ainda não alcançados pela família da pescadora em virtude da falta de condições para isto. A manutenção e sustento dos filhos, que à medida que alcançam idade para traçar seus objetivos e demandam de investimentos, muitas vezes ficam ao encargo das mulheres, das mães, que buscam solucionar ou oportunizar aos filhos aquilo que não tiveram em suas vidas. A fala de Cerejeira revela esse aspecto da dificuldade

financeira que enfrentam as famílias pescadoras, mas também retrata o insucesso de ainda não ter alcançado o objetivo da filha:

A minha filha tem vontade de fazer curso, aí eu corro atrás do curso pra ela e tenho que pagar R\$ 200,00 (duzentos reais). Então se eu não tiver os R\$ 200,00 (duzentos reais), não tenho como dá um futuro pra ela. Ela fica com raiva porque não tem curso. Aí eu falo filha vai trabalhar – ela fala “eu não tenho curso” e sua cabeça vai à mil (CEREJEIRA).

Quando a pescadora diz “e sua cabeça vai à mil”, pode-se entender que existe em meio à adversidade, marcada pela questão socioeconômica, o sentimento de frustração, preocupação, desejo de romper limites, mas também quando diz: “*Aí eu falo: filha, vai trabalhar*”, revela como o valor do trabalho se configura como estruturante entre as mulheres, que em sua maioria exercem tal atividade desde que crianças e têm nele o sentido de viver. Ficou para a pesquisadora bastante claro a influência que o estado mental exerce sobre a vida e cotidiano das pescadoras.

Na formulação de Dejours (1986) processos de fadiga ocorrem devido: excesso de informações; necessidade de tomada de decisões rápidas; falta de controle sobre o próprio tempo e sobre o ritmo, turno, jornada, divisão do trabalho – esvaziamento do conteúdo, da tarefa, distância entre planejamento e execução; distância entre o real e o prescrito, acúmulo de tarefas, fragmentação do trabalho, etc.; o que se configura processo gerador de doenças.

Ao denominar “sofrimento mental”, o autor o relaciona à uma carga mental se utilizando das noções de sobrecarga, que irá indicar fadiga, esgotamento, a não qualidade do trabalho realizado, não indicando obrigatoriamente doenças mentais. Quando Alamanda diz: “*Muita preocupação. Sai às 5 da manhã, tem que fazer a janta pra levar almoço*” (ALAMANDA), revela que o trabalho requer dela tempo; tempo para o preparo da alimentação do dia seguinte no ambiente de trabalho, - geralmente, esta atividade é feita no findar do dia ao retornarem do trabalho e, ao chegar em casa ainda realizam as tarefas domésticas - , implica em noites mal dormidas, quando o início da atividade na pesca exige que seja realizada ainda de madrugada; o que gera “*muita preocupação*”, como expresso pela pescadora, preocupação de não ser este esforço suficiente para manutenção da família em suas necessidades, de dar conta de todas as atividades sob sua responsabilidade, indo tal realidade de encontro ao que Dejours

(1986) fala sobre sofrimento mental, causado nesse contexto, pelos fatores emocionais do esgotamento, das preocupações presentes no cotidiano e dinâmica de vida dos trabalhadores.

Ainda relacionando a doença ao trabalho, na fala de Amarílis ela diz: *“Eu acho que o que dá problema, é que você joga a tarrafa num vem nada, joga outra vez num vem nada, aí sim a cabeça dói, dói o coração, dói tudo”* (AMARÍLIS). O fato de não obter resultado com o trabalho, em particular na prática da pesca artesanal, que depende de fatores que fogem ao domínio do homem, gera na mulher pescadora um sofrimento que é fruto da instabilidade do trabalho da pesca, ou seja, se não se obtém o produto que é gerador de renda para a família e acima disso, é o próprio sustento, *“aí sim”* é que se sente no físico e na alma as dores da preocupação, da fadiga, da ansiedade por prover o sustento, como também relata Azaléia: *“(...) não ter hora pra voltar, você vai virar uma rede você topa alguma coisa, tem hora que você não topa nada, vem com a mão vazia, entendeu, isso tudo aí”* (AZALÉIA).

Motivo de preocupação revelado pelas pescadoras além das questões relacionadas ao trabalho, dizem respeito aos conflitos familiares que podem gerar aborrecimentos, estresses, mal-estares, e ser este, fator que gera adoecimento. Como fala Iris e Girassol: *“Eu acho que é o ambiente de não estar bem com a família, por algum aborrecimento”* (IRIS); *“Se você não está bem na sua casa, com seus filhos, seu marido, você não fica bem, você não está bem, entendeu? Se você não está bem com a família que você vive, não tem como ficar bem, até com uma amiga, se você fica mal com ela, acabou, você fica arrasada”* (GIRASSOL).

O não estar bem com a família é revelado pelas pescadoras como fator que pode atrapalhar o desenvolver de suas atividades, pois se não estão bem com a família, não estão bem consigo mesmas, logo, o trabalho pode vir a ser prejudicado pelo adoecimento, nesse sentido, em uma dimensão psíquica e subjetiva do indivíduo, pois não objetivamente, os aborrecimentos e conflitos familiares são geradores de adoecimento, mas podem se tornar como tal dependendo da estrutura psicossocial do sujeito e como ele lida com tais questões. A partir da experiência das mulheres pescadoras, pode-se entender que tais fatores, são atentados por elas como

importantes ao se referirem àquilo que emocionalmente pode causar-lhes mal-estares e contribuir a um processo de adoecimento.

A noção de insatisfação com algo também surge entre as falas das pescadoras, como Camomila relata ser pra ela fator que pode lhe causar adoecimento a insatisfação com o meio onde vive, se referindo a comunidade, ao estilo de vida, e diz: *“Eu pra mim é você não estar bem, no ambiente com família, não estar bem com o que faz, onde mora, algo que te deixa insatisfeito”* (CAMOMILA). Quando a pescadora diz: *“não estar bem com o que faz”*, faz referência ao trabalho visto por muitas mulheres como elemento que produz insatisfação, devido às dificuldades de sobrevivência por ele.

O elemento da insatisfação também surge na fala de Angélica, que revela encontrar em seu corpo um problema, problema este, que é expresso em sua fala indo para além de questões de saúde, mas perpassa também ao aspecto estético, por ser o fato de estar em sobrepeso, gerador de sentimentos ruins, como frustração e incapacidade. *“Eu tenho preocupação, por fato de eu ser gordinha assim sabe, fico cansada, eu não corro, eu não gosto de ir ao médico, tomo muito chá”* (ANGÉLICA).

Além dos fatores já abordados pela pesquisadora como relevantes ao processo de adoecimento, os riscos ocupacionais são se configuram menos importantes, sendo este muito expressado pelas pescadoras ao discorrerem sobre seus ambientes de trabalho.

De acordo com Carloto (1998), a mulher trabalhadora é sujeita às condições de trabalho que devido sua precariedade contribuem ao processo de adoecimento vivido por elas:

Os processos de adoecimento vêm se tornando mais graves em função das condições precárias de trabalho vividas principalmente pelas mulheres, que se caracterizam por baixos salários, aumento do chamado trabalho informal e em domicílio, subcontratação - ou contrato por tarefa sem carteira assinada e sem direitos trabalhistas (CARLOTO, 1998, p. 9).

As precárias condições de trabalho encontradas nas atividades da pesca artesanal, aliadas ao histórico abandono dessa categoria de trabalhadores, repercutem em agravos à sua saúde e segurança. Além de as pescadoras, muitas delas, trabalharem

informalmente ou como autônomas, estas porém sem respaldo garantido pelo Estado por não contribuírem com a previdência, enfrentam as duras dificuldades de terem que trabalhar com recursos próprios escassos, como equipamentos inadequados e ultrapassados, que não garantem sua segurança no trabalho, sendo este, fator que causa adoecimento.

Sobre os riscos relacionados à falta de instrumentos apropriados para o trabalho, as pescadoras relatam: *“É o dia inteiro sentada no bote filha, sentada na tábua dura”* (LÓTUS); *“(...) É motor pesado, remo, minhas munheca está tudo desmontando de tanto remar”* (GARDÊNIA); *“fica tudo reclamando de dor, rapaz, quando ta desse jeito aí, principalmente quando rema bote, eu não tenho motor, remo de bote, agora vou comprar um motor pra mim, mas é a mesma coisa, num tem uma que não reclama, porque é difícil”* (CRAVO).

O fato de terem que trabalhar por um dia inteiro sentadas em assentos rígidos, ter de remar pela falta de motor, e quando têm, é pesado, exigindo para a atividade de esforço braçal, significativamente têm sua saúde ameaçada, iniciando-se um processo de adoecimento muitas vezes de imediato, na manifestação de dores no decorrer do trabalho, ou no findar das atividades, quando em casa ainda partem para a outra jornada de trabalho.

Além disso, quando se discute o trabalho artesanal do pescador, veem-se o sol e a lua como teto e companheiros de jornada do trabalhador (BRASIL, 2009). Quando verificados os fatores ambientais que interferem no cotidiano das mulheres pescadoras e exercem papel de causador de adoecimento, surgem em suas falas as queixas quanto à exposição ao sol, chuva, lama e mosquitos. Sobre isto também dizem Sá; Sá e Diniz (1997): “[...] situações ambientais têm forte interferência na criação das condições de adoecimento, na manifestação e na incidência de doenças, e, às vezes, na própria origem de patologias” (SÁ; SÁ e DINIZ, 1997, p. 135).

Sobre à exposição ao sol, as próprias pescadoras o relacionam a possíveis doenças, como dor de cabeça, hipertensão e câncer de pele, dengue, conforme os relatos: *“Eu por enquanto, não sinto nada, há não ser uma dorzinha de cabeça quando pego sol”*

(LAVANDA); *“Devido o sol, a pressão fica alta, porque tenho problema de pressão alta, sou hipertensa”* (PRÍMULA).

Jasmim também relata:

Além do sol quente, mosquito. Imagine se uma pessoa pega uma doença pegando camarão, no mangue que é a dengue mesmo, que a água parada mesmo, quando a maré enche e a água fica ali, como é que vai enfiar o pé ali. Complicado...depois é o problema de pele por causa do sol, porque quem pesca, coloca a rede ou quem pesca com linha mesmo, muito sol e os pescadores não utilizam filtro solar, é muito difícil. Então fica complicado, câncer de pele (JASMIM).

Observa-se na fala da pescadora Jasmim, que a grande maioria dos pescadores, não contam com o recurso de proteção do bloqueador solar. De acordo com Leitão (2013), nas regiões Norte e Nordeste do país já se é possível relacionar a incidência do câncer de pele em pescadores a projetos que visem tornar o olhar dos setores públicos mais atentos à saúde e qualidade de vida do pescador, que ainda sofrem com a falta de políticas públicas que lhes garanta condições mínimas de qualidade de vida sustentável.

O contato com a lama quando se realiza a captura do peixe nos mangues, também é concebido pelas pescadoras como penoso, exigindo maior esforço delas, quando na lama se tem que arrastar o pescado, como conta Bromélia: *“(...) você arrastar de dentro d’água com as vezes camarão naquela época tinha muito camarão, você puxar aquilo ali com lama, com tudo, é peso, muito peso”* (BROMÉLIA).

Além disso, a exposição aos mosquitos e outros animais também se configura em riscos à saúde das mulheres, que afirmam a eles serem expostas quando estão pescando, podendo ser picadas ou sofrendo alguma intercorrência pelos agentes: *“Fica lá a semana toda na beira do barranco dormindo, mosquito, maruíra, muriçoca, cobra, tudo”* (LÓTUS); *“(...) sem contar os mosquito, oh, isso aqui tudo é marca de mosquito”* (BEGÔNIA).

O fato de serem expostas ao sol e à água ao mesmo tempo, tornam as mulheres vulneráveis ao acometimento de doenças: *“A gente tá no rio, toma sol, aí depois a*

chuva vem, bate na gente” (TULIPA); *“A gente já tá com os pés dentro d’água, ainda vem chuva por cima”* (IRIS).

Outro fator de adoecimento é o fato de as pescadoras ficarem mergulhadas na água por horas, ou estarem expostas à água gelada, dependendo do tipo de pescaria que desenvolvem. Em seus relatos fazem referência ao que chamam de “friagem”, que é justamente o contato que têm com o gelo, tanto na pescaria quanto no beneficiamento do pescado, quando realizam o processo de limpeza e armazenamento. Suas queixas se relacionam ao estado de dor que a “friagem” acarreta, como também dizem sentir as pernas e os pés ardendo ou queimando, e terem com isso consequências nas noites de sono comprometidas com a não qualidade do sono. Verifica-se nas falas seguintes: *“Quando eu estou dormindo, eu pesco muito, quando chega a noite eu não durmo direito de tanta friagem nas pernas. Dói demais que eu não consigo dormir”* (COPO DE LEITE); *“(…) só que pega friagem nos pés. To aqui, mas meu pé tá doendo, dói, arde, queima”* (BEGÔNIA); *“Dói muito à noite as pernas. Esse osso aqui oh, parece que está quebrando”* (GLORIOSA).

Além disso, Lótus relaciona o fato de serem molhadas com a miragem da rede quando estão no alto-mar, o que acarreta problemas na coluna, segundo a pescadora: *“(…) esses problemas que tem aí de coluna, é mais da molhação, se vai mirar a rede se molha tudo”* (LÓTUS).

Não foi identificado nas falas das pescadoras nenhum fator apontado por elas que pudesse evitar os impactos da água, ou da “friagem” em seus corpos. Sabe-se que não são adotadas pelas pescadoras medidas de segurança com vistas ao amenizar a hipersensibilidade causada pela água gelada, como o uso de roupas apropriadas para a atividade, por exemplo.

Ainda sobre as causas que contribuem ao processo de adoecimento entre as mulheres pescadoras, foi possível ser identificado que a situação de violência é um fator evidenciado entre a categoria de pesca. O relato da pescadora Gérbera surgiu espontaneamente em meio a discussão do grupo focal, em momento em que se norteava as questões que geravam nas mulheres o adoecimento, não tendo sido feita nenhuma ponderação direta pelo facilitador do grupo quanto ao acometimento da

violência entre as mulheres. Acredita-se que a pescadora se sentiu na liberdade para nessa ocasião relatar sua experiência marcada pela violência física sofrida no ambiente de trabalho, em alto-mar, pelo seu companheiro; ficando evidenciado que este fator é produtor de adoecimento nas mulheres, conforme se revela no relato da pescadora:

Olha só, quando eu pescava direto, eu tomava até cacetada de remo no bote do meu ex-marido, entendeu...até cacetada de remada eu já tomei, aí hoje em dia, eu não pesco direto, não pesco, mas eu já tomei, é um negócio que eu nunca esqueço (...) Nem posso te explicar como me senti, até hoje eu não esqueço, não esqueço, e quando aconteceu isso comigo eu tava, foi uma coisa que ele falou no bote, ele tava na frente com a tarrafa, e eu cooperando pra ele jogar a tarrafa, e ele falou um negócio que eu não gostei, fui responder, ele me sentou o remo assim (apontou para a cintura) que eu fiquei rolando igual uma cobra, eu não desmaiei, não desmaiei porque eu rolava né, mas eu pela voz não saía. Então tudo isso né, a gente vai guardando aquilo assim, eu sinto revolta até hoje, e não esqueço. Foi um negócio que eu falo pra algumas pessoas, dentro da minha casa mesmo, com meus filhos, pouco tempo agora que comentei isso entendeu... porque eles gostam muito do pai, e eles conversando assim, sempre tem um que fica apoiando assim né; aí eu peguei e comentei isso, sabe, então eu não pesco, mas vivo na pesca; foi pai, avô, meus tios todos, primos, todos eles é da pesca (GÉRBERA).

Fica evidente na fala da pescadora, que a experiência de violência vivida por ela, lhe desencadeou o afastamento do trabalho, além de ter a pescadora que lidar com questões de cunho emocionais, fruto do trauma vivido, como bem expressa: *“eu sinto revolta até hoje, e não esqueço”*. A fala da pescadora foi carregada de sentimento que ao relatar a experiência, disse não exercer a atividade da pesca em decorrência da lembrança do que lhe aconteceu. Observou-se que o convívio de tal essa experiência é para a pescadora ainda motivo de sofrimento psíquico.

Na concepção de Lucena (2010), mulheres que sofrem com a violência podem ter sua integridade físico-mental agravadas com patologias crônicas que chegam muitas vezes a incapacitá-las para o exercício de qualquer outro tipo de atividade. De acordo com a autora, as doenças que se relacionam como consequência da violência sofrida ligadas a problemas emocionais, é principalmente a depressão e ansiedade, fazendo menção também a doenças psicossomáticas, distúrbios do sono e de alimentação, dificuldades de memória, concentração e atenção.

A autora ainda afirma que a violência física nunca está dissociada à violência psicológica e sobre isso diz:

Atacar o corpo/mente da mulher significa lhe impor a condição de submissa. Por isso mesmo, as agressões têm sempre o caráter psíquico articulado ao físico. O ser em totalidade sofre no corpo/alma que são inseparáveis. As feridas do corpo/alma, visíveis ou não, por isso mesmo, representam o ser em sofrimento. A linguagem corporal constata, através da dor, a destruição da autoestima feminina. Situações de chantagem, de manipulação e de vários tipos de ameaças podem finalmente, levar ao suicídio e/ou a um padecimento sem fim (LUCENA, 2010, p. 186).

Cabe aqui ressaltar, que a violência contra mulheres é importante indicador de que a existência da subordinação sexual ainda prevalece, sendo a violência de gênero, segundo Minayo (2006), reflexo das relações entre homens e mulheres estruturalmente construídas sob dominação e opressão, de modo que atravessa classes sociais, raças, etnias e faixas etárias.

Segundo a autora, o fator da violência é um complicador no estado de saúde das mulheres brasileiras, podendo ser o fator desencadeador de várias doenças que têm acometido as mulheres, constituindo perfil de agravos à saúde das mulheres as doenças crônicas e degenerativas.

Considerando o recorte de gênero nas relações de desigualdade entre homens e mulheres, o preconceito vivido pelas pescadoras, por serem pescadoras, como relatou Rosa, perpassa à desigualdade histórica sobre os papéis sociais das mulheres e dos homens, sem deixar de se levar em conta que a visão da sociedade sobre o papel da mulher ainda está relacionada ao que lhe é atribuído, tornando a vida das mulheres pertencentes a camadas mais pobres, muito mais marcadas pelo contexto social de subalternidade em que se inserem. Sendo assim, o preconceito que ainda enfrentam mulheres pescadoras, tanto fazem relação com a desigualdade socioeconômica em que a categoria de pesca se insere como desvantajosa, como na relação de que a mulher exerce uma atividade não comum ao seu sexo, dita pela divisão sexual do trabalho como própria do ser masculino. A fala de Rosa representa bem este aspecto:

A gente sofre muito. Pescador, pescadora, quando a gente deixa um cadastro numa loja, parece que a gente nem trabalha, parece que a gente nem trabalha, fica sentindo nojo da gente, o dinheiro que a gente ganha é diferente dos (dos) outros? a única diferença é que é menos, porque se fosse mais eles davam mais valor a gente (ROSA).

Na visão de Mendonça *et al* (2000) o enfrentamento da desigualdade no Brasil, que se estabeleceu na sociedade como algo estável, implica na reformulação do sistema produtivo e do acúmulo de riquezas e exploração dos recursos, somente assim se alcançará uma distribuição de renda igualitária a todas as camadas sociais e trabalhistas. Certamente, este é um processo, considerado por muitos como utópico, já que o modelo regente do capitalismo se sustenta em um ciclo que sempre se reaviva, sendo este, produtor de relações pautadas em perspectivas preconceituosas e discriminatórias, sendo ainda mais agravante o seu papel de estruturar pensamentos e construir no imaginário das pessoas a ideia que bem lhe é conveniente para sua manutenção. Nesse contexto, a realidade das comunidades tradicionais, do qual se inclui as de pesca, sofrem ainda mais severamente com os preconceitos, frutos das desigualdades não só socioeconômicas, mas no próprio pensar dos indivíduos induzidos a um pensamento que discrimina.

O valor atribuído ao preconceito pela pescadora, pode ser em sua percepção, gerador de adoecimento, já que a categoria por si só é desvalorizada perante a sociedade, o que causa maior impacto sobre as mulheres que têm de lidar com o preconceito de serem quem são.

3.4.2 As consequências de um processo de adoecimento no contexto de mulheres pescadoras artesanais

Visto que saúde e doença estão atreladas uma a outra, e na percepção das mulheres pescadoras artesanais, falar de saúde implica também falar de doença, e considerando, como já visto, que as causas que levam as mulheres a vivenciarem o processo de adoecimento está diretamente em suas experiências relacionados ao processo de trabalho por elas desenvolvido, as consequências de tal adoecimento não poderiam estar dissociadas do complexo do trabalho. Os fatores identificados nas falas das mulheres, concebidos por elas, como consequência da experiência do adoecimento, são todos ligados ao fato de não poder trabalhar em virtude do acometimento de doenças, onde a própria doença é negligenciada para que se continue a trabalhar, quando não lhe restam alternativas para a sobrevivência.

Diante o evento da doença instalada em seus corpos, as mulheres se deparam com a nova realidade de ter que se afastar do trabalho, modificando a dinâmica de vida de seu costume, tendo muitas vezes que depender de familiares, amigos e vizinhos para efetuarem alguma atividade. Há aquelas como Begônia, que contam com o esposo como provedor da casa, interferindo na estrutura familiar de modo que o sustento ainda tem fontes de ser provido, como relata: *“(...) eu tenho meu esposo, ele pesca, eu pescava com ele, parei porque adoeci, aí eu dei um problema de derrame né, ele num quis me levar mais pro rio”* (BEGÔNIA).

Outras pescadoras relatam, que devido adoecimento foram proibidas de exercer a atividade da pesca, como Frésia e Alfazema. Porém, a diferença é que Frésia segue a recomendação médica de realizar a atividade apenas acompanhada de alguém, enquanto Alfazema não tem em sua recomendação ressalvas, necessitando de ser afastada integralmente do trabalho, o que não acontece de acordo com seu discurso.

O médico proibiu de eu ir pescar sozinha, porque arriscado dar tonteira lá no rio, e cair do bote, aí proibiu de pescar sozinha, então tem que ir com ela (se referindo a companheira ao lado) ou com a outra que não veio porque está doente. Eu não pesco sozinha, só pesco com uma pessoa (FRÉSIA).

(...) então (médico) me proibiu de pescar, às vezes de teimosia eu vou pra casa do meu irmão e pesco pros filhos dele, mas não é sempre não (...) e estou proibida de pescar, porque lá em casa eu já tomei umas quatro quedas, de não conseguir ficar em pé e buf no chão; então me proibiu de pescar (...) (ALFAZEMA).

Percebe-se nas falas das pescadoras que o significado de adoecer para a realidade de não trabalhar é concebido de maneira diferenciada, conforme suas estruturas de vida, que minimamente variam dentro de seus universos, o que vai determinar suas condutas perante a doença que as impossibilita ao trabalho. Algumas, representada por Begônia, se afastam do trabalho, mas contam com o apoio financeiro dos companheiros, facilitando tal afastamento, que muitas vezes, podem as mulheres recorrerem a outras atividades. Outras, seguirão as recomendações feitas pelo profissional médico, como é o caso de Frésia, e ainda outras insistirão em realizar suas atividades. Este terceiro grupo de mulheres pode ter tal posicionamento frente a duas questões, a primeira diz respeito à sobrevivência, como veremos adiante, e a outra pode ter relação com o fato de encontrar no trabalho sentido de vida, e por isso, ainda que debilitadas, realizam aquilo que só sabem fazer, pescar.

Dentre as falas das pescadoras que fazem referência às consequências do processo de adoecimento, surgem relatos e expressões que revelam a conduta de negligenciar a doença por questões de sobrevivência. Observou-se que na percepção das mulheres dar importância a doença implica em se sujeitar à possibilidade de afastamento do trabalho, e por temer a eventual possibilidade, muitas sentem as dores sem ao menos pô-las em investigação, ou ainda há aquelas que buscam identificar as causas, mas que porém, não contam com a eficiência dos serviços públicos de saúde, o que contribui para a manutenção da ideia e prática de permanecer no trabalho, ainda que acometidas por alguma doença ou mal-estar. Na fala de Orquídea, é possível compreender tal realidade:

(...) mas a gente vai aguentando, vai tentando guentar, parece a dor, aí toma remédio daqui, toma remédio dali e vai passando, mas aí quando a gente vê que não tem mais jeito, e a gente, igualmente eu, já tem muitos dias, muitos meses que eu to querendo fazer os exames (...) a maquinata gastando mesmo, aí aparece isso aqui, aparece isso aqui... (ORQUÍDEA).

O fato de a pescadora ir *“aguentando”*, significa que ela mesma reconhece o estado de saúde desfavorável ao trabalho, pois como própria referiu o corpo, cansado pelo trabalho, como *“maquinata gastando mesmo”*, compreende que o surgimento de doenças e dores, ainda que controlados por medicamentos por um tempo, são indícios de um processo de trabalho severo; mas, enquanto houver a possibilidade de *“burlar”* a doença, continuam *“aguentando, vai tentando guentar”*.

Expressões nesse sentido, também são reveladas com Margarida, Girassol e Açucena; respectivamente, dizem: *“Eu, graças a Deus, sinto uma dorzinha nas costas, mas também não fui ao médico para saber se é coluna se não é, uma dorzinha no braço, mas não me proíbe de pescar não, por enquanto neh”* (MARGARIDA); *“Eu tenho problema de pressão alta, problema de coluna, mas tem que trabalhar neh, não tem jeito, e sou hipertensa também”* (GIRASSOL); *“Sinto umas dorzinha, mas por enquanto dá pra pescar”* (AÇUCENA).

Ou seja, ainda que reconhecidas pelas pescadoras, as doenças não são impedimento ao trabalho, apenas quando, reiterando a fala de Orquídea *“quando a gente vê que não tem mais jeito”*, aí é que buscarão alternativas ou aceitar as consequências

causadas pela doença, muitas das vezes, já agravadas pelo fato de busca por tratamento tardiamente.

O processo de adoecimento vivido pelas mulheres pescadoras, é implicado pelas condições de vida e de trabalho oferecidas a elas. Reverter essa lógica, requer valorização do trabalho da pesca para que até mesmo as estratégias de enfrentamento utilizadas por elas frente ao adoecimento, se tornem eficientes.

3.5 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PELAS PESCADORAS PARA LIDAR COM O ADOECIMENTO

Concone (2008) afirma que para lidar com o sofrimento/enfermidade, todas as culturas, qualquer cultura, produz um saber médico. Um saber voltado para a terapia e para a prevenção. Nesse sentido, prossegue a autora: “[...] as formas de lidar com a doença/enfermidade/sofrimento dependem dos modos de entendê-la, e de entendê-la em face do corpo e do mundo. Isso vale para as medicinas eruditas e tanto quanto para as populares” (p.234).

Na visão de Concone (2008) a cultura popular ao oferecer uma visão integradora entre corpo e alma se contrapõe à visão que a cultura da medicina científica alimenta, propiciando àqueles que buscam respostas ao seu sofrimento irem além dos limites impostos por um único saber, permitindo-lhes recorrer, como o fazem em comunidades tradicionais, às variadas formas de lidar com o adoecimento, seja popular, científico ou religioso, disponíveis em seu meio e em sua comunidade, conforme a necessidade e a morbidade apresentada.

A autora nos permite entender em como os sujeitos, diante das ofertas que vão do campo médico científico às formas alternativas e paralelas – as religiosas inclusive, buscam em muitos casos por tratamentos alternativos à medicina erudita (CONCONE, 2008). As medidas que os indivíduos utilizam para lidar com as doenças têm se modificado, na visão da autora, tanto em função de mudanças sócio-culturais profundas, quanto das condições materiais de produção da existência do homem.

De acordo com Alves e Rabelo (1999) “as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores” (Alves & Rabelo, 1999:171). Também escreve Laplantine (2004):

Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinais populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, e existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra, sem dúvida, disposto a eliminar. O que constitui o sucesso e a perenidade dessas terapias (e que nos permite também perceber mais nitidamente o que é negado pela medicina erudita) é o fato de o indivíduo doente jamais chegar a se conformar com a questão do porquê (por que me encontro neste estado e por que eu?) de sua doença (LAPLANTINE, 2004, p. 220).

Nos discursos expressos pelas pescadoras, encontram-se estratégias comuns de enfrentamento das doenças; donde percorrem circuitos de atendimentos paralelos, a medicina popular e a oficial, dependendo da gravidade da doença e de qual membro da família está acometido, estando suas ações relacionadas com suas concepções de saúde-doença e o que o processo de adoecimento representa em suas vidas. Queiroz (1993, p. 274) define medicina popular “como sendo todas as representações e práticas relativas à saúde e à doença que se manifestam independentemente do controle da medicina oficial, ou seja, aquela medicina institucionalizada e regulamentada pelo poder público constituído”.

Nesse sentido, foram observados nas falas das pescadoras áreas distintas nas quais se manifesta a medicina popular: a medicina religiosa, com base nos benzimentos e conexão com o ser espiritual através de orações, onde encontram apoio e forças para seguir adiante na vida marcada por adversidades e, a medicina caseira, com base nas ervas medicinais, cujo valor atribuído por elas faz referência a um estado de alívio e bem-estar encontrado através do uso das ervas.

A atribuição a um ser espiritual que tem o poder de curar é representada nos discursos com intenso fervor. Foi possível identificar que há neste campo variabilidade de concepções espirituais, mas de modo geral, as pescadoras artesanais demonstram

ter em Deus uma confiança que não existe de igual forma em outra estratégia de enfrentamento frente aos seus processos de adoecimento.

Olha, eu converso sozinha na pia, vou entregando tudo na mão de Deus, então meu problema fica na mão de Deus pra Ele me ajudar a resolver, a melhorar, às vezes eu conto para uma amiga o que está acontecendo, mas é só Deus mesmo que converso, à noite, eu ajoelho, faço minha oração, peço a Ele, e eu tenho recebido muita graça de Deus, por eu ter fé Nele e por eu ter buscado a Deus, eu tenho buscado e só Ele pra resolver (GIRASSOL).

Foram percebidas falas que dizem respeito a um conjunto de concepções dentro do campo da medicina religiosa. A prática de orar a Deus foi muito ressaltada pelas pescadoras, que afirmam encontrar em tal prática uma conexão que as faz se sentir mais aliviadas sobre determinada situação, em particular, na busca pela cura, que ao orarem a Deus a receberão. Iris, Copo de Leite e Gardênia, também falam a respeito: *“Eu sofria muito dos rins, através de muitos remédios e orações eu fiquei boa, graças a Deus”* (...) (IRIS); *“Oração a gente precisa né”*. (COPO DE LEITE); *“A gente pede a Deus saúde né”* (GARDÊNIA).

Nas falas de Gloriosa e de Liz, percebe-se que em Deus encontram o apoio para o trabalho, que é marcado pelas dificuldades de vida e de péssimas condições, mas que em Deus podem sentir que de alguma maneira, as adversidades são amenizadas, e falam: *“Deus fala: faz sua parte que eu te ajudarei”* (GLORIOSA); *“Você precisa pegar o peixe, precisa de dinheiro; é você quem precisa de jogar a rede, Ele (Deus) te dá forças pra jogar a rede”* (LIZ).

Também sobre o apoio em Deus, o exercício da fé se materializa em frequentar uma entidade religiosa, no caso, à igreja, orações e leitura da bíblia, recursos que integram um conjunto de estratégias utilizadas pelas pescadoras no campo da medicina religiosa. Camomila em seu relato afirma ter uma fé tamanha que, geralmente, não precisa recorrer à medicina oficial, tendo suas necessidades sanadas pela crença em Deus, símbolo para ela de “médico dos médicos”:

Eu vou na igreja e também peço oração, peço ao Senhor que me ajude, me dê saúde, uso muito recurso, bíblia, e peço a Deus; não sou muito de ir a médico. A maioria das vezes resolve, acho que minha fé é tão grande, eu creio que Deus é o médico dos médicos, e pode todas as coisas, e creio, sempre acredito, confio e Ele sempre faz (CAMOMILA).

Outra prática relata foi a do benzimento. Segundo Bourdieu (2011) o benzimento é tido como prática mágica, que visa objetivos concretos específicos, parciais e imediatos, e encontram-se dentro do contexto do ritual²¹, palavras e gestos que vão interferir no processo natural das coisas.

A benzedeira também é bom porque meu menino que pesca, ficou muito gripado, é uma tosse, tosse, oh, ele quase morreu, então, eu levei em médico, tomou muitos remédios, pediram até exame de escarro dele, eu levei no posto, quando cheguei lá, chegou a cair lágrima do meu olho quando a moça falou assim, “cadê o menino tuberculoso?!” Aí fez o exame, não deu nada, e quando eu cheguei em casa, uma mulher falou bem assim pra mim: “leva ele pra benzer”, e benzeu duas vezes, e ele sarou. Eu acho assim, tudo é Deus, mas se você tem fé e tem a palavra de Deus no meio, tudo cura. Não adianta você pedir a Deus e não correr atrás (GÉRBERA).

Gérbera aponta a prática do benzimento como interlocução com a cura. Em seu relato observa-se que antes de buscar o benzimento para solucionar um problema de saúde apresentado em seu filho, recorreu à medicina ocidental, mas não obteve sucesso. O simples fato de crer que a prática religiosa buscada tem capacidade de agir no movimento de realizar a cura de doenças, já a torna na concepção das mulheres, estratégia de enfrentamento ao adoecimento.

Muito mais popular culturalmente entre comunidades rurais tradicionais, o uso de ervas medicinais segundo Brasil (2009) é parte dos usos e costumes de uma tradição repassada por gerações. Nas comunidades pesqueiras de Norte a Sul, se constata que as ervas medicinais fazem parte do saber popular das pescadoras.

Para Leitão (2013), fazer uso de ervas, é para as pescadoras manter a tradição da comunidade e dos costumes tradicionais perpetuados desde os ancestrais. Além disso, os poucos estudos sobre a saúde das mulheres pescadoras que identificam este fator, em sua totalidade, afirmam que existe crença por parte das pescadoras no uso das ervas que irão promover a cura de doenças.

Nesse sentido, o uso de ervas medicinais é apontado pelas pescadoras como estratégia de enfrentamento frente ao adoecimento, conforme revelados nas falas que

²¹ “O ritual é uma linguagem convencional pela qual se exprime de maneira imperfeita, o jogo de imagens, e dos sentimentos, íntimos, ele se torna, para nós, a própria realidade”. (MAUSS, 2005, p. 251).

se seguem: *“Essa noite mesmo meu menino tomou chá de cidreira que eu fiz, a gente dorme melhor”* (LÓTUS); *“Eu tomo capim cidreira”* (IRIS); *“Uso bastante o de camomila, alfazema e manjeriço”* (AMARÍLIS); *“Tomo alcachofra todo dia”* (CALÊNDULA).

O uso da erva-cidreira ou capim-cidreira apontado por Lótus e Iris, é indicado para provocar na pessoa estado de relaxamento e induzi-la ao sono, também pode ser recomendado para epilepsia, perturbações nervosas, insônia, desmaios, histeria, enxaqueca, hipocondria e vertigem. A erva também possui propriedades medicinais que beneficiam o sistema digestivo, combatendo vários distúrbios intestinais, flatulência e cólicas.²²

O chá de camomila é indicado para aliviar a insônia, reduzir a ansiedade e amenizar os sintomas causados pelo estresse, inclusive no alívio de dores de cabeça, devido suas propriedades sedativas e calmantes²³. Já a alfazema, também utilizada por Amarílis, possui efeito calmante, alivia dores de cabeça, como a enxaqueca, e problemas circulatórios também podem ser combatidos com a erva²⁴. Rico em vitamina A e K, o manjeriço, também citado pela pescadora, beneficia a visão, o aparelho digestivo e tecidos pulmonares, com propriedades curativas²⁵.

O uso da alcachofra, consumido diariamente por Calêndula, pode agir no combate a taxa de colesterol elevada, associado a outros fatores, e contribuir ao emagrecimento²⁶.

Ainda percebe-se no relato de Caliandra, a descrição do preparo do chá da erva que faz uso:

Eu uso saião, sabe o que é saião? Eu lavei um punhado de folha de saião, e botei uma camada de açúcar, uma camada de folha e uma camada de açúcar,

²² Disponível em: ><http://www.plantasmedicinaisfitoterapia.com/erva-cidreira.html><.

²³ Disponível em: ><http://www.plantasmedicinaisfitoterapia.com/camomila-matricaria-recutita.html><.

²⁴ Disponível em: ><http://chabeneficios.com.br/cha-de-alfazema-indicacoes-e-beneficios-desta-infusao/><.

²⁵ Disponível em: ><http://www.plantasmedicinaisfitoterapia.com/manjericao-ocimum-basilicum.html><.

²⁶ Disponível em: ><http://www.plantasmedicinaisfitoterapia.com/alcachofra-para-emagrecer.html><.

uma camada de folha, e depois botei no fogão no fogo baixo e tapei e deixei suar. Depois peguei aquela água, aquele caldo e tomei, graças a Deus (CALIANDRA).

A planta utilizada por Caliandra possui atividades antibacterianas e seu uso é bem frequente por pessoas que sofrem de doenças infecciosas. Tradicional na região da Amazônia, os índios a utilizam para infecções respiratórias, tosse e febre²⁷.

Se apoiar na família diante adversidades da vida e principalmente quando se tem alguém na família doente, é considerado pelas mulheres como estratégia que contribui na lida com o adoecimento, como retrata Maracujá:

A família da gente também é muito importante, porque as vezes acontece as coisas na vida da gente, e a gente sempre tem um ou dois na família que a gente vai conversar, contar os problemas e cita conselhos pra gente. Então a família também é muito importante na vida da gente. Em primeiro lugar nós sabemos que é Deus, igual minha irmã lá em casa deu câncer maligno, e graças a Deus, ela de seis em seis meses faz exame e não tem nada e, a família ajudou bastante ela (MARACUJÁ).

Na visão de Rolim *et al* (2004) a família se configura fator de proteção para aquele que por alguma ocasião ou por determinado tempo, ou indeterminado, necessita de cuidados, sejam eles materiais ou subjetivos. As autoras explicitam que a família cumpre com um papel estruturante na vida do sujeito que em outro ambiente, não teria seu processo de formação enquanto sujeito construído de igual forma. Da mesma maneira, defendem as autoras que o indivíduo acometido por alguma doença, tem seu processo de recuperação muito mais possível quando o ambiente familiar lhe propicia a consolidação de sentimentos como confiança e estados de espírito como tranquilidade e certeza de proteção pela família. As relações familiares saudáveis contribuem até para o não estabelecimento de doenças, como é revelado na fala de Malva: *“Eu assim, às vezes, falo coisas em casa que não costumo falar, aí depois eu penso naquilo que eu falei, então peço desculpa pra minha filha, aí eu fico bem, enquanto eu não peço desculpas, tem uma coisa aqui dentro incomodando”* (MALVA).

Outras questões apontadas pelas pescadoras como estratégias utilizadas por elas no enfrentamento de uma situação de adoecimento dizem respeito à conduta de se ter

²⁷ Disponível em: ><http://www.plantasmedicinaisefitoterapia.com/plantas-medicinais-folha-da-fortuna.html><.

um diálogo, a prática da caminhada e da confecção de artesanato, considerados por elas como terapêuticos. Identificou-se que nestes recursos são produzidos pelas pescadoras capacidade de resiliência frente ao adoecimento e adversidades ao entorno dele. Os relatos a seguir revelam tal percepção: *“Ter muita paciência, força, ter uma boa conversa, porque senão, não resolve”* (GIRASSOL); *“Eu saio pra andar também. Eu entro dentro do mar assim, e vou andando, andando, ando o máximo que eu consigo, 6,7,8 km, isso é muito bom, me ajuda muito quando faço isso, é como se fosse uma terapia”* (DÁLIA); *“Eu faço assim quando tem algum problema neh, eu tenho uma máquina de costura, que eu costuro pra mim, eu sento na minha máquina e vou costurar, ou senão, vou pegar meus paninhos e fazer uma pintura e minha mente é só ali e acabo esquecendo de tudo”* (IRIS).

A compreensão das pescadoras sobre enfrentamento do adoecimento perpassa ao uso de medicamentos alopáticos. Como já abordado, convencionou-se que na medicina oficial, o tratamento medicamentoso é alternativa predominante nos processos saúde-doença. Dessa forma, ao recorrerem aos serviços de saúde no município, as pescadoras são medicadas tendo em vista os sintomas físico e mentais que apresentam. Nesse sentido, pode-se constatar na discussão com as pescadoras um alto índice de consumo de psicotrópicos como forma de apaziguar as dores sentidas e incômodos mentais gerados pela vida.

Mendonça e Carvalho (2005) afirmam que o uso de calmantes alopáticos (benzodiazepínicos) se relacionam de forma direta ao contexto social e cultural em que o consumidor se insere. De acordo com os autores, os medicamentos que agem no Sistema Nervoso Central (Psicotrópicos ou Psicofármacos) podem ser utilizados como sedativos, relaxantes musculares, hipnóticos, ansiolíticos ou anticonvulsivantes.

Segundo o médico psiquiatra Galeno Alvarenga²⁸, uma pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde revelou que, no Brasil, 500 milhões de psicotrópicos diferentes são consumidos anualmente. Desta grotesca quantidade, 70% são classificados como ansiolíticos, medicamentos que agem no alívio da sensação de ansiedade, depressão, tensão ou medo.

²⁸ Disponível em: ><http://www.galenoalvarenga.com.br/medicamentos/benzodiazepinicos-rivotril-diazepan-lexotam-frontal-e-outros><

Outra pesquisa realizada por Mendonça e Carvalho (2005) sobre o uso de ansiolíticos, mostra que a população feminina é a maior consumidora da classe de medicamentos, e apresentam como justificativa, a aproximação das mulheres ao serviço de saúde em relação aos homens e as próprias queixas das mulheres de terem que lidar com difíceis situações da vida, revelando que as reações frente as adversidades podem variar entre homens e mulheres.

Quando abordado esse tema no grupo focal, houveram manifestações por parte das pescadoras quanto ao uso de medicamentos ansiolíticos, como se segue nas falas: *“Todo mês eu pego remédio pelo SUS, tenho até a receitinha aqui pra você vê, tomo também relaxante, amitriptilina”* (GIRASSOL); *“Eu tomo pra ansiedade”* (ALFAZEMA).

Outra questão que surge relacionada ao uso de medicamentos, diz respeito a forma descontrolada em que muitas mulheres o consomem. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária²⁹ (ANVISA) existe uma diferença nos conceitos de automedicação e uso indiscriminado de medicamentos. O primeiro significa fazer uso de algum medicamento por conta própria para tratamento de doenças cujos sintomas foram “percebidos” pelo indivíduo, sem a avaliação de um profissional de saúde habilitado. O segundo está relacionado à “medicalização”, que quer dizer fazer uso exclusivo do medicamento como forma de encontrar neste a cura para doenças e promover o bem-estar.

Chamou a atenção da pesquisadora as falas de algumas pescadoras quanto ao uso de medicamentos de forma descontrolada, pois segundo a ANVISA, os riscos que a automedicação e o uso indiscriminado de medicamentos causam, podem gerar outros problemas de saúde, além de intoxicação, a dependência química. Alerta a Agência, responsável pela regulamentação dos medicamentos no Brasil, que os analgésicos, os antitérmicos e os anti-inflamatórios, representam as classes de medicamentos que mais causam intoxicação.

²⁹ Disponível em: >http://www.anvisa.gov.br/propaganda/folder/uso_indiscriminado.pdf<

As falas que se seguem retratam a realidade de algumas mulheres que diz respeito a tal questão: *“Essa semana eu tomei duas cartelas de diclofenaco”* (COPO DE LEITE); *“O que vir na minha frente eu tomo”* (LÓTUS); *“Tomo remédio manipulado também. Auto me médico só pra dor, tomo dorflex todo dia e anticoncepcional pra menstruação”* (CEREJEIRA); *“Paracetamol e diclofenaco, qualquer remédio que tiver na minha frente eu tomo. Veio a dor eu tomo qualquer analgésico”* (CAMOMILA).

Como já apontado por esse estudo, a sensação de dor é parte do cotidiano dessas trabalhadoras, que se utilizam de medicamentos para combater a dor sentida por elas, que afirmam: *“(...) aí eu tomo remédio pra controlar a dor e fico do mesmo jeito, então é complicado”* (CALÊNDULA); *“Eu uso paracetamol para dor de cabeça, uso dipirona”* (ALAMANDA); *“Só tomo pra dor de cabeça e pra cólica. Aquele “problema” que a mulher tem”* (BRILHANTINA); *“(...) eu tomo remédio manipulado, de farmácia, eu tomo três qualidades de remédio por dia, pra conseguir ficar em pé, porque se eu não tomar eu não ando nem dentro de casa (...)”* (ALFAZEMA).

De acordo com Hoepfner (2010) a Política Nacional de Medicamentos prevê a promoção do uso racional de medicamentos, inclusive pelos profissionais que os prescrevem. A estratégia educativa e reguladora corrobora a necessidade em se diminuir os riscos causados pela prescrição incorreta dos medicamentos e, conseqüentemente que afetam à saúde da população, e também na tentativa de se diminuir com o orçamento público que sofre com o alto índice de medicamentos prescritos, segundo a autora, inadequadamente. Ainda afirma a autora que o movimento de conscientização na sociedade quanto à importância em se seguir com o prescrito pelo profissional de saúde, contribui para amenizar os riscos à saúde daqueles que consomem medicamentos inapropriadamente.

Dentro deste tema, foram observadas falas que afirmam o uso correto de medicamentos pelas pescadoras: *“Meu remédio é recomendado pelo médico, tudo contínuo, minha receita vale por 03 meses. Uso ibuprofeno pra hérnia de disco”* (ROSA); *“Eu tomo remédio pra labirintite e diabetes com o conselho do médico”* (CALÊNDULA).

Os preceitos prescritos no Sistema Único de Saúde: universalidade (garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão), equidade (direito ao atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade) e integralidade (a pessoa é um todo indivisível inserido numa comunidade), carecem ainda de maior efetividade, particularmente nos municípios do interior do Brasil, em função, dentre outros motivos, à falta de infraestrutura dos serviços de saúde; carência de profissionais, bem como a incipiência do controle social –, ressalte-se que a pressão do poder público local nos pequenos municípios sobre os conselheiros é sempre muito mais forte. Esse último aspecto, particularmente, assume proporções relevantes dado que as instâncias de controle social (através da atuação dos conselhos e conferências municipais, estaduais e nacional de saúde), que acompanham a implantação do SUS desde a sua criação, têm sido um importante mecanismo de aperfeiçoamento e fiscalização e que têm contribuído na afirmação da saúde como a política pública de maior participação da sociedade (BRASIL, 2009).

O desconhecimento de muitos que criticam o SUS em função das limitações e deficiências ainda existentes, reside em grande medida na ignorância quanto à lógica de financiamento da saúde no Brasil, em que as transferências indiretas do setor público para o mercado privado através de mecanismos de renúncia fiscal do Estado se configuram numa forma indireta de subsídio público para o setor privado da saúde (COHN, 2008). Isso significa descontar dos encargos fiscais devidos ao Estado os gastos diretos com pagamento de serviços médicos e planos de seguro privados usufruídos por uma parcela hoje significativa da população, diminuindo assim, obviamente, os recursos que poderiam ser destinados em maior monta à melhor estruturação do sistema, diminuindo as deficiências e ampliando, por exemplo, a capacidade e a qualidade no atendimento à atenção básica.

Na visão de Boschetti (2006) o SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988. Ao tornar o atendimento público de saúde obrigatório à todo cidadão, o contexto de desigualdade na assistência à saúde da população tende a se amenizar com o fortalecimento dos direitos sociais, antes muito mais fragilizados pelo sistema político econômico atuante sob as influências do modelo neoliberal. Além disso, o direito à saúde foi

universalizado, com foco de garantir o acesso aos serviços de saúde sem critérios de exclusão ou discriminação.

Reconhecendo o avanço que o SUS é para a população brasileira, Elias (2004) também considera que o cenário de atenção à saúde à população brasileira se passa em um contexto onde se vê a reprodução de condições e práticas que contribuem para a perpetuação da exclusão social, e diz:

O SUS, desafiando racionalidades, vem se mantendo como um projeto que busca avançar na construção de um sistema universal de saúde na periferia do capitalismo, num país continental populoso e marcado por enorme desigualdade social, caso raro ou talvez único entre as nações. No entanto, as possibilidades para a saúde no futuro mais imediato encontram-se inexoravelmente atreladas ao êxito do Estado na formulação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da exclusão social, de longe a maior mazela brasileira. Isso envolve a reformulação do padrão histórico de compromissos do Estado brasileiro com os interesses do capital, no momento atual implicando a discussão política mais ampla para o encaminhamento das formulações possíveis na área econômica em detrimento do tratamento essencialmente tecnicista vigente nas esferas governamentais (ELIAS, 2004, p. 68).

Além disso, deve se considerar que aliado ao processo de exclusão social, muito mais severas em comunidades tradicionais, o desequilíbrio ambiental é fator determinante das condições de saúde de uma população. Salienta-se a questão ambiental dentro do universo da pesca, em virtude dos efeitos que a degradação do ambiente acarreta na vida e no trabalho das pescadoras, e sem dúvidas, as implicações decorrentes dela sobre a saúde das mulheres pescadoras (ELIAS, 2004).

Portanto, veem-se as relações entre saúde e trabalho muito pouco evidenciadas no olhar dos gestores públicos de saúde às comunidades tradicionais, que sobrevivem ou ainda lutam em sobreviver com seus próprios meios de produção, como é o caso das pescadoras artesanais. As precárias condições de vida e saúde de uma comunidade, é retrato na visão de Oliveira (2008) de políticas públicas deficientes, e afirma:

[...] grande parte das tradições hegemônicas dos formuladores de políticas sociais, por toda a história, especialmente, nas últimas décadas, em sua grande maioria, foram potencializadoras de uma lógica normativa que reforçou, em muitos aspectos, a consecução de programas e políticas sociais, de forma vertical sem, muitas vezes, observar a diversidade etno-

sócio cultural e econômica das várias regiões e territórios brasileiros. A diversidade das paisagens e dos muitos “Brasis”, historicamente construídos, não está reconhecida e é pouco captada pelas lentes de uma parcela expressiva da tecnocracia estatal. A equidade, como pressuposto do artigo 3º da Constituição Federal de 1988 precisa materializar-se de forma concreta (OLIVEIRA, 2008, pp. 198 e 202).

Nesse contexto, se incluem dentre as parcelas não reconhecidas, as comunidades tradicionais, que tem a atenção à saúde negligenciada pelo Estado, quando este, não se volta à formulação de políticas específicas aos setores invisibilizados que possuem especificidades regionais. O autor alerta para a necessidade de se introduzir na formulação de políticas públicas de saúde, melhor dizendo, de um sistema de saúde, que contemple a complexidade regional, de variáveis tais como extensão territorial, densidade demográfica, sexo, idade, etnia, capacidade de arrecadação e acesso aos meios informacionais, sem desconsiderar a realidade sócio epidemiológica da população local (OLIVEIRA, 2008).

Assim, buscou-se explicitar nas falas e relatos das pescadoras, o quão difícil ainda é para as populações situadas nos interiores, contar com o serviço público de saúde, que na concepção das mulheres pescadoras são tidos como ineficientes, de difícil acesso, não encontrando neles a proteção prevista na Constituição de 1988.

Problemas como carência de médico e dificuldades em marcar consultas, são retratadas pelas pescadoras: *“Eu fui no médico e pedi um raio x, já tem 03 semanas que não tem médico pra mostrar o raio x”* (CALÊNDULA); *“Você tem que vir cedinho e tá cheio de falta, e tem pediatra a noite? não tem”* (ALAMANDA); *“Tem que chegar lá de madrugada e não consegue ficha”* (COPO DE LEITE).

As dificuldades encontradas em regiões mais desfavorecidas do país, como as comunidades tradicionais, se avolumam face às enormes diferenças inter e intrarregionais que exigem dos formuladores de políticas públicas atenção a tais especificidades, perpetrando um planejamento que contemple os diversos territórios. A incapacidade desse olhar, que trate desigualmente os desiguais, faz com que perdure a atual realidade, tanto no sentido da oferta insuficiente de serviços e de programas de atenção à saúde da população, quanto no aporte de recursos que deem

conta dos desafios regionais e contribua para a consolidação do SUS (OLIVEIRA, 2008).

A falta de planejamento atento à realidade territorial e cultural de uma comunidade dificulta a efetividade das políticas de saúde. Ao desconsiderar também outras vicissitudes regionais, tais como o uso de novas tecnologias que se alojam na região e que implicam em novos processos de trabalho, conseqüentemente novos agravos atravessam o cotidiano dessas comunidades e reafirmam a complexidade da saúde nessas populações.

Para Bersan *et al* (2007) as condições de saúde de uma comunidade dependem, também, dos serviços de saúde que lhe são oferecidos. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde desenvolvem papel central na prevenção e promoção da saúde.

Ao relatarem sobre os serviços de saúde que acessam em suas comunidades, demonstram insatisfação. Segundo as pescadoras, encaminhamentos para consultas com especialistas, realização de procedimentos como exames e cirurgias, não são eficientes, conforme os relatos: *“E quando eles dão uma guia pra você ir no AMA (Assistência Médica Ambulatorial), tentar operar de alguma coisa, você tem que ir em Vitória, 4, 5 vezes pra operar, e cirurgia que tem que ser paga, você não tem dinheiro pra pagar”* (MARGARIDA); *“Eu marquei uma mamografia no AMA, que ficou um ano sem eu chamar, e a médica de Vitória, colocou como urgente ainda, por causa do meu caso, pra fazer um diagnóstico, ela teve que marcar outra mamografia, pra eu fazer lá, depois que eu fiz lá é que chamaram aqui”* (IRIS); *“Tem 03 anos que eu tô marcando meu médico em Vitória, minhas pernas tremia assim. Tem dia que eu não posso nem ariar uma panela. Consultei em Vitória, e o médico pediu o retorno, já vai pra um 01 ano que não consigo marcar no posto aqui de São Mateus o retorno (...)”* (CALIANDRA).

Além disso, uma das queixas mais evidenciadas pelas pescadoras é o fato de terem que se deslocar de suas comunidades e cidade até a capital para a realização de algum procedimento. Isso implica na perda de um dia de trabalho, além de apesar do trajeto ser disponibilizado pelo transporte da Prefeitura, tal evento em sua maioria das

vezes, perdura por um dia inteiro, tendo as mulheres que desembolsar recursos para alimentação, o que se configura dificuldade em suas realidades de vida.

Sobre a atenção básica, as mulheres se queixam do atendimento, como refere Amarílis: *“Horível, precário, péssimo”* (AMARÍLIS); e também ao respeito do hospital na cidade, diz Gloriosa: *“No Roberto Silvari (hospital) só é atendido se tiver morrendo mesmo, senão eles mandam pro posto”* (GLORIOSA).

Pires *et al* (2010) afirmam que as causas da ineficiência dos serviços de saúde estão relacionadas ao desequilíbrio entre oferta e demanda, o que traz como consequência a falta de profissionais que identifiquem as reais necessidades da população, a superlotação nos hospitais, assim como a falta de recursos suficientes para proporcionar a população atendimento e assistência com qualidade.

Escrevem Prosenewicz *et al* (2012, p. 223) que “acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associado à oferta”. Ou seja, o direito à assistência universal de saúde é comprometido pela lógica do mercado que produz deficiência ao articular a oferta. Não obstante, afirmam os autores que muito pouco se constata serviços de saúde que abordem as relações de gênero, e por isso, é necessário um olhar mais atento à formulação de políticas com recorte de gênero, pois acredita-se que os impactos gerados iriam de encontro à promoção de condições de saúde mais evidentes nas mulheres.

Na visão de Leitão *et al* (2011), as mulheres pescadoras tem suas queixas em saúde negligenciadas pelos serviços e profissionais de saúde, contribuindo para que tenham seu processo de adoecimento agravado. Além disso, o poder público não está atento à relação saúde e trabalho da pescadora, pois como já visto, são integralmente imbricados um no outro, consequentemente, as difíceis relações no processo de trabalho produzirão adoecimento nas mulheres que não vislumbram por auxílio de seus governantes, tornando suas vidas mais difíceis de viver.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomando o caso de concepções de Saúde/Doença temos que entendê-las como frutos e manifestações de condicionamentos sócio-históricos que se vinculam a acesso a serviços, tradições culturais, concepções dominantes

veiculadas e a interrelação de tudo isso. Saúde/Doença são um fenômeno social não apenas porque elas expressam certo nível de vida ou porque correspondem a certas profissões e práticas. Mas também porque elas são manifestações da vida material, das carências, dos limites sociais e do imaginário coletivo (MINAYO, 2004, p. 233).

Se apropriando da análise de Minayo (2004), esta investigação nos fez conhecer, ainda que parcialmente, o complexo de fatores que contribuem para a forma como as mulheres pescadoras artesanais entendem, definem e agem frente ao processo saúde-doença em sua relação com o trabalho. Consideramos que os fenômenos sociais que atravessam a relação trabalho e adoecimento no contexto da pesca artesanal, se fizeram presentes nessa dissertação.

A partir das análises dos relatos dos sujeitos de pesquisa, foi possível compreender que a sobrevivência de pescadoras e suas famílias, dependem do trabalho que realizam, sendo este mesmo trabalho gerador de fatores que produzem o adoecimento, logo, podemos concluir que trabalho e adoecimento se cruzam no decorrer da vida dessas trabalhadoras. As condições de trabalho na pesca artesanal se caracterizam pela periculosidade dos ambientes de trabalho, assim como de recursos impróprios e escassos para a atividade, o que submete as pescadoras aos riscos que afetam sua condição de saúde, ampliando a possibilidade de afastá-las do trabalho em decorrência do adoecimento. Plenamente ciente de tais condições e do agravamento que tais podem causar, as mulheres pescadoras associam, sem dificuldades, a saúde a capacidade de trabalhar, consequentemente, a concepção sobre a doença é relacionada à incapacidade para o trabalho.

A representatividade do adoecer para essas trabalhadoras é talvez o maior sentido de suas vidas, pois concebem o adoecer como artigo de “luxo”, com o qual não podem conviver, dado que o estacionamento da produção significa também o estacionamento de sobrevivência da família. Esta é a lógica que marca as concepções de saúde e doença na percepção das mulheres pescadoras, que em seus saberes, entendem o bastante das implicações do processo de adoecimento em suas vidas. Nesse sentido, naturalizar as precariedades em sua volta pode ser uma das estratégias utilizadas por elas como forma de se sustentarem emocionalmente na perversidade que é sobreviver exclusivamente da pesca artesanal. Aliado à essa conjuntura, a

incapacidade do Estado em desenvolver uma política de seguridade social eficiente, de modo que proporcione a essas populações amparo nas mais diversas necessidades básicas da vida humana, as coloca frente a realidade de “profissão obrigatória”, como pontua Maneschy (2005). A baixa escolaridade e desconhecimento de outro conhecimento profissional, obriga as mulheres a permanecerem em atividades mal remuneradas, e a desempenharem na pesca, ainda que um papel central, o trabalho de luta pela mera subsistência.

As relações sociais de produção em que se inserem as pescadoras, as coloca numa rede de dependência do atravessador, tornando nessas condições, o seu trabalho “fator de desrealização do ser social”, como postula Marx (2006). Tal definição gera em meio as condições injustas e precárias, o sentimento de frustração frente a realidade da não perpetuação das atividades tradicionais envolta à pesca, e ao mesmo tempo, a incapacidade de gerar prósperos futuros aos filhos, que migram para as cidades, muitas vezes sem a escolaridade mínima que lhes garanta um emprego remunerado e registrado e, dessa forma, acabam se submetendo a trabalhos informais e se aglomerando nas periferias das capitais, como identificado nesse estudo.

Não obstante, o panorama geral do processo de adoecimento das mulheres pescadoras foi visualizado a partir da compreensão dos papéis sociais atribuídos a homens e mulheres, marcando nesta dissertação, a discussão das relações de gênero como construção cultural entre as comunidades pescadoras. Reiterando Scott (1990), não há como compreender as relações que os sujeitos estabelecem em seus processos de vida, sem articular tal análise entre as categorias classe social, raça/etnia e gênero.

Ao dizer que as relações postas na sociedade são resultado de uma disputa de poder e são pautadas em um conjunto de opressões que subordinam as mulheres e as submetem a um processo de dominação-exploração, do qual é construído culturalmente, Saffioti (2004) reforça a importância em se discutir as relações de gênero.

O processo de socialização dos sujeitos se relaciona às relações de gênero, uma vez que as identidades dos sujeitos são construídas sofrendo a influência de valores que são incorporados no decorrer da história de vida. Entende-se que tais valores são expressos em forma de desigualdade por serem pautados na relação de poder, onde um se coloca superior ao outro. Outro fator que perpassa à desigualdade de gênero, é a expectativa que a sociedade tem quanto ao modo de ser, agir e pensar de homens e mulheres, que quando decidem desempenhar o papel atribuído pela sociedade como do outro sexo, sofrem com o olhar e ações discriminatórias e preconceituosas por parte da sociedade machista.

Saffioti (2004) pontua que a desigualdade de gênero está estreitamente relacionada ao sistema patriarcal, sendo as mulheres postas em posição de desvantagem na disputa pelo poder e em adentrar à esfera pública, uma vez que no sistema patriarcal a figura feminina é pertencente à dimensão da natureza, e dominar a natureza, ou seja, as mulheres, é princípio deste modelo.

Uma vez que a população feminina encontra mais dificuldades em se inserir no mercado de trabalho – como reflexo produzido pela desigualdade de gênero no mundo do trabalho -, estas serão muito mais submetidas aos trabalhos com baixa remuneração e com a oferta de péssimas condições de trabalho. Carloto (2001) afirma que o processo de dominação-exploração a que mulheres são submetidas, organiza a divisão sexual do trabalho, que se constrói como prática social, criando modalidades que conservam os desígnios de trabalhos atribuídos a homens e a mulheres, fazendo com que a subordinação feminina se manifeste nas relações de trabalho.

Carloto (2001) também faz uma relação da divisão sexual do trabalho com gênero quando diz que a condição da mulher por estar mais próxima da natureza, a prende ao espaço privado, impondo sobre ela a responsabilização pelas atividades domésticas. A jornada extensiva da mulher, é assim caracterizada, pela dinâmica entre as atividades domésticas e o trabalho que ocupa, marcado por péssimas condições, de menor prestígio e sobrecarga. Este conjunto de vulnerabilidades contribui consideravelmente no impacto do estado de saúde das mulheres.

De acordo com Laurell (1982) o processo de adoecimento revela-se de maneiras diferentes e com particularidades. No contexto das mulheres pescadoras, percebeu-se que as reais condições de vida e de trabalho, são desencadeadores de doenças nas mulheres, tendo sido identificado que as doenças mais predominantes são: problemas na coluna, artrite reumatoide, dores de cabeça, hipertensão, labirintite, diabetes.

Dado que chama atenção é o fato de estudos sobre a saúde da mulher pescadora no Brasil apontarem a LER (lesão por esforço repetitivo) como uma das doenças que mais tem acometido essa população. Porém, no mergulho da abordagem junto aos sujeitos de pesquisa dessa dissertação, não se obteve queixa semelhante.

Sobretudo, compreender o processo de adoecimento dessas trabalhadoras, concebidos por elas como comprometedor pelos fatores advindos das dificuldades econômicas, dos conflitos familiares, das preocupações que lhe assolam, implicou no reconhecimento de que o ciclo de trabalhar para sobreviver e receber em troca o adoecimento, é tão real em seus cotidianos de vida.

O temor em adoecer se revela ser tão intenso para as mulheres, que buscam na medicina religiosa e caseira o auxílio para lidar com o adoecimento que pode vir a incapacitá-las para o trabalho. Em suas percepções, e para além disso, a própria realidade, mostra que por não encontrarem no poder público suporte para o tratamento e assistência básica de saúde, tem seu estado de saúde agravados, sendo as políticas públicas ainda muito falhas. No contexto que se apresenta a elas, as mulheres denunciam a negligência dos serviços de saúde, aos quais tem pouco ou nenhum acesso.

Esta dissertação acadêmica zelou pelo rigor exigido, respeitando a fidedignidade dos depoimentos colhidos no horizonte empírico da pesquisa. Buscou-se trazer ao mundo das ideias e ações coletivas, reflexões e análises que contribuam no combate as injustiças sociais. Ao final desta, recorreremos as palavras de Bordieu (2003, p. 9):

Entregamos aqui os depoimentos que homens e mulheres nos confiaram a propósito de sua existência e de sua dificuldade de viver. Organizamo-los e os apresentamos com o objetivo de conseguir do leitor que lhes conceda um

olhar tão *compreensivo* quanto o que as exigências do método científico nos impõem e nos permitem conceder-lhes (BOURDIEU, 2003, p. 9).

Finalmente desejamos, que as análises aqui contidas sejam instrumentos que contribuam à causa das mulheres pescadoras artesanais, indo para além de uma produção acadêmica, mas que se reverta em transformações às precárias condições de vida e trabalho que geram adoecimento nessas trabalhadoras.

REFERÊNCIAS

ADAM, P e HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da Medicina**. Bauru-SP: Edusc, 2001.

ALVES, P. C. & RABELO, M. C., 1999. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: **Experiência de Doença e Narrativa** (M. C. M. Rabelo, P. C. B. Alves & I. M. A. Souza, org.), pp. 171-185, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ANTUNES, Ricardo. (org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2005.

ALMEIDA FILHO, N. de. & ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

ARAÚJO, E. M. et al. Ser mulher e ter o corpo ferido: Um estudo de representações sociais. **Rev. De Pesquisa Cuidado é fundamental**. [online]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Out./Dez. 6(14): 1513-1524, 2014.

ARAÚJO, M. J. O. Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. In: **Seminar women's and health mainstreaming the gender perspective into the health sector**. São Paulo, 1998.

ARAÚJO, T.M. et al. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.1117-1129, 2006.

AQUINO, E. M. L. A questão de gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas. In: SILVA, A. L.; LAGO, N. C. S.; RAMOS, T.G.O. (Org) **Falas de gênero: teorias, análises, leituras**. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999. p. 161-171.

ÁVILA, Maria Bethânia. “Mulher e natureza”: dos sentidos da dominação no capitalismo e no sistema patriarcal. In: ARANTES, R; GUEDES, V. (Orgs) **Mulheres, Trabalho e justiça socioambiental**. Recife: SOS CORPO – Instituto Feminista para a democracia, 2010, p.25-40.

BARBIERI, Teresita. "Sobre la categoría género. Uma introducción teórico-metodológica". In: RODRÍGUES, Regina (Ed.). **Fin de siglo: genero y cambio civilizatorio**. Santiago: Isis Internacional, 1992. p. 111-128. (Ediciones de las Mujeres, n. 17).

BARBOSA, J. C. **Pescadores artesanais e políticas públicas em Anchieta, ES**. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal e Viçosa, Minas Gerais, 2009.

BARCELLOS, Gilsa Helena. **Violência física/sexual contra a mulher na relação conjugal: estudo de casos de violência conjugal denunciados às delegacias da mulher do Estado do Espírito Santo**. 1998. 219 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Centro de Estudos Gerais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 1998.

BARRETO, Margarida. **Violência, Saúde e Trabalho**. São Paulo: ED da PUC-SP, 2006.

BATISTELLA, Carlos et al. O território e o processo saúde-doença. In: **Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Ed. FIOCRUZ, 2004.

BERCINI, Luciana Olga, TOMANIK, Eduardo Augusto. Sem saúde a gente não é nada: estudo das representações sociais sobre saúde e ambiente em uma comunidade ribeirinha. In: **56º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**, 2003, Gramado/RS.

BERSEN, Candice Boppré et al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n. 1, p.57-68, jan./abr. 2007.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social e trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social. Brasília: Letras Livres/Editora da UnB, 2006.

BOURDIEU, Pierre. **A economia das trocas simbólicas**/Pierre Bourdieu; introdução, organização e seleção Sergio Miceli. – 7. Ed. – São Paulo: Perspectiva, 2011.

BOURDIEU, P. Compreender. In: BOURDIEU, P. (coord.). **A Miséria do mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BRASIL; CENTRO DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO POPULAR DOM JOÃO BATISTA. **Diagnóstico sócio-cultural-econômico da população pesqueira do litoral capixaba**. Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca, 2005.

BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. **Determinantes Sociais da Saúde ou Por Que Alguns Grupos da População São Mais Saudáveis Que Outros?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: >www.determinantes.fiocruz.br<. Acesso em: 20 de dezembro de 2014.

BRASIL. **Constituição Federal da República**. Brasília: Governo Federal, 1988.

BRASIL. Lei Maria da Penha. Lei 11.340 (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Lei Maria da Penha**: do papel para a vida. Brasília: Câmara dos Deputados, 2008. 90p.

BRASIL. Ministério da Pesca e Aquicultura. Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca. **Pesca Artesanal**. Brasília: Ministério da Pesca e Aquicultura, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle do câncer de mama**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília (DF): 26p, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf> Acesso em: 23 mai. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.

BRASIL, S. S. **Trabalho, adoecimento e saúde: aspectos sociais da pesca artesanal no Pará**. 2009. 174f. (Dissertação) Mestrado em Sociologia – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – Universidade Federal do Pará.

BRASIL. Saúde e Segurança do Pescador. Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca da Presidência da República. **Série Formação e Valorização do Pescador**. Brasília, 2007.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais**. Livro de conteúdo. Versão 2009. – Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca. **Plano safra da pesca e aquicultura**. Brasília: Ministério da Pesca e Aquicultura, 2012.

BRASIL. Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca. **Amazônia, aquicultura e pesca: plano de desenvolvimento sustentável**. Brasília: Ministério da Pesca e Aquicultura, 2009.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais**. Livro de conteúdo. Versão 2009. – Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília : SPM, 2009.

BRITO, Jussara Cruz de and D'ACRI, Vanda. Referencial de análise para a estudo da relação trabalho, mulher e saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1991, vol.7, n.2, pp. 201-214. ISSN 0102-311X.

BRITO, Jussara et al. Saúde, gênero e reconhecimento no trabalho das professoras: convergências e diferenças no Brasil e na França. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [2]: 589-605, 2014.

BRUSCHINI, M. C. A. **Trabalho das Mulheres no Brasil: Continuidades e Mudanças no Período de 1985-1995**. Departamento de Pesquisas Educacionais. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1998.

BRUSCHINI, Cristina; LOMBARDI, Maria Rosa; UMBEHAUM, Sandra. Trabalho, renda e políticas sociais: avanços e desafios. In: **O Progresso das Mulheres no Brasil**. Brasília: Fundação CÉPIA, 2003, p.60-94.

BUTLER, Judith. **O parentesco é sempre tido como heterossexual?** Cad. Pagu, 2003, no.21, p.219-260.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, IV(2): 287-307, jul-out., 1997.

CARDOSO, E.S. **Pescadores artesanais: natureza, território, movimento social**. São Paulo. 1v. (Tese de Doutorado) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. 2001. 143p.

CARLOTO, C. M. A saúde das trabalhadoras. In: BARRETO, M.; CARLOTO, C. M.; COSTA, M. L. **Saúde das trabalhadoras**. São Paulo: SOF, 1998.

CARLOTO, C. M. Gênero, Reestruturação produtiva e trabalho feminino. In: **Serviço Social em Revista**. Paraná: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 2006. V4, n2. Disponível em: > http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v4n2_carloto.htm<. Acesso em: 15 de dezembro de 2014.

CARLOTO, M. C. Gênero, políticas públicas e centralidade na família. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 86, ano XXVII, 2006.

CARLOTO, M. C. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. In: **Serviço Social em Revista**. Paraná: Editora da Universidade Estadual de Londrina, jan/jun 2001. V3, n2, p. 201-214.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CASTRO, E.; MARIN, R. A. e COUTO, R. C. S. A pesquisa em Ciências Sociais e as relações entre Trabalho, Saúde e Meio ambiente. In: CASTRO, E.; MARIN, R. A. e COUTO, R. C. S. (orgs.) **Saúde, trabalho e meio ambiente: políticas públicas na Amazônia**. Belém: NAEA, 2002.

CHAGAS, Miriam de Fátima. A política de reconhecimento dos “remanescentes das comunidades dos quilombos”. **Horizontes antropológicos**. Porto Alegre, ano 7, nº 15, p. 209-235, jul de 2001.

CINTRA, I. H. A. **Apostila de tecnologia do pescado II**: material apostilado. UFRA, 2007, 15p.

CISNE, Mirla. **Gênero, divisão sexual do trabalho e serviço social**. São Paulo: Outras Expressões, 2012, 144p.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. 2003. 152f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal. In: **Medicina Social**, v.3 nº. 2, 2008. Disponível em: < <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/213/408> > Acessado em 12 de janeiro de 2015.

COIMBRA, I. B. et al. Consenso brasileiro para o tratamento da osteoartrite. **Revista Brasileira de Reumatologia**. Vol 42 – nº 06 – Nov./Dez, 2002.

COMISSÃO DE REUMATOLOGIA OCUPACIONAL. **Cartilha para pacientes**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia. 2011.

CONCONE, Maria H. V. B. Cura e visão de mundo. In: MAUÉS, Raymundo H. e VILLACORTA, Gisela M. (orgs.): **Pajelanças e religiões africanas na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

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

DEJOURS, C. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

_____. Por um novo conceito de saúde. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.14, nº. 54, abr/jun, São Paulo: FUNDACENTRO, 1986.

DI CIOMMO, R. C. Pescadoras e pescadores: a questão da equidade de gênero em uma reserva extrativista marinha. **Ambiente e Sociedade**, Campinas, 2007. p.151-163.

DIEGUES, Antônio Carlos. **A sócio-antropologia das comunidades de pescadores marítimos no Brasil**. Etnográfica, Vol. III (2), 1999, pp. 361-375.

DIEGUES, Antonio Carlos. **I Seminário Internacional Sobre Aquicultura e Pesca**. Rio de Janeiro. Data: 17/11/2003

DIEGUES, Antonio Carlos. (1988) Formas de organização da produção pesqueira: alguns aspectos metodológicos. In: **ENCONTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E O MAR**

NO BRASIL, 2, São Paulo, 1988. Coletânea de Trabalhos Apresentados. São Paulo, PPCAUB/F. Ford/UICN, p. 1 -39.

ELIAS, P. E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. In: **São Paulo em Perspectiva**, 18(3): 41-46, 2004.

FAO. **Code of practice for fish and fishery products**. 1 st ed. Rome: Codex Alimentarius, 2009, 156 p.

FOUCAULT, M. Poder-corpo. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GAVILANES, H. A.; AGUIAR, N. Patriarcado e gênero na análise sociológica do fenômeno da violência conjugal/gênero. In: SOUZA, M. F. (Org.). **Desigualdades de gênero no Brasil: novas ideias e práticas antigas**. Belo Horizonte: Argumentum, 2010. p. 91-110.

GIFFIN, K. & COSTA, S.H., (orgs). **Questões da saúde reprodutiva** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 468 p. Disponível em:> <http://static.scielo.org/scielobooks/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916.pdf>< Acesso em: 17 de dezembro de 2014.

GOOD, B. J., 1994. **Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective**. Cambridge: Cambridge University Press.

GRANDJEAN, Etienne. O papel da ergonomia na medicina do trabalho. **Revista de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v 8, n 32, out./nov./dez. 1980.

GUTIERREZ, P. R. & OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A. & CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

HIRATA, H. - Globalização, Trabalho e Tecnologias: Uma perspectiva de Gênero. In **Revista Presença de Mulher**- n.30, São Paulo. 1997a.

HIRATA, H. Os mundos do trabalho: convergência e diversidade num contexto de mudança dos paradigmas produtivos. In: CASALI, A. et al. (Orgs.). **Empregabilidade e educação: novos caminhos no mundo do trabalho**. São Paulo: Editora da PUC, 1997b. p. 23-42.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho**. Genre, Travail, Mobilités, Centre National de la Recherche Scientifique (Tradução de Fátima Murad). Cadernos de Pesquisa, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez., 2007.

JODELET, Denise. **Representações Sociais: um domínio em expansão**. Paris: PUF, 1989.

KITZINGER, J. Os grupos focais com usuários e prestadores de cuidados de saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **A pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. London: BMJ Books, 2000.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**. México, 1982, 22p. Trad. E. D. Nunes.

LAURELL, A. C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARRADAS, R. et al. (Orgs.) **Eqüidade e Saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Abrasco, 1997.

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

LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Vent, 2004.

LEITÃO, M. R. F. A. Gênero, Pesca e Cidadania. [Online]. **Rev. Antropologia**. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina. 5 (1): 98-115, 2013.

LEITÃO, M. R.; VERAS, D. B. O labor da maré: gênero, trabalho e cotidiano das mulheres pescadoras em Pernambuco. In: **III Seminário Nacional Gênero E Práticas Culturais, Olhares Diversos Sobre A Diferença**, 3, 2011, João Pessoa, **Anais...** João Pessoa, 10p. 2011.

LIMA, C. S., DESLANDES, S. F. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década. [online]. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23, n.3, p.787-800, 2014.

LION, E.A.V. Tabagismo e Saúde Feminina. In: **ALIANÇA DE CONTROLE AO TABAGISMO**. 2009. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/213_TABAGISMO_E-SAÚDE_FEMININA_FINAL.pdf> Acesso em: 03 de janeiro de 2015.

LOURO, Guacira Lopes. Pedagogias da sexualidade. In: ____ (org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LUCENA, M. F. G. **Saúde, Gênero e Violência: um estudo comparativo Brasil/França sobre a saúde da mulher negra**. Recife: Ed Universitária da UFPE, 2010.

LUDERMIR, A. B. **Inserção produtiva, gênero e saúde mental**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(3):647-659, jul-set, 2000.

MANESCHY, Cristina. **A mulher existe?** Belém: Ed da UFPA, 2005.

MANESCHY, M. C. **Ajuruteua: uma comunidade pesqueira ameaçada**. Belém: UFPA./ CFCH, 1995.

MANESCHY, M. C. Mulheres na pesca artesanal: trajetórias, identidades e papéis em um porto pesqueiro no litoral do estado do Pará. In: Neves, D. P., Medeiros, L. S. (orgs.) **Mulheres Camponesas: trabalho produtivo e engajamentos políticos**. Niterói: Alternativa. p. 41 – 64, 2013.

MARTINS, Quéren. **A saúde da mulher pescadora artesanal de Conceição da Barra, ES.** (2012). Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Departamento de Serviço Social. EMESCAM, Vitória, 2012.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos.** São Paulo: Martin Claret, 2006.

MATOS, Marlise; SIMÕES, Solange. Ideias modernas e comportamentos tradicionais: a persistência das desigualdades de gênero no Brasil. In: SOUZA, Marcio Ferreira (org.) **Desigualdades de gênero no Brasil: novas ideias e práticas antigas.** Belo Horizonte: Fino Traço, 2010.

MAUSS, Marcel. **Ensaio de Sociologia** / Marcel Mauss; tradução [Luiz João Gaio e J. guinsburg]. – São Paulo: Perspectiva, 2005.

MENDONÇA, R. et al. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. **Revista Brasileira De Ciências Sociais** - Vol. 15 Nº 42, fev., 2000.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O Papel De Mulheres Idosas Consumidoras De Calmantes Alopáticos Na Popularização Do Uso Destes Medicamentos **Rev Latino Americana de Enfermagem** – 2005, novembro-dezembro; 13 (número especial):1207-12, 2005.

MENEGUEL, S. N. et al. Suicídio sob a perspectiva de gênero em municípios da região sul do Brasil. In: **11º Congresso Internacional da Rede Unida.** Rev. Interface (Botucatu), Supl. 3, 2014.

MESQUITA, E. F. M. 2000. **O papel da mulher brasileira no setor pesqueiro.** Primera Reunión de Puntos Focales de la Red Latinoamericana de las Mujeres del Sector Pesquero - Acuicola - Informe Final - 5 y 6 de octubre del 2000. Disponível: >http://mujeres.infopesca.org/novedades/nov_2_brasil.htm< [Acessado em 29 de novembro de 2014].

MÉSZÁROS, Istivan. **Para além do capital.** São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, M. C. de S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. de S. & MIRANDA, A. C. de. **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social,** Petrópolis RJ, 5. ed, Vozes, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MINAYO, M. C. S **Violência e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

MORGAN, D. L. **Grupo focal como pesquisa qualitativa.** London: Sage, 1997.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes. 2004.

MORI, Natalia, DULTRA, Eneida. **Trabalhadoras Domésticas em luta. Direitos, igualdade e reconhecimento**. Brasília: Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2006.

MOURÃO, P. Organização Produtiva de Mulheres Rurais. **Desenvolvimento sustentável e perspectiva de gênero** – Série DRS vol. 2, 2010. Disponível em: <<http://www.iica.int/Esp/regiones/sur/brasil/Lists/DocumentosTecnicos>> Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

NOGUEIRA, D. P & AZEVEDO, C. A. B. Absenteísmo-doença entre mulheres. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, n. 38, v. 10, abr./jun. 1982.
ÓLAFSDOTTIR, H. e RAFNSSON, V. Sectores basados en recursos biológicos - pesca. In: **ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO** - Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ed. Española. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Vol.III, parte X, cap.66. Disponível em: < <http://www.mtas.es/insht/EncOIT> > Acessado em 16 de janeiro de 2015.

OLIVEIRA, G. M. 2005. Pesca e Aquicultura no Brasil, 1991/2000 In: **Pesca e Aquicultura no Brasil, 1991/2000**. Produção e Balança Comercial: Brasília IBAMA. Cap. 1, p. 17-23.

OLIVEIRA, Aline; ZAMPROGNO, Luana. **As implicações da violência doméstica na saúde da mulher**. (2010). Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Departamento de Serviço Social, EMESCAM, Vitória, 2010.

OLIVEIRA, Paulo T. R. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. & VILLASBÔAS, A. L. (Orgs.) **Promoção e Vigilância da Saúde**. Salvador: ISC, 2002.

PASQUOTTO, V. F. A pesca artesanal e enfoque sistêmico: uma atualização necessária. In: **Anais do VI Encontro da Sociedade Brasileira de Sistemas de Produção**. SBSB, Aracaju, 2004, 12pp.

PASTORE, J. **Trabalhar custa caro**. São Paulo: LTr, 2007.

PENA, Paulo Gilvane Lopes; FREITAS, Maria do Carmo Soares; CARDIM, Adryanna. Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de mariscadeiras na Ilha de Maré, Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011, v.16, n.8. pp. 3383-3392.

PERNAMBUCO. Secretaria da Mulher de Pernambuco. **Plano Intersetorial de Atenção à Saúde da Mulher no estado de Pernambuco**. Recife, 2011.

PILON, S. C. et al. **Consequências do uso de álcool em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial**. Rev. Eletrônica de Enfermagem: UFG. 2014 abr/jun;16(2):338-45. Disponível em: ><http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.22712><. Acesso em: 28 de dezembro de 2014.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 21, 2002.

PIRES, Denise et al. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem UFSC; Ed. Papa-Livros, 2010 (p. 25-48).

POLGAR, Steven. A evolução e as doenças da humanidade. In: **Panorama da Antropologia**. Rio de Janeiro, São Paulo, Lisboa: Fundo de Cultura, 1966.

PONTES, M. L; GOMES, R. & MENDONÇA, E. A. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(5):1207-1214, set-out, 2002.

PROSENEWICZ, I; LIPPI, H. Acesso aos Serviços de Saúde, Condições de Saúde e Exposição aos Fatores de Risco: percepção dos pescadores ribeirinhos do Rio Machado de Ji-Paraná, RO. **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v.21, n.1, 2012. p.219-231.

QUEIROZ, M. S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 272-282, jul./set. 1993.

RAIMUNDO, Valdenice José; GEHLEN, Vitória. Pesca: Atividade exclusivamente masculina? In: **Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis. 2008.

REIS, E. P. Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em política pública. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.18, nº 51, p. 11-15, fev. 2003.

ROLIM, M. A. et al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP** 2004; 38(2):197-205.

ROSA, M. F.M.; MATTOS, U.A.O. A saúde e os riscos dos pescadores e catadores de caranguejo da Baía de Guanabara. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 (Supl. 1), p. 1543-1552, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700066>. Acesso em: 26 de dezembro de 2014.

SÁ, Samuel. M. A; SÁ, Elisa V. e DINIZ, Ana M. Saúde e Qualidade de Vida na Amazônia. In: FURTADO, L. G. (org.): **Amazônia, Desenvolvimento, Sócioidiversidade e Qualidade de Vida**. Belém: UFPA/NUMA, 1997.

SABROZA, P. C. **Concepções de Saúde e Doença**. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, 2001.

SALIM, Celso Amorim. Doenças do Trabalho: Exclusão, segregação e Relações de Gênero. **São Paulo Perspec** [online]. 2003, vol.17, n.1, pp. 11-24.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H. I. B. Posfácio: Conceituando o gênero. In: _____. & N. Muñoz Vargas. **Mulher Brasileira é assim**. Brasília: UNICEF/Rosa dos Tempos, 1994. pp.271-283.

SAFFIOTI, H.I.B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A.O.; BRUSCHINI, C. (Orgs.) **Uma Questão de gênero**. São Paulo; Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise**. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1990.

SGANZERLA, E.; BRANCO, M. **Pescadores artesanais do Espírito Santo. Ed esplendor**. 1ª ed, 2010. 192p.

SORJ, B. Child care as public policy in Brazil. In: DALY, M. (ed.) **Care work: the quest for security**. Geneve: International Labour Office, 2001. p.105-124.

SORJ, B. Os cuidados com a família e as desigualdades de gênero e de classe. In: **Divisão sexual do trabalho, estado e crise do Capitalismo**. Organizado por A. Costa, M. B. Ávila, V. Soares e V. Ferreira, pp. 57-65. Recife: SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia. 2010.

SORJ, Bila & FONTES, Adriana. **Políticas públicas e a articulação entre trabalho e família: comparações interregionais**. Interseções, 2007, 2, p. 267-285.

SOUSA, Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: o quinto Sinal vital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2002, vol.10, n.3, pp. 446-447.

SOUZA. AC, COLOMÉ ICS, COSTA LED, OLIVEIRA DLLC. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev. Gaúcha de Enf.** Porto Alegre (RS) 2005 ago; 26(2): 147-53.

TANCREDI, R. C. D. **Pescados na alimentação: aspectos nutricionais, tecnológicos e sanitários**. SMSDC-RJ, 2002.

TORRES, A. M. M. P. **A Saúde da Mulher e o Meio Ambiente do Trabalho**. São Paulo: LTr, 2007.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2009.

WERBA et al. Profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. **Estud. Psicol. Campinas** 23 (1): 75-81, jan./mar., 2006.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARCIDO (TCLE)

Título da Pesquisa – A relação saúde-doença entre mulheres pescadoras artesanais de São Mateus, ES.

Instituição envolvida na Pesquisa: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/EMESCAM

Coordenadora da Pesquisa: Prof^a Dr^a Gilsa Helena Barcellos.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido visa convidar à participação na pesquisa intitulada “A relação saúde-doença entre mulheres pescadoras artesanais de São Mateus, ES”. O projeto será desenvolvido junto às comunidades pescadoras do município de São Mateus, ES, e tem como objetivos: (a) Identificar as principais causas de adoecimento entre mulheres pescadoras artesanais; (b) Estudar as representações sociais de mulheres sobre o processo saúde-doença, (c) Investigar como as mulheres pescadoras lidam com o seu processo de adoecimento físico-psíquico. Esta é uma pesquisa produto de um projeto guarda-chuva intitulado “O papel da mulher pesqueira artesanal capixaba: Discutindo gênero, trabalho, políticas públicas e desenvolvimento”, financiada pelo CNPq e aprovada em 26/07/2011 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de Ensino em referência, com o número de cadastro Nº 045/2011. O conteúdo da técnica de grupo focal realizado terá como finalidade levantar informações que possibilitem atender aos objetivos da pesquisa. As informações coletadas subsidiarão a elaboração de artigos e Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) dos alunos de graduação em Serviço Social e do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se destina às pessoas que participam dos grupos focais. Todas deverão ter mais de 18 anos. Será garantido aos grupos focais espaço adequado para a realização dos mesmos, buscando garantir as condições para a sua realização, quando só será permitida a presença das convidadas e dos pesquisadores.

Os dados coletados serão guardados por cinco anos sob a inteira responsabilidade da coordenadora do projeto de pesquisa e, depois desse período, deverão se incinerados. São direitos garantidos pelo presente termo:

- O sigilo quanto aos dados fornecidos pelo participante que de alguma forma firam a privacidade do mesmo. Também deverá ser garantido o seu anonimato, buscando preservar a sua identidade.
- A liberdade de desistência a qualquer momento do processo da pesquisa;
- A ausência de gastos com a pesquisa;
- O acesso a esclarecimento, a qualquer tempo, de elementos contidos na pesquisa;
- A possibilidade de se negar a responder questões da entrevista;
- A opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será atendido prontamente.
- No caso do entrevistado participante dos grupos focais ser analfabeto, alguém de sua confiança deverá assinar o TCLE como testemunha.
- Serão assinadas duas cópias deste TCLE e uma deverá ficar de posse do entrevistado.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da EMESCAM.

Qualquer dúvida sobre a pesquisa poderá ser esclarecida junto aos pesquisadores responsáveis pela mesma – Gilsa Helena Barcellos (27-33154132/88030853 – gilsa.barcellos@emescam.br) e Quéren da Silva Martins (27) 997687802 – queren-@hotmail.com). Questões relacionadas aos aspectos éticos poderão ser esclarecidos junto ao Comitê de Ética da Emescam (27-33343586).

Eu, _____, portador(a) da identidade nº _____, declaro estar ciente deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecido pelo pesquisador e, voluntariamente, concordo em colaborar para a realização da pesquisa supracitada. Tendo ciência de que uma cópia deste termo ficará arquivado com os pesquisadores responsáveis pela mesma por pelo menos cinco anos. Vitória-ES. _____ de _____ de 2011.

Assinatura do entrevistado (a)

Assinatura da testemunha

Assinatura do(a) pesquisador(a)

ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA

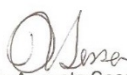
**2ª Via
DECLARAÇÃO**

O projeto de pesquisa “O Papel da Mulher na Atividade Pesqueira Artesanal no Espírito Santo: Discutindo Gênero, Trabalho, Políticas Públicas e Desenvolvimento”, cadastrado com o No 045/2011, do pesquisador responsável “**Gilisa Helena Barcellos**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 26/07/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **26/07/2012**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 25 de abril de 2013


Paulo Augusto Sessa
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM