

**PROIBIDA A REPRODUÇÃO – ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO NA
REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP**

**MULHERES TRABALHADORAS DE RESTAURANTES UNIVERSITÁRIOS:
CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E VIOLÊNCIA DE GÊNERO¹**

**WOMEN WHO WORK IN UNIVERSITY RESTAURANTS: LIFE CONDITIONS,
WORK AND GENDER VIOLENCE**

**MUJERES TRABAJADORAS DE RESTAURANTES UNIVERSITARIOS:
CONDICIONES DE VIDA, TRABAJO E VIOLENCIA DE GÉNERO**

**AUTORAS: Kelly Cristina Máxima Pereira Venâncio²
Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca³**

¹ Artigo resultante da dissertação de mestrado “A magnitude da violência de gênero entre as mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários” apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Área de Concentração Cuidado em Saúde. Enfermeira da Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo. Rua Cajueiro, 261 Parque Continental II – Guarulhos - SP. CEP 007084-230 São Paulo Fone: (11) 3271-0230. E-mail: kelly.pereira@usp.br

³ Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração Enfermagem em Saúde Coletiva. E-mail: rmsgsfon@usp.br.

RESUMO

Estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa, ancorado na Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva que usou como categorias de análise produção e reprodução social, gênero e violência de gênero. Objetivou conhecer os processos de produção e reprodução social e a magnitude da violência de gênero cometida por parceiros íntimos entre trabalhadoras de restaurantes universitários. Os dados foram coletados em entrevistas semi-estruturadas. As entrevistadas ocupam posição de subalternidade social nos momentos produtivo e reprodutivo da vida. Cerca de 70% referiram violência de gênero por parceiro íntimo (66% violência psicológica; 36,3% física e 28,6% sexual). A maior parte dos problemas de saúde decorrentes da violência tinha relação com a saúde mental. Os resultados indicam que a situação exige intervenções imediatas pautadas principalmente na instrumentalização dessas mulheres e no apoio do Estado e da Universidade para que façam o enfrentamento da violência que a sua realidade exige.

PALAVRAS-CHAVE: Identidade de gênero. Violência contra a mulher. Processo saúde-doença. Hierarquia social

ABSTRACT

This is an exploratory and descriptive study through a quantitative approach. Based on the Nursing Praxical Intervention Theory in Collective Health, it has taken gender, gender violence and production and reproduction social process as analysis categories. The aim of this work was to know the production and reproduction social process and the magnitude of the phenomenon of gender violence comitted by intimate partners of women who work in university restaurants. The data were collected through semi-structured interviews. Around 70% of these women have made references to the violence comitted by their intimate partner (66% psychological violence, 36,3% physical violence, and 28,6% sexual violence). The major part of the health problems that resulted from violence had direct relation to the mental health. These results indicate that this situation demands immediate interventions in order to give these victims the tools to face their problems, and also the support of State and University so that they can cope with this dramatic reality.

KEYWORDS: Gender identity. Violence against woman. Health-disease process. Social hierarchy.

RESUMEN

Estudio exploratorio y descriptivo desde una perspectiva cuantitativa. Basado en la Teoría de la Intervención Práctica de Enfermería en Salud Colectiva, las categorías de análisis usadas fueron producción y reproducción social, el género y la violencia de género. El objetivo del estudio fue conocer los procesos de producción y reproducción social y la magnitud de la violencia de género cometida por parceros íntimos compañeros íntimos entre mujeres trabajadoras de restaurantes universitarios. La recopilación de datos fue hecha por medio de entrevistas semiestructuradas. Cerca del 70% refirieron violencia de género perpetrada por su compañero íntimo (66% sufrieron violencia psicológica, 36.3% violencia física y 28.6% sexual). La mayor parte de los problemas de salud como consecuencia de la violencia tenía alguna relación con la salud mental. Los resultados indican que la situación exige intervenciones inmediatas pautadas principalmente en la capacitación de esas mujeres y en el apoyo del Estado y de la Universidad para que afronten la realidad.

PALABRAS CLAVE: Identidad de género. Violencia contra la mujer. Proceso salud-enfermedad. Jerarquia Social

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno histórico e socialmente determinado que vem se manifestando e deixando rastros ao longo da história da humanidade. Recentemente, tem sido tema de discussão nos cenários nacional e internacional, dada sua repercussão econômico-social e na saúde dos indivíduos.

Para a Organização Mundial da Saúde⁽¹⁾ violência é

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Levando-se em conta o autor da agressão a violência pode ser: violência contra si mesmo ou auto-infligida (refere-se a comportamentos suicidas, às agressões a si próprio e às automutilações), violência interpessoal (intrafamiliar ou cometida por parceiro íntimo e a comunitária) e violência coletiva (uso instrumental da violência por pessoas que se identificam como membros de um grupo hierarquicamente à frente de outro grupo ou conjunto de indivíduos)⁽¹⁻²⁾.

A violência contra a mulher, perpetrada por parceiro íntimo, se insere nesta classificação como violência interpessoal, fenômeno ainda invisibilizado na sociedade, mas que paulatinamente tem aparecido no cenário político e social em busca dos devidos enfrentamentos que a situação exige.

Por violência de gênero entende-se

Qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta ou que provavelmente resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada⁽³⁾.

A OMS⁽¹⁾ traz os resultados de pesquisas realizadas em 48 países sobre violência contra a mulher. Com relação às mulheres que relataram ter sofrido agressão física por um parceiro íntimo em alguma ocasião de suas vidas, foi encontrado um percentual de 69% nos locais com taxas mais altas, porém nunca inferior a 10% nos países com incidência mais baixa, mostrando que essa forma de violência está presente, mesmo com as inúmeras diferenças sociais e culturais que se verificam em uma quantidade considerável de países.

No Brasil, um estudo de base populacional que verificou a ocorrência de violência contra mulheres constatou que 43% das entrevistadas declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida, sendo que um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-

namorados foram os principais agressores, variando de 88% dos autores de tapas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçadas⁽⁴⁾.

Há estudos^(1,5,6,7) que tratam da relação entre a violência doméstica e agravos à saúde das mulheres de ordem social, física, mental e emocional, além de outros que demonstram maior vulnerabilidade à violência doméstica por parte das mulheres que lidam com atividades ligadas ao espaço da casa como donas de casa, faxineiras, copeiras, serventes e empregadas domésticas.

A presente investigação tomou como objeto o perfil de produção e reprodução social de mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários e como o fenômeno da violência de gênero manifesta-se entre elas, para responder as seguintes questões: Quais os perfis de produção e reprodução social de trabalhadoras de restaurantes universitários? Qual a magnitude do fenômeno da violência entre parceiros íntimos entre essas mulheres?

Com base nas informações adquiridas, espera-se subsidiar intervenções junto a estas trabalhadoras no que se refere ao enfrentamento e à superação de situações de violência, aprimorando as intervenções existentes ou instituindo novas formas de reconhecimento e enfrentamento das situações de violência.

MÉTODO

Trata-se de uma investigação de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. Ancorado na Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva, tendo como categorias de análise gênero e violência de gênero.

Gênero, segundo Fonseca⁽⁸⁾ pressupõe a compreensão das relações que se estabelecem entre os sexos na sociedade, diferenciando o sexo biológico do sexo social. Enquanto o primeiro refere-se às diferenças anátomo-fisiológicas, portanto biológicas, existentes entre homens e mulheres, enquanto o segundo diz respeito à importância que essas diferenças assumem nas diferentes sociedades, no transcorrer da história. Valer-se da perspectiva de gênero para compreender a violência praticada contra a mulher significa olhá-la em toda a sua complexidade como violência de gênero⁽⁹⁾.

Assim, neste estudo, a violência contra a mulher foi analisada na perspectiva de violência de gênero, compreendendo as mulheres como agentes de transformação da realidade em que vivem. Desta forma, a violência constitui uma problemática que elas são capazes de enfrentar e superar, na condição de sujeitos sociais que, empoderados, são capazes de construir ou resgatar sua autonomia e, portanto, tomarem decisões sobre suas próprias vidas em todos os âmbitos, inclusive o doméstico e afetivo.

O cenário foi a Superintendência da Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo que, em 2011, contava com um quadro de 625 trabalhadores distribuídos em suas cinco divisões. Destas, a que continha o maior número de trabalhadores era a Divisão de Alimentação, com 231 funcionários atuando no preparo e distribuição de alimentos e em atividades administrativas correlatas.

Foram convidadas a participar todas as trabalhadoras dos restaurantes universitários administrados pela Coseas com tempo de trabalho na instituição maior do que seis meses, constituindo uma população de 91 mulheres.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. Os dados referentes à caracterização do cenário foram coletados nas fontes de dados documentais, dados estatísticos dos bancos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (Fundação SEADE), entre outras.

Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas com instrumento semiestruturado. Foi aplicado um questionário individual elaborado com base na adaptação dos Instrumentos *Abuse Assessment Screen (ASS)* ⁽¹⁰⁾ e do instrumento utilizado na disciplina ENS-0235-Fundamentos e Práticas da Enfermagem em Saúde Coletiva, ministrada no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), para captação das formas de viver e trabalhar relacionadas ao processo saúde-doença dos indivíduos.

O instrumento contou com perguntas abertas e fechadas que versaram sobre os dados relativos aos perfis de produção e reprodução social das trabalhadoras e da ocorrência de experiências violentas em suas vidas. Caso tais experiências aparecessem, eram feitas questões que tratavam da caracterização dos tipos de violência sofrida e de seus respectivos agressores, assim como o encaminhamento de acordo com o tipo de situação vivenciada.

Após as entrevistas, os questionários foram digitados em planilhas de Excel, organizados, decodificados e categorizados.

A análise estatística consistiu na descrição dos dados categóricos por meio de tabelas de frequência absolutas e relativas⁽¹¹⁾. Num segundo momento, a fim de avaliar associações entre variáveis escolhidas, foram realizados Testes de Associação Qui-quadrado de Pearson⁽¹²⁾. Para a análise inferencial, foi considerado um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e todos os testes tiveram conclusão sob hipótese bicaudal.

¹⁰ Dados cedidos pelo departamento de pessoal da Superintendência da Coordenadoria de Assistência Social em 22 de agosto de 2011.

Todas as análises foram feitas no Microsoft Excel 2007, em suas funções estatísticas. A análise de regressão logística e os cálculos de razões de chances foram feitos no mesmo programa, utilizando como suporte o suplemento para Excel denominado EXStat⁽¹³⁾.

Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, o estudo atendeu todos os requisitos propostos pela Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o número 969/2010/CEP/EEUSP.

RESULTADOS

Em relação à caracterização das entrevistadas, verificou-se que cerca de 60% delas estão na faixa etária de 45 a 59 anos, 29,7% têm entre 35 e 44 anos, 7,7% entre 25 a 34 anos, 4,4% 60 anos ou mais e apenas 1,1% têm entre 18 e 24 anos.

Quanto ao local de nascimento, 45,1% nasceram na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) e cerca de 30% nasceram em estados da região Nordeste do Brasil. Cerca de 25% nasceram no interior de São Paulo e em Estados das demais regiões do Brasil.

Sobre a religião professada, a maioria (50,5%) é adepta do catolicismo, 31,9% são evangélicas e 13,2% declararam não seguir nenhuma religião.

Quanto à condição marital, entre as mulheres que vivem com parceiro (62,6%), 40,7% são casadas, 20,9% são separadas e 1,1% eram viúvas e voltaram a ter uma união estável. Das mulheres que não têm parceiro (37,3%), 29,7% são separadas, 5,5% solteiras e 2,2% viúvas.

A maior parte das entrevistadas (71,4%) chefia suas famílias, enquanto para 26,4% essa chefia cabe ao cônjuge e em 2,2% a outros familiares.

No que se refere ao local de procedência, quase metade (49,5%) procede da cidade de São Paulo. Destas, a maior parte reside em bairros da Zona Oeste circunvizinhos à Universidade. As demais vivem em municípios da Grande São Paulo, como Osasco (17,6%), Taboão da Serra (11%), Carapicuíba (7,7%), dentre outros.

A verificação das condições de vida foi feita por meio do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), que busca identificar, nos municípios do Estado de São Paulo, áreas em que predominam famílias expostas a diferentes níveis de vulnerabilidade social⁽¹⁴⁾. Na RMSP, mais da metade da população está exposta a níveis de baixo a médio de vulnerabilidade, sendo que 11,5% da população está exposta a uma vulnerabilidade muito alta.⁽¹⁴⁾

A violência com desfecho fatal, verificada por meio do coeficiente de mortalidade por causas externas, se apresenta com percentual expressivo nos municípios de procedência das

entrevistadas, variando de 14,9 na cidade de São Paulo a 26,6/100.000 habitantes em Osasco⁽¹⁵⁾. Vale salientar que a taxa de mortalidade feminina por causas externas, entre os anos de 2000 e 2002, na cidade de São Paulo, foi de 23,3/1.000 mulheres, sendo que, por agressões e homicídios foi de 7/1.000 mulheres⁽¹⁶⁾.

Diante disso, conclui-se que o lugar onde vivem os sujeitos deste estudo apresenta importante vulnerabilidade social, altos índices de violência urbana e, em particular, violência contra a mulher com desfecho fatal.

Isto está em consonância com o que foi referido pelas mulheres, pois quase metade (49,5%) referiu se sentir exposta à violência nos locais onde moram. Também foram citados expressivamente os riscos de contato com vetores (ratos e insetos) e de acidentes de trânsito (38,5% e 35,2%, respectivamente). Foram referidos também os riscos de contaminação de córregos por lixo e resíduos químicos (17,6%), desmoronamento e enchente (6,6%) e outros riscos (6,6%). Vale ressaltar que 25,3% das mulheres não se consideram expostas a riscos.

Embora os municípios de onde procedem apresentem altos índices de vulnerabilidade social, as entrevistadas têm acesso a bens de consumo, a maioria (69,2%) com residência própria, 13,2% cedida, 11% moram de aluguel e 6% moram em imóvel invadido ou ocupado. Todas moram em casas de alvenaria, 89% com acabamento e 11% sem acabamento. O número total de cômodos dos domicílios varia de 2 a 17, sendo que a média é de seis cômodos por domicílio. Do total das entrevistadas, 89% consideram adequada a ventilação natural, 80,2% relataram ter iluminação natural adequada e 63,7% referem não haver presença de mofo e bolores. Além disso, todas têm acesso aos serviços de saneamento básico.

Dentre as atividades de lazer mais comuns estão passeios pela cidade (54,9%), assistir a programas de televisão (38,5%), visitas a amigos/parentes (37,4%), cinema (30,8%), prática de esportes (26,4%), leitura (26,4%) e teatro (12,1%). As demais (13,2%) relataram outras atividades de lazer como sair para dançar, fazer tricô e crochê, cozinhar.

A participação política não é uma prática comum das entrevistadas: 81,3% não participam de grupos, associações, sindicatos ou partidos, 9,9% participam de um sindicato ligado ao trabalho e 1,1% de grupo ligado a partido político.

Verificou-se que 87,9% declararam ter ao menos um problema de saúde e apenas 12,1% declararam não tê-los. Os problemas mais referidos foram os mioosteoarticulares, declarados por 63,7% delas. Estes problemas estão fortemente associados à prática laboral, ou seja, são considerados doenças ocupacionais. Em seguida apareceram os problemas de saúde mental, referidos por 33% das mulheres, como depressão, síndrome de pânico, transtorno de humor, insônia e ansiedade.

Mais da metade (54,9%) referiram fazer uso de medicação de forma contínua. Cerca de 20% fazem uso de anti-hipertensivos; 14,3% drogas psicoativas, 11% de dislipidêmicos, 9,9% de anticoncepcional e 8,8% fazem uso contínuo de analgésicos e antiinflamatórios. A maioria (68,8%) utiliza apenas o Hospital Universitário (HU) da USP para realizar o acompanhamento ou tratamentos de saúde.

Em relação à produção social, cerca de 70% são auxiliares de cozinha ou cozinheiras, executando atividades ligadas à manipulação, preparo e distribuição de alimentos. Outras 16,5% executam atividades administrativas (auxiliares administrativos, auxiliares de caixa e almoxarifados). Os cargos de chefia são ocupados por 13,2% das entrevistadas (nutricionistas e técnicas em nutrição).

A maior parte das trabalhadoras (51,7%) tem algum tipo de restrição no trabalho, entre parcial e total, tomando-se por base uma classificação utilizada pelas nutricionistas para operacionalizar as escalas de trabalho de acordo com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). Tais restrições são desencadeadas por doenças ocupacionais adquiridas no processo laboral.

Evidenciou-se nos discursos das mulheres que o trabalho formal e estável representa um potencial de fortalecimento, ainda que seja também de desgaste, devido ao trabalho espoliador e que em muito contribui para a piora da sua qualidade de vida.

Entre os riscos mais citados no ambiente de trabalho estão o de queda (76,9%) e possibilidade de desenvolver ou piorar doenças mioosteoarticulares (67%). O estresse no ambiente de trabalho foi citado por 63% das entrevistadas. Observa-se que 31,9% referem se sentirem expostas à agressão por parte dos usuários.

A violência nas relações sociais foi referida por cerca de 70% das mulheres, sendo que os parceiros íntimos foram apontados como agressores em 86,7% das vezes. Outros familiares do sexo masculino foram agressores em 8,4% e apenas uma mulher apontou como agressor uma pessoa estranha. Quanto à natureza da violência na vida adulta, 66% referiram violência psicológica, 36,3% física e 28,6% sexual. A associação entre violência psicológica, física e sexual responde por aproximadamente 15% dos casos.

A violência psicológica foi a mais frequente. O parceiro íntimo também foi o mais apontado como agressor. Salienta-se que as chefias foram referidas como agressoras por 5% das entrevistadas. Na ocasião da entrevista, um percentual expressivo delas tinha tido o último episódio de violência há menos de 1 ano, o que aponta para o fato de a violência psicológica ser um fenômeno presente na vida de cerca de 40% das mulheres. As demais características da violência psicológica podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características da violência psicológica sofrida pelas entrevistadas na vida adulta, São Paulo, 2012

Variáveis	Fator	Total	N	%
Violência Psicológica	Sim	91	60	65,9
Desde quando essa situação acontece	1. Desde que o conheceu/ Sempre/ A vida toda	47	8	17
	2. Nos primeiros 5 anos de casamento		20	42,6
	3. Entre 5 e 10 anos de casamento		8	17
	4. Depois de 10 anos de casamento		5	10,6
	Não sabe		6	12,8
	Não respondeu		13	-
Quantas vezes aconteceu	1 vez	58	4	7,1
	2 vezes		2	3,4
	3 vezes		2	3,4
	Várias vezes		48	82,7
	Não sabe		2	3,4
	Não respondeu		2	-
Quando foi a última vez	1. De 1 ano até hoje	48	18	37,6
	2. De 1 a 5 anos		3	6,2
	3. De 5 a 10 anos		3	6,2
	4. Mais de 10 anos		14	29,2
	Não sabe		10	20,8
	Não respondeu		12	-
Quem foi o(a) agressor(a)	Estranho	60	1	1,6
	Ex-marido		25	41,7
	Irmã(o)		3	5
	Marido		20	33,3
	Marido e ex		2	3,3
	Marido e irmã(o)		1	1,7
	Namorado		4	6,7
	Pai. tio. tia		1	1,7
	Profissional		3	5

A violência física teve uma frequência menor que a psicológica (36,3%). O parceiro íntimo também foi apontado como principal agressor (84,9%). E diferente da violência psicológica, cerca de 60% das mulheres tiveram o último episódio de violência há mais de 10 anos. Outras características dessa violência podem ser observadas na Tabela 2

Tabela 2 - Características da violência física sofrida pelas entrevistadas na vida adulta, São Paulo, 2012

Variáveis	Fator	Total	N	%
Violência Física	Sim	91	33	36,3
Desde quando essa situação acontece	1. Desde que o conheceu/ Sempre/ A vida toda	26	4	15,4
	2. Nos primeiros 5 anos de casamento	26	13	50
	3. Entre 5 e 10 anos de casamento	26	3	11,5
	4. Depois de 10 anos de casamento	26	6	23,1
	Missing		7	-
Quantas vezes aconteceu	1 vez	32	5	15,7
	2 vezes	32	4	12,5
	3 vezes	32	2	6,2
	Várias vezes	32	20	62,5
	Não sabe	32	1	3,1
	Missing		1	-
Quando foi a última vez	1. De 1 ano até hoje	28	1	3,6
	2. De 1 a 5 anos	28	3	10,7
	3. De 5 a 10 anos	28	3	10,7
	4. Mais de 10 anos	28	17	60,7
	Não sabe	28	4	14,3
	Missing		5	-
Quem foi o(a) agressor(a)	Ex-marido	33	21	63,7
	Irmã	33	1	3
	Irmão	33	1	3
	Marido	33	7	21,2
	Pai/padastro	33	3	9,1

A idade da mulher ao casar se correlaciona inversamente com as chances de ser maltratadas fisicamente quando adulta. A razão de chance para cada ano a mais na idade da mulher ao casar é 0.88 ($p=0.026$) de probabilidade de sofrer maus tratos, ou seja, a cada ano, a probabilidade de maus tratos é menor. Assim, as que se casam com mais de 30 anos têm menos de 20% de chance de sofrer maus tratos, segundo o modelo logístico. A cada ano a menos que a mulher tem ao se casar, sua chance de ser maltratada aumenta em 12%.

Houve também associação entre o fato de as mulheres estarem expostas à violência nos lugares onde moram e sofrerem violência física ($OR=2,48/p=0,021$).

Existe relação entre o uso de álcool pelo parceiro e a ocorrência de violência física na fase adulta. Com base na razão de chances, quantificou-se essa relação ($OR=5,74/p=0.004$), significando que o uso de álcool pelo parceiro aumenta a chance de ocorrência de violência, pois a mulher que possui parceiro usuário de álcool, em qualquer quantidade, tem 574% mais chances de ter problemas de violência do que a mulher com parceiro não usuário.

A violência sexual foi a que apresentou menor frequência (28,6%). O parceiro íntimo foi apontado como agressor em maior frequência que os demais tipos de violência (92,3%). E 42,1% disseram ter tido a última experiência há mais de 10 anos. Outras características desse tipo de violência podem ser vistas na Tabela 3.

Tabela 3 – Características da violência sexual sofrida pelas entrevistadas na vida adulta, São Paulo, 2012

Variáveis	Fator	Total	N	%
Violência Sexual	Sim	91	26	28,6
Desde quando essa situação acontece	1. Desde que o conheceu/ Sempre/ A vida toda	19	3	15,8
	2. Nos primeiros 5 anos de casamento	19	11	57,9
	3. Entre 5 e 10 anos de casamento	19	3	15,8
	4. Depois de 10 anos de casamento	19	2	10,5
	Missing		7	-
Quantas vezes aconteceu	1 vez	26	5	19,3
	2 vezes	26	1	3,8
	3 vezes	26	1	3,8
	Várias vezes	26	19	73,1
Quando foi a última vez	1. De uma ano até hoje	19	2	10,6
	2. De 1 a 5 anos	19	2	10,5
	4. Mais de 10 anos	19	8	42,1
	Não sabe	19	7	36,8
	Missing		7	-
Quem foi o(a) agressor(a)	Ex-marido	26	14	53,9
	Marido	26	9	34,6
	Namorado	26	1	3,8
	Primo	26	2	7,7

Em relação aos três tipos de violência, as variáveis que apresentaram associações estatísticas foram aquelas relacionadas à raça/etnia – as mulheres pretas têm, em geral, mais chances de sofrer violência; geração – as mulheres com 60 anos ou mais têm mais chances de sofrer violência sexual; classe social – o acesso a potenciais de fortalecimento, como atividades de lazer, assim como a escolaridade mais alta, manifestaram-se inversamente relacionados à ocorrência de todos os tipos de violência. A residência própria relacionou-se inversamente com a violência sexual.

No que se refere ao enfrentamento realizado por parte das mulheres frente à situação de violência, das 66 que referiram ter sofrido pelo menos um tipo de violência, apenas 43 (65,2%) procuraram ajuda. Dentre as providências mais frequentes, estavam a ajuda familiar (46,5%) e da enfermeira de saúde mental que atuava na Coseas até 2010 (23,3%). O Ministério Público, Centros de Referência da Mulher e Instituto Médico Legal (IML) não foram citados. As falas das mulheres foram marcadas fortemente pela resiliência, ou seja, a capacidade de saírem fortalecidas depois de uma situação adversa, como a violência.

Os problemas de saúde decorrentes da violência foram referidos por 59,1%, a maior parte tendo alguma relação com a saúde mental.

DISCUSSÃO

As trabalhadoras pesquisadas, em sua maioria, pertencem a uma classe social subalterna, embora tenham acesso a bens de consumo que proporcionam certo status na nossa sociedade, como a casa própria. Os lugares de onde procedem e, portanto, onde se dão seus processos de reprodução social são, em geral, da periferia da grande cidade, com altas taxas

de violência urbana e de violência contra a mulher. Os indicadores sociais apontam que tais municípios estão em situação de vulnerabilidade social.

No momento produtivo, verificou-se que o trabalho formal e estável representa um forte potencial de fortalecimento para essas mulheres, favorecendo o processo de autonomia financeira, condição potencializadora no processo de ruptura do círculo de violência cometida por parceiro íntimo^(4,5,8,18). No entanto, este mesmo trabalho se revela como potencial de desgaste, pois, nas formas de trabalhar, está inerente um processo de trabalho espoliador que exige intenso esforço físico, levantamento de peso e movimentos repetitivos realizados em condições bastante adversas, como altas temperaturas e poluição sonora, determinando que um grande número de mulheres apresente doenças ocupacionais que afetam sobremaneira a sua qualidade de vida.

A frequência da experiência de violência entre as entrevistadas (70%) se apresentou bastante expressiva quando comparada a outros estudos de base populacional^(4,7), que verificaram variações entre 40% a 54,2%. Schraiber *et al.*⁽⁴⁾ explicam que provavelmente os altos índices de violência contra a mulher, verificados em pesquisas de base populacional, seja reflexo de cerca de três décadas de ativismo e respostas institucionais no enfrentamento desse tipo de violência. Apesar de estas medidas não se refletirem na diminuição das taxas de violência contra a mulher, torna-a mais visível e menos aceitável. Assim, a menor aceitabilidade e a maior sensibilidade a este fenômeno promoveriam uma expressão de insatisfação e revolta por parte das mulheres que o vivenciam.

À exceção da violência psicológica que apresentou frequência bastante elevada quando comparada com outros estudos, a frequência dos demais tipos de violência estão em consonância com o que ocorre em estudos de base populacional nacionais^(4,17).

Os parceiros íntimos foram apontados como agressores por mais de 84% das mulheres independente do tipo de violência, seguido de familiares do sexo masculino, corroborando o que refere Schraiber⁽²⁰⁾ ao diferenciar a violência contra mulher da violência contra o homem. Enquanto estes geralmente são agredidos em espaços públicos por homens estranhos, as mulheres são agredidas por seus parceiros de intimidade, dentro de seus lares.

Assim como verificado em outros estudos^(4,19) o uso de álcool pelo parceiro está fortemente relacionado à ocorrência de violência contra a mulher cometida por parceiros íntimos.

Embora não haja referência na literatura de uma faixa etária em que a mulher esteja mais vulnerável a sofrer violência perpetrada pelo parceiro, verificou-se que quanto mais jovem a mulher se casa, maiores são as chances de sofrer violência física pelo parceiro. Esse

achado talvez tenha respaldo na falta de autonomia financeira da mulher e ainda à dupla subordinação conferida a ela nesta situação, geracional e de gênero⁽²⁾.

A resiliência, além de ter sido um fenômeno verificado em grande parte das entrevistadas, se coloca como campo fértil para intervenção, visando à promoção da saúde e da qualidade de vida dessas mulheres. Adquirindo a capacidade de resiliência, as mulheres em situação de violência conseguem instrumentos, quer sejam individuais, quer sejam sociais, para realizarem os devidos enfrentamentos para a superação dessa problemática⁽¹⁸⁾.

Os problemas de saúde decorrentes da experiência de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo estão fortemente relacionados à saúde mental, em consonância com estudos^(2,7,20,21) que indicam que há uma forte relação entre a violência doméstica e os problemas de saúde das mulheres, principalmente, no que se refere ao sofrimento psíquico em geral, considerados os efeitos não-fatais da violência, mas que deixam seqüelas devastadoras e muitas vezes irreparáveis. Este resultado parece indicar que os problemas saúde mental, tão frequentemente referidos pelas trabalhadoras dos restaurantes e que comprometem sobremaneira a sua qualidade de vida podem estar relacionados à violência doméstica, uma vez que foram tão frequentes entre as trabalhadoras que tiveram tal experiência.

Dar nomes aos sofrimentos causados pela violência talvez seja uma forma de tanto o profissional quanto a mulher não se sentirem impotentes frente à situação de violência. Assim, reduzir o fenômeno de tamanha complexidade a um diagnóstico inespecífico, como depressão, por exemplo, remete a uma intervenção medicamentosa e encaminhamento para a psicoterapia, o que se traduz para a mulher como estar sendo cuidada e para o profissional de saúde, como trabalho realizado^(9,20). No entanto, o enfrentamento da violência contra a mulher extrapola o âmbito da saúde e exige o comprometimento e envolvimento de diversos setores, como a assistência social, jurídica e psicológica, as delegacias da mulher, os abrigos, o Ministério Público, dentre outros.

CONCLUSÃO

Este estudo proporcionou oportunidade de desvelar um fenômeno até então invisível entre as trabalhadoras da Coseas, a violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo. No entanto, esta violência é uma pequena parte do todo que representa cada mulher. O que se verificou foi que a violência perpassa todos os momentos das suas vidas: nos locais onde moram, marcados pela violência urbana; nos lares, pela violência praticada por parceiros de intimidade; e no trabalho, primeiro pelo processo de trabalho em si, que é espoliador, e depois pela violência perpetrada pelas chefias, refletida como violência de classe e intragênero. Elas

são subalternas em seus momentos produtivo e reprodutivo e esta subalternidade pode estar relacionada a uma maior vulnerabilidade à violência de gênero.

Frente ao exposto conclui-se que a violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo é um fenômeno muito prevalente entre as trabalhadoras dos restaurantes universitários, fenômeno este determinado pela forma como essas mulheres se inserem em seus momentos de produção e reprodução social.

Enquanto centro de excelência de produção de saber, espera-se da Universidade de São Paulo que sua produção seja traduzida em benefícios para a comunidade, principalmente no que se refere a uma prática generificada oriunda deste saber. Assim, pretende-se que os resultados deste estudo possam subsidiar intervenções em relação às trabalhadoras da Coseas no que se refere ao reconhecimento, enfrentamento e superação das situações de violência que elas enfrentam no seu dia a dia. Além disso, pretende-se estimular investigações que possam cada vez mais iluminar este campo do conhecimento que ainda apresenta inúmeras lacunas a serem preenchidas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Brasília: OMS/OPAS; 2002.
2. Minayo MC. Violência e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
3. Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde (PATH) [Internet]. [citado 2010 jul. 14]. Disponível em: <http://www.bemfam.org.br>
4. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Júnior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saúde Pública. 2007;41(5):797-807.
5. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p. 337-55.
6. Andrade CJM, Amaral MA, Fonseca RMGS. Considerações sobre a violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):591-5.
7. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(3):625-31.
8. Fonseca RMGS. Gênero e saúde-doença: uma releitura do processo saúde-doença das mulheres. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ, organizadores. Enfermagem e saúde da mulher; Barueri: Manole; 2007. p. 30-61.
9. Andrade CJM. As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2009.

10. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento *Abuse Assessment Screen* (AAS) para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(6):425-37
11. Vieira S. Introdução à bioestatística. Rio de Janeiro: Campus; 1998.
12. Armitage P, Berry G. *Statistical methods in medical research* 3rd ed.. New York: Blackwell; 1994.
13. Peixoto P. EXStat - Excel Statistics Calculator. Version 1.8 [Internet]. São Paulo: IME/USP; 2012 [citado 2012 jan. 22]. Available from: www.ime.usp.br/~pedrosp
14. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social [Internet. São Paulo; 2010b [citado 2011 dez. 7]. Disponível em: http://www.al.sp.gov.br/web/ipvs/index_ipvs.htm
15. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2011 set. 20]. Disponível em: [HTTP://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm)
16. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Síntese de estatísticas vitais: 2002-2011 [Internet]. São Paulo; 2011 [citado 2011 jul. 14]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>
17. Venturi G, Bokany V, Dias R, organizadores. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC; 2010.
18. Chiesa AM. *Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde*. [tese de livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.
19. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(3):625-31.
20. Schraiber LB, D' Oliveira AFPL, Falcão MTCF, Figueiredo WS. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Ed. UNESP, 2005. (Saúde e Cidadania).
21. Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. *Ending violence against women*. Baltimore (MD): Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs; 1999 (Population Reports, Series L, n. 11).