

Jornal da Rede Feminista de Saúde

Nº 25, junho de 2002

Seguindo a linha editorial adotada em 2001 – realizar edições temáticas que focalizem questões sobre “mulher, saúde e direitos” – este número do **Jornal da Rede** apresenta como tema central o assunto “Mulher, Saúde e Trabalho”.

Introduzidos pelas reflexões de Eleonora Menicucci de Oliveira, que ressalta a importância desse campo intelectual e político – cujos principais atores são os movimentos feminista e sindical – as entrevistas, os artigos e seções abrem um amplo leque ao tratar do tema proposto.

As entrevistas focalizam a discriminação da mulher no mundo do trabalho e suas conseqüências sobre a saúde. A sindicalista Lenira Carvalho conversa acerca da situação da empregada doméstica e a pesquisadora Maria Aparecida Bento fala a partir da perspectiva de raça e gênero, detendo-se nas condições de trabalho da mulher negra.

Os artigos continuam ampliando o leque de novas ou antigas questões, tornando-as visíveis: o assédio moral no trabalho, responsável por danos psíquicos em trabalhadoras e trabalhadores, na pesquisa de Margarida Barreto, e a proteção do trabalho e da saúde no trabalho para mulheres e homens com deficiência, no estudo de Maria Aparecida Gugel. Ou ainda: a exposição ao amianto, causando doenças profissionais, e suas conseqüências no espaço doméstico e nas relações de gênero, no artigo de Lucila Scavone, e os problemas de saúde sexual e reprodutiva das profissionais do sexo, na investigação de Mônica Maia, Alessandra Chacham e Ana Paula Lopes.

Nas seções Direito e Saúde Pública – inauguradas na edição anterior – Norma Kyriakos discute aspectos da legislação de proteção social ao trabalho da mulher e sua relação com a saúde, detendo-se na licença-maternidade; Denise Dau trata de problemas das políticas públicas, preocupada com a redução de direitos e de políticas sociais, além de enfatizar a situação dos profissionais de saúde pública – em sua maioria mulheres – e o descaso governamental com a saúde da própria trabalhadora.

Para fechar o número, o Perfil de uma mulher que é referência na discussão sobre saúde e trabalho – Fernanda Giannasi, símbolo de luta para banir o amianto no Brasil – além da seção Em Pauta, que divulga livros sobre as nossas questões. Por fim, a preparação deste **Jornal da Rede**

sobre Mulher, Saúde e Trabalho não teria sido possível sem a colaboração de Eleonora Menicucci de Oliveira, Lucila Scavone e Margarida Barreto, desde a concepção da pauta.

Ao lado do tema central desta edição, o **Jornal da Rede** apresenta também o encarte “Visões Feministas sobre Biotecnologia”. O encarte integra o **Jornal da Rede** e, por seu intermédio, é possível dedicar mais atenção a um assunto específico da nossa agenda e reforçar a presença desse assunto em nossas discussões. É o caso de questões da biotecnologia, tratadas sob uma perspectiva feminista nos artigos e destaques de Fátima Oliveira e Alejandra Rotania.

Este número do **Jornal** é o primeiro, depois do VII Encontro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, em maio de 2002. No Encontro, foram eleitos, por unanimidade, os novos Conselho Diretor e Secretaria Executiva. O Conselho tomou posse imediatamente e as secretárias eleitas – Fátima Oliveira e Neusa Cardoso de Melo – assumirão em dezembro de 2002, momento em que a sede será transferida de São Paulo para Belo Horizonte. No Encontro, também reformulou-se o estatuto social e modificou-se o nome da entidade, agora chamada **Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos** ou, abreviadamente, **Rede Feminista de Saúde**.

Expediente:

Conselho Editorial: Albineiar Plaza Pinto/GO; Alessandra Chacham/MG; Cláudia Bonan/RJ; Gilberta Soares/PB; Rita Teixeira /PA; Rosa de Lourdes Azevedo dos Santos/SP; Silvia Dantas/PE; Maria Isabel Baltar/SP; Liège Rocha/SP.

Secretária Executiva: Maria Isabel Baltar / secretaria executiva em exercício; Liège Rocha / secretária adjunta em exercício; Fátima Oliveira / secretária executiva eleita; Neusa Cardoso de Melo / secretária adjunta eleita.

Coordenação Editorial: Voleta Rocha

Editora Interina: Fernanda Pompeu

Projeto Gráfico e Arte: Paulo Batista

Assistentes editoriais: Eugenia Lisboa Homem, Suzana Siqueira, Luciana Martins

Fotolito: Input

Impressão: RR Donnelley

Apoio: Fnuap (Fundo de População das Nações Unidas) e Fundação Ford

Autorizamos a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

Sumário

Gênero, saúde e trabalho: produzindo conhecimentos, reconfigurando direitos <i>Eleonora Menicucci de Oliveira</i>	05
Principal reivindicação: Dignidade <i>entrevista com Lenira Carvalho, por Márcia Larangeira</i>	08
Profissionais do sexo e saúde <i>Mônica Bara Maia, Alessandra Sampaio Chacham, Ana Flávia Coelho Lopes</i>	13
Assédio moral: risco invisível no mundo do trabalho <i>Margarida Barreto</i>	18
Contra fatos não há hipocrisias <i>entrevista com Cida Bento, por Fernanda Pompeu</i>	28
Gênero e amianto <i>Lucila Scavone</i>	31
Mulheres portadoras de deficiência, saúde e trabalho <i>Maria Aparecida Gugel</i>	36
<i>Direito</i>	
Saúde ampla, geral e irrestrita <i>Norma Kyriakos</i>	44
<i>Saúde Pública</i>	
De olhos abertos <i>Denise Motta Dau</i>	49

<i>Perfil</i>	
Fernanda Giannasi, símbolo da luta para banir o amianto no Brasil	53
<i>Voleta Rocha</i>	
Em Pauta	56
A Plataforma Feminista, as mulheres e os desafios no mundo do trabalho	59
ENCARTE: Visões feministas sobre biotecnologia	61
Um olhar feminista sobre a biotecnologia. <i>Fátima Oliveira</i>	61
Biotecnologia, por quê? <i>Alejandra Rotania</i>	68
Glossário	74
Um pouco de história	76
O “estado da arte” dos transgênicos”	77

Gênero, saúde e trabalho: produzindo conhecimentos, reconfigurando direitos

Eleonora Menicucci de Oliveira *

A presente edição do **Jornal da Rede** está no cruzamento entre os campos intelectual e político de dois importantes movimentos sociais: o feminismo e o sindicalismo, em que as ações de pesquisa partem da premissa de que a participação dos trabalhadores, homens e mulheres, na produção de conhecimento e na intervenção sobre suas condições de trabalho e saúde são parte fundamental de sua formação política.

Neste número, o objetivo principal é discutir uma das questões fundamentais na vida das mulheres: o direito à escolha sobre sua vida sexual e reprodutiva articulado com as condições da organização social do trabalho.

A *Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*, a partir do *I Congresso Internacional Mulher Trabalho e Saúde*, Barcelona / 1996, tem pautado em sua agenda a discussão desse campo de atuação política e de pesquisa. Nesse *Congresso*, o objetivo foi permitir que as mulheres tivessem acesso a informações que possibilitassem melhoria na sua saúde e qualidade de vida.

A *Rede Feminista de Saúde* participou da comissão organizadora do *II Congresso Mulher, Trabalho e Saúde*, Rio de Janeiro / 1999, ao lado de representantes do movimento sindical, da universidade e de mulheres profissionais da área da saúde coletiva. O evento ajudou na relação entre trabalho e saúde no Brasil e na América Latina.

No ano de 2002, em Estocolmo, ocorreu o *III Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde*. Interdisciplinar, o Congresso reuniu pesquisadoras(es), médicas(os), representantes de governos e ativistas feministas. Na ocasião, a *Rede Feminista de Saúde* coordenou um simpósio, no qual foi discutido o impacto das condições de trabalho na vida sexual e reprodutiva das trabalhadoras. O *IV Congresso* se realizará na Índia, em 2005.

Todos os congressos tiveram como cenários político, social e econômico a reestruturação produtiva. O processo de reestruturação, que se deu de forma restrita nos anos 80, aprofundou-se na década de 90 quando se generalizou a implantação de novos modelos produtivos, sob o impacto da crise econômica e a abertura da economia promovida pelo governo Collor e, posteriormente, pelo governo Fernando Henrique Cardoso.

Mudanças impactantes

Uma característica importante desse processo, na última década, foi a crescente introdução de máquinas de base microeletrônica e a automação de setores da produção e, talvez de forma mais intensa, a introdução de inovações associadas ao modelo da especialização flexível na busca de novos padrões de qualidade. Como parte dessas mudanças, o processo de terceirização foi intensificado e, na maioria dos casos, visou a “externalização” de atividades como estratégia de redução de custos. Os efeitos dessa estratégia, em geral, recaíram pesadamente sobre as condições de trabalho, com forte tendência à precarização.

As tentativas de modernização e redução de custos, de boa parte das empresas do setor metal-mecânico, têm levado ao aumento do desemprego e da precarização das condições de trabalho nos maiores centros industriais do País. Essa circunstância causa um impacto importante sobre a qualidade de vida dos trabalhadores, homens e mulheres, comprometendo suas condições de saúde, uma vez que desencadeia processos de adoecimento psicofísicos.

Ancoradas em diversas pesquisas, realizadas com trabalhadoras de diferentes ramos de produção e com experiências distintas, os textos que formam esta edição do **Jornal da Rede** refletem os impactos à luz das relações de gênero, classe social, raça/etnia nas condições de vida e saúde das trabalhadoras, com destaque para sua vida reprodutiva e sexual.

O elenco de textos também deu voz às trabalhadoras domésticas, trabalhadoras da saúde, especialistas na segurança do trabalho e na legislação trabalhista, bem como às pesquisadoras comprometidas com a luta pela cidadania das mulheres trabalhadoras.

Saúde/trabalho/gênero

A produção teórica mundial referente ao campo de conhecimento saúde/ trabalho/gênero ainda é pequena diante da produção do campo saúde/gênero. Isso resulta da pouca importância que a academia tem dado a esses temas.

Sabemos que a abordagem teórica interdisciplinar de saúde/trabalho/gênero tem sido impulsionada, por um lado, pelas condições impostas pela reestruturação produtiva, tais como: desregulamentação dos direitos trabalhistas e sociais; alto índice de desemprego entre as mulheres e, sobretudo, os impactos provocados na saúde mental e sexual das mulheres. Por outro lado, pela pressão dos movimentos feminista e sindicalista frente às questões que têm provocado

cotidianamente uma reconfiguração do tempo feminino e masculino, para responder às demandas da mundialização do capital.

Entrar nos locais de trabalho, analisar os processos e as relações de trabalho, a partir da vivência e da produção de conhecimento das trabalhadoras é um imperativo metodológico, tanto para a pesquisa como para as atividades de formação e política.

O uso da categoria gênero, como mediação entre a prática e a teoria científica, evidenciou o interesse do conhecimento instituído em silenciar as relações de poder entre os sexos, numa alusão à proibição dos diálogos entre homens e mulheres. Nessa abordagem, a arte de dialogar é uma importante dimensão na construção do conhecimento científico.

À utilização da categoria gênero, somam-se as desigualdades sociais como explicativas dos diferentes lugares de poder que ocupam, no mundo do trabalho, as mulheres e os homens. Tais desigualdades devem ser identificadas para compreendermos como o trabalho repercute diferentemente na saúde do homem e da mulher.

Das rupturas epistemológicas, de que se fala na filosofia, o corte transversal das relações de gênero é talvez a ruptura mais importante dos últimos vinte anos nas ciências sociais. Trata-se, pois, do reconhecimento de uma dimensão da desigualdade social até então não trabalhada, subsumida na dimensão econômica, seja nas teorias das classes ou nas teorias da estratificação social.

Com essa reflexão, acreditamos que a *Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos* está contribuindo para o avanço das pesquisas na consolidação do campo de conhecimento saúde/trabalho/ gênero, à luz dos direitos sexuais e reprodutivos. A *Rede* também está contribuindo com a construção da cidadania feminina, ao lutar pela garantia e ampliação dos direitos conquistados, que os governos neoliberais tentam restringir.

* Eleonora Menicucci de Oliveira é uma das fundadoras da *Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*, professora livre docente em *Saúde Coletiva* do Departamento de Medicina Preventiva da Unifesp. Participou dos três Congressos Internacionais *Mulher, Saúde e Trabalho*. No segundo, integrou a comissão organizadora e nos dois outros, o conselho consultivo.

Principal reivindicação: Dignidade

Entrevista com Lenira Carvalho, por Márcia Laranjeira *

Lenira Carvalho começou a trabalhar tão cedo como sua mãe que foi empregada doméstica na casa-grande de um engenho. A história de Lenira é semelhante a de muitas outras mulheres nascidas e criadas na zona canavieira nordestina. A diferença talvez tenha sido o forte desejo que a menina teve de estudar e crescer.

Lenira iniciou sua militância política na Juventude Operária Católica, levada pela patroa que, em uma reunião de domésticas, a apresentou como “uma revoltada”. Um padre perguntou se a revolta era motivada pelo fato de ela ser uma empregada doméstica ou por causa das condições de trabalho. Ela retrucou taxativa: “Por causa das condições!”

Em 1963, no Recife, Lenira participou da organização da primeira passeata de trabalhadoras domésticas do Brasil. Anos depois, ajudou a fundar a Associação das Trabalhadoras Domésticas que – por ocasião da mudança constitucional de 1988, tornou-se Sindicato – do qual Lenira foi presidente por dois mandatos.

Líder reconhecida e respeitada, Lenira foi coordenadora do Fórum de Mulheres de Pernambuco.

Sua história e reflexões estão registradas no livro de memórias “A luta que me fez crescer”.

Nesta entrevista ao Jornal da Rede, Lenira Carvalho aborda problemas da saúde das mulheres trabalhadoras domésticas, joga luzes no debate sobre a desvalorização do trabalho doméstico e delinea desafios a serem enfrentados pelos sindicatos.

Jornal da Rede – *Quais os principais problemas de saúde das trabalhadoras domésticas?*

Lenira Carvalho – Quando eu era jovem, ao conviver com outras domésticas, descobri que o aborto era praticado com muita frequência. Naquele tempo não se falava em pílula. Só era aborto, aborto... Havia o problema da carência afetiva, pois muitas vinham do interior ainda novinhas. Daí a menina ia morar em uma casa que não era a sua, com uma família que não era a sua. Quando um rapaz se aproximava, oferecendo alguma atenção, as meninas caíam na conversa. A verdade é que muitas engravidavam e como ganhavam quase nada pelo trabalho doméstico, acabavam voltando para o interior, onde ficavam com a família de origem. Outras levavam a criança para orfanatos. Conclusão: muitas engravidavam e, sem melhor alternativa, partiam para o aborto.

JR – *Você acha que hoje as trabalhadoras domésticas fazem menos aborto?*

Lenira – Eu não tenho como comparar. Pode ser que o número de abortos seja maior pelo fato do número de domésticas ter aumentado. A outra questão que preocupa é a Aids. As meninas domésticas usam pílula, mas o uso da camisinha ainda é difícil. Uma pesquisa realizada, em 2000, pela ONG *Gestos*, em Pernambuco, mostrou que é grande a quantidade de empregadas domésticas contaminadas pelo HIV.

JR – *Quais as queixas mais comuns em relação à saúde?*

Lenira – Na categoria, o que predomina são as dores nas pernas. Quase toda empregada se queixa disso. Talvez devido a problemas de circulação ou osteoporose. Algumas, inclusive, não trabalham mais porque não agüentam ficar em pé. Diabetes, tuberculose e alergias nas mãos, por causa do contato com produtos de limpeza, são os outros problemas relatados.

JR – *As mulheres se queixam de problemas psicológicos?*

Lenira – No Sindicato, chega um grande número de meninas com problemas nervosos. Talvez, no fundo, elas não aceitem ser empregadas domésticas. A vergonha da profissão é uma herança tão forte, da escravidão e do patriarcalismo, que muitas não querem ter a carteira assinada como trabalhadora doméstica. Outra questão: ultimamente, mulheres ligadas a religiões chegam ao Sindicato para fazer a rescisão e não autorizam que se tomem as medidas necessárias para garantir seus direitos. Elas colocam a solução dos problemas na mão de Deus, dizem “*não quero questão, porque Jesus Cristo resolve tudo.*”

JR – *As trabalhadoras mencionam se sofrem pressão de patroa/patrão em relação à qualidade do trabalho, ao cumprimento da jornada, relacionando isso com estresse?*

Lenira – Muitas vezes. Por exemplo, à medida em que as doenças surgem ou se agravam, as mulheres procuram o serviço de saúde, o que, muitas vezes, implica em faltas no trabalho. Como nem sempre elas conseguem atendimento, precisam ir ao posto duas vezes ou mais. Isso provoca muita cobrança por parte dos patrões. Outro drama: se ela vai no posto mas não é atendida, não há atestado médico. Sem atestado, a patroa desconta do salário. Por outro lado, só um médico perito da Previdência pode atestar a necessidade de licença de saúde ou outro tipo de amparo. Isso é um

processo longo. Conclusão: situações como essas são extremamente esgotantes, algumas preferem pedir demissão do emprego.

JR – *Quando a trabalhadora doméstica necessita se afastar do trabalho por motivo de doença, o acesso ao pagamento dos benefícios e à licença- saúde são iguais aos das outras categorias?*

Lenira – Os benefícios são um caso sério. Quando a trabalhadora paga 12 meses de INSS e tem um problema de saúde, ela precisará ser avaliada pelo médico perito. Se ele constatar que ela precisará se afastar do trabalho por mais de 15 dias, o pagamento do benefício pela Previdência deveria ser imediato. Porém, se a patroa não pagou o INSS, a empregada não terá como reivindicar esse direito. Exceções são para doenças, como o câncer e a Aids, que permitem que a mulher se aposente, mesmo que ela não tenha um ano de carteira assinada. No caso da Aids, há entidades que apóiam as empregadas, pagando advogado para garantir a aposentadoria mesmo que o INSS não esteja quitado.

JR – *Durante a Conferência Estadual de Mulheres, em Pernambuco, o Sindicato propôs uma emenda à Plataforma Política Feminista defendendo a legislação do acidente de trabalho para a trabalhadora doméstica. Quais são as regras de hoje?*

Lenira – Veja a diferença: se a empregada está lavando uma janela, cai da escada e quebra a perna, ela se acidentou. Se por causa desse fato ela não puder mais trabalhar, e estiver pagando o INSS, ela irá se aposentar por incapacidade para o trabalho. Mas se ela tiver um corte profundo com uma faca ao cozinhar, ou se sofrer um acidente no percurso de casa para o trabalho, isso não é reconhecido como acidente de trabalho. Por essa razão, legalmente não há doença do trabalho no caso da doméstica. A verdade é que nós não temos acesso a todos os direitos. Se o operário se ferir com o martelo é acidente de trabalho, se a doméstica se ferir com uma faca não é.

JR – *A que você atribui essa discriminação?*

Lenira – Talvez ainda se considere a casa um espaço diferente de outros espaços de trabalho, um local que não ofereça perigos. Permanece também o raciocínio da época em que éramos vistas como “objetos da casa”, daí que a empregada não tem férias, tem folgas. Também sobrevive o mito, cuja origem está no tempo da escravidão, de que o trabalho doméstico não cansa. Junte-se a tudo

isso a complexidade da relação empregada/patrões. São pessoas de classes sociais desiguais vivendo sob o mesmo teto, há uma confusão de relações de trabalho com relações de afeto.

JR – *O abuso sexual, o assédio e o estupro costumam ser comentados ou denunciados pelas trabalhadoras domésticas no Sindicato?*

Lenira – Não. Há muita dificuldade em falar sobre o tema. Além do que, no caso de uma denúncia, é muito difícil provar o acontecido. No Sindicato não se toca no assunto, a não ser na presença de um advogado. Muitas meninas e mulheres, quando são abusadas ou assediadas, preferem deixar o emprego, inclusive, por medo de sofrer ameaças.

JR – *Você acredita que existam trabalhadoras domésticas com orgulho da profissão?*

Lenira – Eu acho que ter coragem de se assumir é muito ousado. Então, muitas trabalhadoras vão envelhecendo, perdendo a auto-estima e alimentando uma revolta. Eu sempre digo: “*vamos juntar nossas revoltas para a luta!*” Mas a conjuntura não está fácil, arranjar trabalho está difícil. Hoje, a exigência por profissionais com estudo é maior. Existem patroas que não querem mais ter empregadas analfabetas. Do outro lado, o acesso à educação é dificultado para quem é doméstica.

JR – *A baixa escolaridade é um obstáculo a informar-se? Onde as trabalhadoras domésticas buscam informações sobre saúde, sexualidade?*

Lenira – Claro que é um obstáculo. No caso das domésticas, a situação é ainda mais complicada. Porque há certas coisas que a empregada aprende dentro da casa da patroa, por exemplo, servir bem uma mesa, usar os talheres etc. Ela pode saber muito melhor disso tudo do que as outras mulheres. Agora, no caso das informações sobre saúde e sexualidade, a maioria só tem acesso por meio da televisão ou da patroa. Por tudo isso, é muito importante existirem organizações de bairro e outros espaços em que a trabalhadora doméstica possa frequentar e se informar.

JR – *Ou seja, os sindicatos são importantes espaços de formação política e de informação.*

Lenira – Em princípio sim. No caso do Recife, o nosso Sindicato não tem dado conta de formar, nem de informar, pois temos diversos problemas: não há recursos para manter atividades, falta pessoal para trabalhar, e a demanda para solucionar problemas trabalhistas é enorme. Nós costumávamos organizar palestras aos domingos: chegamos a contar com 60 pessoas. Hoje, poucas mulheres têm

freqüentado essas reuniões. Esse não é um problema só de nossa categoria. Há uma dificuldade geral de mobilização.

JR – *O que fazer para revitalizar os sindicatos?*

Lenira – O desafio é fazer parceria com outras organizações da sociedade. Depois de todos esses anos de luta, avalio que tratar apenas do direito trabalhista não satisfaz mais. É preciso ampliar o tipo de trabalho até para criar a consciência profissional que estimule a trabalhadora a dizer: *“Eu sou empregada doméstica. Eu mereço um salário justo, sou gente como qualquer outra pessoa”*. Por exemplo, o emprego doméstico é mais valorizado do que a pessoa que o executa. Isso precisa mudar. Nós, as trabalhadoras domésticas, somos muito mais do que tudo isso.

* *Márcia Larangeira é jornalista e coordenadora de comunicação do SOS CORPO – Gênero e Cidadania.*

Profissionais do sexo e saúde

*Mônica Bara Maia, Alessandra Sampaio Chacham, Ana Flávia Coelho Lopes **

Sendo a prostituição é um fenômeno complexo, não é possível abordá-la, neste artigo, em todos os seus aspectos. Nossa intenção é provocar uma reflexão sobre a saúde sexual e reprodutiva, apontando aspectos de vulnerabilidade, alguns particulares do sexo comercial e outros gerais de todas as mulheres. Nosso entendimento é que o sexo comercial é a prática de comercializar fantasia, e não o corpo. As profissionais do sexo atuam no imaginário masculino, como mulheres que podem ofertar prazeres e práticas sexuais diferenciados, especiais, incomuns. É sobre esse imaginário que a mulher negocia o programa, mas não necessariamente que o concretiza.

Apesar de a prostituição não ser considerada ato ilícito penal no direito nacional (Código Penal, capítulo V, artigos 227-232), a atitude frente às mulheres profissionais do sexo é normalmente condenatória, moralista e punitiva. Sua situação de saúde é afetada de forma negativa pela falta de discussões amplas e de políticas públicas específicas. É importante destacar que o termo “*profissionais do sexo*” não é suficiente para as realidades que se apresentam. No nosso exemplo, vamos relatar a experiência acumulada pelo *Musa* que, desde 1992, desenvolve um trabalho sistemático de educação popular em saúde com mulheres profissionais do sexo, da “zona grande” de Belo Horizonte, por meio de um grupo de monitoras de saúde (mulheres profissionais do sexo assessoradas pela instituição).

Perfil das mulheres pesquisadas

Nos primeiros anos da fundação do município de Belo Horizonte, no início do século XX, a prostituição se estabeleceu nas ruas centrais da capital (Santos Dumont e adjacências), próximas à Estação da Estrada de Ferro, onde circulavam clientes potenciais – comerciantes viajantes – dos prostíbulos, cabarés e dancings. Posteriormente, a Estação Rodoviária foi construída na mesma região, consolidando a chamada “*zona grande*”.

Atualmente, o quadrilátero, formado pelas ruas *Guaicurus*, *Caetés*, *São Paulo* e *Rio de Janeiro*, compreende o chamado baixo meretrício, com 22 hotéis de prostituição e cerca de duas mil mulheres que trabalham, ou como dizem essas profissionais *batalham*, entre 8h e 0h.

Nos hotéis, a mulher paga uma diária fixa, por um ou dois turnos (8h às 17h e 17h à 0h), para ocupar o quarto onde receberá os clientes. Os quartos têm cama e pia, sendo que, em alguns hotéis, há vaso sanitário nos quartos; em outros, há apenas uma bacia. O preço do programa é resultado da negociação da profissional com o cliente, levando em conta os serviços a serem prestados. O programa básico (sexo oral e três posições de sexo vaginal) varia de R\$ 5,00 a R\$ 10,00. A mulher atende a quantos clientes quiser ou necessitar e não há a figura do cafetão.

De acordo com dados de pesquisa realizada, pelo Musa, em 1999, com 168 profissionais do sexo, as mulheres que batalham nos hotéis da “zona grande” têm idade média de 30 anos e, mínima de 18. O fato de nenhuma mulher declarar ter menos de 18 anos não significa a ausência de adolescentes nos hotéis, mas aponta para sua raridade. Estas mulheres começaram a batalhar, em média, com 22 anos, e estão a cerca de cinco anos na ocupação. A maior parte não completou o primeiro grau, mas cerca de um terço tem segundo grau incompleto ou mais. De acordo com os dados da pesquisa, a maioria nasceu em cidades do interior, tanto de Minas Gerais como de outros estados. Quase metade já batalhou em outras cidades e/ou capitais, nos últimos três anos, confirmando a mobilidade das mulheres na busca por melhores condições para o exercício do sexo comercial. Cerca de 10% estão casadas ou em união e quase a metade tem parceiro afetivo.

Aspectos da saúde sexual

Dezesseis anos foi a idade média para a primeira relação sexual, sendo que quase um terço teve sua primeira relação com 14 anos ou menos.

A doença sexualmente transmissível (DST) mais freqüente, segundo declaração das próprias mulheres, é a gonorréia, e muitas têm sintomas que podem indicar a presença de uma DST. Exemplos: coceira, corrimento, dor, ardência ao urinar. O aumento de incidência de HPV é particularmente preocupante, já que o vírus não é 100% evitado pelo uso do preservativo masculino. Seus fatores de risco estão muito presentes entre profissionais do sexo, pelo alto número de parceiros. Também é preciso avaliar melhor se há risco diferenciado de câncer de colo de útero nesse grupo.

O uso contínuo e persistente do preservativo masculino causa irritação vaginal, não evitada pela utilização do lubrificante à base de água. Não se sabe até que ponto essa irritação pode aumentar a fragilidade da mucosa vaginal. O preservativo feminino tem se mostrado uma importante alternativa

para mulheres que apresentam alergias e irritações. É útil também quando os clientes resistem ao uso do preservativo masculino e ainda no relacionamento com o parceiro afetivo.

Algumas mulheres fazem testes freqüentes para detectar a presença do HIV, o que pode indicar: inconstância na utilização de preservativos; falta de confiança no método de prevenção; necessidade de reafirmar para si, para o cliente, para o gerente do hotel, o status de soronegativa, em uma construção imaginária do tipo “*eu sou limpa*”.

Com relação à prevenção das DST/HIV/Aids, a maior dificuldade enfrentada é a falta do uso da camisinha com o parceiro afetivo. Algumas vezes isso ocorre porque o companheiro não gosta ou faz apelos emocionais como “*confio em você*” ou “*eu te amo*”, e outras vezes por opção da mulher, quando a camisinha é vista como barreira à intimidade e à segurança emocional. “*Depois de passar o dia inteiro aqui, dando para mais de dez homens, eu quero mais é sentir o calorzinho do meu bem.*” Em suma, negociar o uso da camisinha com o parceiro afetivo é difícil para quase todas as mulheres, profissionais do sexo ou não.

Percebe-se entre as profissionais do sexo, da área de intervenção do projeto, o uso das categorias “*aqui dentro*” e “*lá fora*”, para construir a lógica da vulnerabilidade e da prevenção. Essas categorias são usadas em dois níveis: para as profissionais do sexo se oporem às mulheres que não fazem sexo comercial; para as profissionais do sexo se oporem a si mesmas, quando não estão no exercício do sexo comercial. Assim, a vulnerabilidade das outras mulheres (lá fora) é maior do que a delas (aqui dentro), porque, segundo elas, a profissional do sexo conhece os riscos e sabe se prevenir porque é “descolada” e informada, ao contrário das “outras mulheres” e dos “clientes” que precisam ser mais informados. Por outro lado, a prevenção só precisa acontecer com o cliente (aqui dentro) porque com o parceiro (lá fora) não há percepção de risco. O “aqui dentro” e o “lá fora” mantêm, de maneira elaborada, a idéia de grupo de risco.

Aspectos da saúde reprodutiva

Em relação à história reprodutiva, os resultados da pesquisa mostraram que o *mix* de métodos contraceptivos usados pelas profissionais do sexo é bastante diverso com predominância do uso da camisinha, fato que indica maior experiência/vivência e treinamento no uso do método.

Mais de 80% das mulheres, ao menos uma vez, já engravidaram e 70% têm filhos vivos (a média é de 1,9 filhos). Um número relativamente alto de mulheres relata abortos espontâneos e/ou natimortos, o que pode indicar alta prevalência de DST e outros problemas de saúde. Algumas

mulheres que estão amamentando recebem proposta de clientes para mamarem nelas e não há discussão sobre risco de contaminação do cliente se a mulher for soropositiva.

Cerca de um terço das mulheres, entre as que já ficaram grávidas, recorreram ao aborto provocado por diversos modos: ingestão de *melhoral* com *campari*, chá de losna ou buchinha paulista (planta venenosa que pode matar por intoxicação); uso de sonda, garrote ou talo de mamona (podem levar à infecção generalizada, esterilidade ou morte); uso de *citotec*. Mesmo quando começam a se sentir mal ou a sangrar, as mulheres resistem em procurar ajuda médica por medo de serem presas e/ou punidas ou mesmo de terem o aborto interrompido.

Saúde mental

Diversos aspectos no cotidiano das profissionais do sexo podem ser fontes de estresse e depressão: violência por parte dos clientes, conflito com a polícia, ocultação de sua profissão de familiares e amigos, uso de drogas estimulantes e, principalmente, o conflito moral com a prática do sexo comercial.

Percebemos que, quanto mais nova e com menos tempo de batalha, maior é o conflito moral, ao contrário de mulheres mais velhas que tendem a elaborar melhor sua atuação como profissional do sexo. O conflito moral também atrapalha as práticas de prevenção e de cuidados com a saúde, que aparece como “*vergonha*” de exigir a prevenção ou seus direitos. “*Homem gosta de menina vergonhosa mesmo que é bom dele aproveitar. Quando comecei a batalhar os homens aproveitavam muito de mim*”.

Também está presente na mulher mais nova e/ou com pouco tempo de batalha maior vulnerabilidade à violência, por não identificar situações de risco e formas de evitá-las, por exemplo, uma novata tinha faca, garfo e ferro de passar roupa expostos no quarto de hotel, sem perceber que todos esses instrumentos poderiam servir de armas para um cliente usar contra ela.

Problema de saúde específicos

O distanciamento das mulheres em relação às instâncias formais do conhecimento – da mesma maneira como ocorre com grande parte das mulheres – acabam abrindo espaço para crenças e práticas populares, que podem ser mais danosas do que benéficas. Algumas, relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, e seus possíveis danos são:

- lavagem vaginal com vinagre e água, em caso de rompimento do preservativo, são substâncias abrasivas que fragilizam a mucosa vaginal;
- uso de pomada/creme para infecções vaginais como lubrificante ou de forma “preventiva”, que podem aumentar a vulnerabilidade a infecções por “desbalanceamento” da flora vaginal.
- uso de dois preservativos sobrepostos quando o cliente pede ou quando a mulher acha necessário (desconfia da saúde do cliente, acha o pênis grande/grosso ou pratica sexo anal), que aumenta o risco de ruptura do preservativo.
- uso de bucha de colchão ou algodão dentro da vagina para batalhar durante a menstruação, podendo criar ambiente propício para infecções.
- uso ininterrupto de contraceptivo hormonal para impedir o sangramento menstrual, que pode influir em aspectos futuros da saúde devido à ingestão descontrolada de hormônios (hipertensão, trombose).

A compreensão da especificidade de cada grupo populacional é necessária para a construção de estratégias efetivas de promoção e recuperação da saúde. Desconsiderar as especificidades do sexo comercial nas políticas de atenção à saúde é uma maneira dissimulada de punir as profissionais do sexo.

* Integrantes do *Musa/Mulher e Saúde – Centro de Referência de Educação em Saúde da Mulher*.

Assédio moral: o risco invisível no mundo do trabalho

*Margarida Barreto **

Em pesquisa recente, a *Organização Internacional do Trabalho* (OIT) publicou resultados alarmantes sobre os danos e agravos causados à saúde dos trabalhadores(as) em consequência do aumento dos distúrbios psíquicos e vivências depressivas. A *Organização Mundial de Saúde* (OMS) também tem alertado que a depressão, nas próximas duas décadas, poderá ser uma das mais importantes causas de morte e incapacidade no planeta. Nos países europeus, crescem as aposentadorias em consequência dos danos psíquicos oriundos da organização do trabalho.

Em dezembro de 2000, o *Fundo Europeu para Melhoria das Condições de Trabalho e de Vida* (Fundo Dublin) concluiu, após extensa pesquisa, que 8% dos trabalhadores da União Européia, ou seja, doze milhões de homens e mulheres, vivenciaram, nos seus ambientes de trabalho, situações de humilhações e constrangimentos, sendo que 4% sofreram violência física e 2% assédio sexual. Na Suécia, 15% dos casos de suicídio têm sua causa nos fatores organizacionais. Internacionalmente, vem aumentando a morbimortalidade cardiovascular (5 a 10%) e casos de estresse em consequência da degradação das condições de trabalho, oriunda da violência moral.

No Brasil, é recente a discussão da exposição dos trabalhadores e trabalhadoras a humilhações, constrangimentos e situações vexatórias como responsáveis por danos psíquicos. Essa discussão tomou fôlego a partir da divulgação de uma dissertação de mestrado, defendida em 2000, no *Departamento de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo*, denominada "*Uma Jornada de Humilhações*" (Barreto, 2000).

A pesquisa de campo foi de março de 1996 a julho 1998, tendo como universo duas mil e setenta e duas pessoas (mil e trezentos e onze homens e setecentas e sessenta e uma mulheres). Realizada com o *Sindicato dos Trabalhadores das Indústrias Químicas, Plásticas, Farmacêuticas e Cosméticas de São Paulo*, envolveu trabalhadores de noventa e sete empresas.

Das pessoas entrevistadas, 42% (quatrocentos e noventa e quatro mulheres e trezentos e setenta e seis homens) referiram vivências de humilhações, constrangimentos e situações vexatórias repetitivas no local de trabalho, impostos pelo superior hierárquico, forçando-os, freqüentemente, a desistir do emprego.

Os novos riscos

Submetidas às políticas de gestão, a organização do trabalho impõe novos riscos que são responsáveis por distúrbios mentais e psíquicos, explicitados na pressão e opressão para produzir e ultrapassar as metas pré-determinadas. Essa opressão se traduz no tempo exíguo para concluir um projeto; no ritmo intenso e em jornadas prolongadas; fazer mais com menos pessoas e em ambiente de competitividade acentuada.

Novas exigências foram incorporadas gerando múltiplos sentimentos: medos, incertezas, angústia e tristeza. A ansiedade ante uma nova tarefa, o medo de não saber, a avaliação constante do desempenho sem o devido reconhecimento, a requisição da eficácia técnica, excelência, criatividade e autonomia, geram tensão e incertezas. As múltiplas exigências para produzir são 'transversadas' por abuso de poder e freqüentes instruções confusas, ofensas repetitivas, agressões, maximização dos 'erros' e culpas, que se repetem por toda jornada, degradando deliberadamente as condições de trabalho.

As relações afetivas, aos poucos, vão se deteriorando, predominando o 'salve-se quem puder'. Há indiferença pelo sofrimento do outro e uma quebra dos laços de camaradagem.

Em meio à degradação das condições de trabalho, o medo é manipulado para aumentar a produção e reforçar o autoritarismo, a submissão, a disciplina, a vergonha e o pacto do silêncio no coletivo. São condições vivenciadas por todos os trabalhadores, gerando um clima de instabilidade emocional coletiva, insegurança e desconfiança entre os pares. O ambiente de trabalho transforma-se em campo minado pelo medo, inveja, disputas, fofocas e rivalidades. Todos convivem sob o manto de uma 'ideologia única' em que a construção do sentido é uma questão sem sentido, pois o que legitima o outro é a eficácia técnica.

Gradativamente, as políticas de gestão vão construindo e reafirmando uma nova ideologia que eliminam todas as outras. É nesse 'espaço' de conflitos e sujeições, de contradições e ambigüidades, de sedução e aceitação, de prazer e desprazer, de exigências e desqualificações, de adoecer e morrer que o risco invisível se insere. Ele causa danos à identidade e à dignidade, assim como às saúdes física e mental dos trabalhadores e trabalhadoras.

Também são atos repetitivos que afetam as saúdes individual e coletiva, comprometendo, por sua vez, a almejada produtividade e qualidade. São riscos que se inserem nas relações interpessoais, constituindo fatores psicossociais, sendo por isso um 'risco invisível', porém objetivo

na medida em que desorganiza as emoções, desencadeia ou agrava doenças pré-existentes ameaçando não somente o emprego, mas a vida dos trabalhadores e trabalhadoras.

Portanto, em ambiente de degradação deliberada das condições de trabalho, o risco invisível é ampliado e disseminado, 'contagiando' e adoecendo um maior número de trabalhadores, revelando que as determinações do trabalho sobre a saúde não se dão apenas por condições objetivas, mas por sua condição afetiva relacional.

Conceituando o Assédio Moral

Podemos compreender assediar como um conjunto de sinais que visam cercar e dominar o outro. Assediar, portanto, pressupõe perseguir sem tréguas com o objetivo de impor sujeição. Conhecido também como violência moral ou tortura psicológica, *mobbing* (Suécia, Inglaterra); *bullying* (EUA); *psicoterror laboral ou acoso moral* (Espanha); *harcèlement moral* (França); *ijime* (Japão) e *assédio moral* (Brasil).

O assédio moral é revelado por atos e comportamentos agressivos, realizados, freqüentemente, por um superior hierárquico, contra uma ou mais pessoas, visando desqualificá-las e desmoralizá-las profissionalmente, desestabilizá-las emocional e moralmente, tornando o ambiente de trabalho desagradável, insuportável e hostil, forçando-a a desistir do emprego.

Assim, assediar pressupõe exposição prolongada e repetitiva a condições de trabalho que, deliberadamente, vão sendo degradadas. Surge e se propaga em relações hierárquicas assimétricas, desumanas e sem ética, marcadas pelo abuso de poder e manipulações perversas. São condutas e atitudes cruéis de um(a) chefe contra um(a) subordinado(a) ou mais raramente entre os colegas.

O cerco contra um trabalhador(a) ou mesmo uma equipe pode ser explícito ou direto, sutil ou indireto. Manifesta-se em risos, comentários maldosos, apelidos estigmatizantes, agressões verbais, ameaças, humilhações, constrangimentos, ironias e coações públicas. São atos que desestabilizam a relação da vítima com o ambiente de trabalho e a organização. A estratégia comumente usada é o agressor isolar sua "presa", evitando conversar. Passa a subestimar e desmoralizar seu trabalho, usando como estratégia sobrecarregar ou mesmo dar tarefas acima ou abaixo de sua capacidade, utilizando freqüentemente um colega da vítima como mediador dos contatos.

As desqualificações vão aos poucos minando a autoconfiança do trabalhador e da trabalhadora, predominando o sentimento de insegurança e culpa que o tempo não é capaz de amenizar. Ao

contrário, intensifica-as, fazendo o humilhado trabalhar mais e se isolar dos pares como tentativa de dar o melhor de si e ser reconhecido naquilo que faz. A ira do agressor aumenta, justificando novas violências, desqualificações, isolamento e desmoralizações, buscando demarcar e reafirmar diante de todos o lócus do poder.

Quando a hostilidade acontece entre os companheiros, vários fatores estão envolvidos: medo de perder o emprego, vergonha de ser humilhado, cumplicidade com o chefe, individualismo, indiferença com o sofrimento alheio, pacto do silêncio e rompimento ou enfraquecimento dos laços de camaradagem. O chefe que assiste às cenas de 'terror' entre os seus subordinados, freqüentemente tem uma atitude de fuga, menosprezando ou até mesmo ignorando os acontecimentos. Desestabilizado(a) emocionalmente o(a) trabalhador(a) ouve 'conselhos' de que o melhor a fazer é pedir demissão.

Assim, o assédio moral é uma experiência subjetiva que interfere nos sentimentos e emoções, altera o comportamento, agrava doenças pré-existentes ou desencadeia novas doenças podendo, inclusive, culminar no suicídio. Individual ou enquanto 'política da empresa' contra o coletivo, o assédio moral se caracteriza por ações revestidas de maldades e astúcias, que atormenta, impõe medo e sofrimento, compromete o emprego, degrada as relações de trabalho, desestabiliza as relações em família, aumenta a violência doméstica, o isolamento social e, principalmente entre os homens, o uso de drogas.

Quem são os(as) humilhados(as)?

O assédio moral pode se constituir uma 'política da empresa' que sistematicamente agride funcionários(as), sendo os atos e ações executados por seus representantes legais, visando livrar-se dos trabalhadores inconvenientes. Na lista estão: os adoecidos, os sindicalizados, os em final de estabilidade pós-acidente de trabalho, as pós-parto, os acima de trinta e cinco anos de idade, os altos salários, os questionadores das políticas de gestão, os solidários com o sofrimento alheio e os que resistem aos abusos de poder. Criticar a política da empresa ou sugerir mudanças que contemplem o bem estar do coletivo, não é bem recebido pela alta hierarquia, que compreende como incapacidade do trabalhador/a para ser flexível, para se envolver com o 'espírito' da empresa ou adaptar-se às novas exigências da modernidade.

A falta de autonomia para criar associada às exigências acima ou abaixo da capacidade de cada um, às desqualificações públicas, à intolerância das chefias ao cansaço, doenças e acidentes,

culpando-os(as), ou estigmatizando-os(as) por atitudes e comportamentos que não agradem são devastadores. A imposição também se manifesta na exigência constante da aparência, do comportamento com o público, da 'voz que sorri' e que repete centenas de vezes frases que não correspondem ao vivido, por exemplo: 'o senhor tem razão', 'a empresa agradece', entre outras, não interessando o que, naquele momento, o(a) trabalhador(a) ouviu, sentiu e reflete. São situações vividas com temor e sujeição às ordens emanadas e que impedem o prazer no trabalho.

Muitos colegas da vítima se tornam cúmplices dos chefes, naturalizam a situação, internalizam os atos e reatualizam a ofensa, humilhando o colega. Outros, tornam-se indiferentes e fazem de conta que nada acontece ou até mesmo aconselham a vítima a pedir demissão. Instaura-se o pacto do silêncio e a tolerância aos desmandos aumenta, quer por medo de ser demitido ou por vergonha de ser humilhado, o silêncio é constrangedor. Outros, ao testemunhar as humilhações, diminuem a produtividade e eficiência, perdem a confiança na empresa e a incerteza predomina no coletivo.

Quem são os que humilham

Os agressores são, homens e mulheres, mediadores das políticas de gestão e detentores de uma certa autoridade. Enquanto chefes, devem saber comandar, retirando de cada um a maior produtividade possível. Pressionados por uma estrutura burocrática e hierarquizada, exercem o mando de forma autoritária, revelando-se pequenos déspotas, indiferentes ao sofrimento e dificuldades alheias. Usam e abusam de práticas autoritárias. Amedrontam, intimidam, ameaçam e humilham sem piedade. Se inseguros, escondem sua fraqueza disseminando terror, fofocas e maledicências.

Outras vezes, utilizam estratégias de sedução, cooptação e pequenas corrupções, criando um ambiente de instabilidade e desconfianças. Exigem, sem sentimentalismo, obediência cega ao seu comando. Aquele subordinado que contesta sua ordem ou que, por alguma razão, não atinge a meta estabelecida, passa a ser perseguido até mesmo após a demissão, quando solicita referências para um novo emprego. Despidos de culpa, os agressores sentem que estão cumprindo da melhor forma possível seu dever de 'comandantes' da produção, aspirando a ser promovidos e respeitados.

Conseqüências do assédio moral para a saúde

Mulheres e homens reagem diferentemente à violência moral e são as mulheres as mais humilhadas. Nelas predominam as emoções tristes: mágoas, ressentimentos, vontade de chorar,

isolamento, angústia, ansiedade, alterações do sono e insônia, sonhos freqüentes com o agressor, alterações da memória, distúrbios digestivos e náuseas, diminuição da libido, cefaléia, dores generalizadas, palpitações, hipertensão arterial, tremores e medo ao avistar o agressor, ingestão de bebida alcoólica para esquecer a agressão, pensamentos repetitivos.

Já os homens assediados têm dificuldades em verbalizar a agressão sofrida e ficam em silêncio com sua dor, pois predomina o sentimento de fracasso. Sentem-se confusos, sobressaindo os pensamentos repetitivos, 'espelho' das agressões vividas. Envergonhados, se isolam evitando comentar o acontecido com a família ou amigos mais próximos. Sentem-se traídos e têm desejos de vingança. Aumentam o uso das drogas, principalmente o álcool. Sobressai o sentimento de culpa, ele se imagina 'um inútil', 'um ninguém', 'um lixo' 'um zero', 'um fracassado'. Expressões fortemente verbalizadas por todos os assediados, reveladoras da infelicidade interna.

Sentem-se tristes, depressivos; passam a conviver com precordialgia, hipertensão arterial, dores generalizadas, dispnéia, vontade de ficar sozinho; aborrecimento com tudo e todos. Com emoções e sentimentos recalçados ou contidos, todos, em algum momento, tiveram pensamentos suicidas e 18,3% chegaram a tentar.

A dor masculina é desesperadora e devastadora, na medida que os homens não expõem suas emoções, não choram em público e se isolam perdendo a interação com o outro. São danos à saúde que acarretam desequilíbrio interno e sofrimento profundo, exigindo, muitas vezes, um longo período de tratamento médico ou psicológico. A esses danos, somam-se as conseqüências do desemprego em massa, que aumenta o medo e submissão dos empregados.

As situações mais freqüentes

Atualmente, estamos realizando a pesquisa em âmbito nacional, envolvendo trabalhadores(as) de empresas privadas e públicas de diferentes categorias. Até o momento, os dados preliminares apontam para um índice nacional de 33% de assédio moral, variando percentualmente segundo a região.

As situações mais vivenciadas são: predomínio de instruções confusas e imprecisas (65%); o bloqueio ao trabalho e atribuir erros imaginários (61%); ignorar a presença do outro (55%); solicitar trabalhos urgentes para, posteriormente, jogá-los no lixo ou deixá-los na gaveta (49%); mandar o(a) trabalhador(a) realizar tarefas abaixo da sua capacidade profissional (servir cafezinho, limpar banheiro), fazer comentários maldosos em público (41%); não cumprimentar (38%); impor horários

injustificados ou forçar a pedir demissão (35%); impedir de almoçar ou conversar com um colega, disseminando boatos que desvalorizam e desqualificam profissionalmente e pessoalmente; retirar o material necessário à execução do trabalho (fax, computador, telefone), isolando do convívio com os colegas (33%).

O enraizamento das informações truncadas, das fofocas, dos gestos e risinhos repetitivos, durante toda jornada e por muito tempo, desvalorizando cotidianamente o trabalho, gera um desequilíbrio entre 'esforço-reconhecimento', afetando negativamente o(a) trabalhador(a) e o próprio trabalho. Os que resistem a esse ambiente insano são demitidos, o que mostra um forte entrelaçamento do assédio moral com o autoritarismo e a quebra de direitos. Também denuncia a falta de apoio dos colegas, ruptura dos laços de amizade e sofrimento individual intenso.

Ameaçar os sindicalizados, estimular a desindicalização; associar produtividade a cestas básicas, carros, viagens e bolsas de estudo no exterior para os filhos; telefonar para os familiares do(a) trabalhador(a) a título de controle; mandar alguém atrás do funcionário para fiscalizar se vai à consulta médica; encaminhar funcionário do departamento pessoal ao INSS visando obstruir o nexo causal; manter em cárcere privado o trabalhador que desobedeça ao 'código de ética' da empresa, por exemplo, ter encaminhado currículo à procura de emprego, por meio do computador da empresa; fiscalizar e-mails antes de chegar ao destinatário; controlar rigorosamente os afastamentos do posto de trabalho; jogar no lixo ou 'esquecer' numa gaveta um trabalho que foi solicitado com a máxima urgência; solicitar o mesmo trabalho várias vezes e, a cada vez, desqualificá-lo. Impor horários fora da jornada, com ameaças de desemprego para os resistentes. Essas são situações comuns no mundo do trabalho.

Visibilidade social e direitos

Desde a divulgação da pesquisa até o momento existem, nacionalmente, mais de oitenta projetos de leis tramitando nas instâncias municipais, estaduais e federal. Entre esses, há a proposta de punição do assédio moral, com inclusão do artigo 146 A no Código Penal.

Em janeiro de 2002, São Paulo sancionou, no âmbito municipal, a lei contra o assédio moral, restando a aprovação do projeto estadual. Reconhecemos estas ações como importantes ferramentas legais. Porém, não são suficientes para coibir ou erradicar as causas do assédio moral.

É necessário intervir na organização de trabalho e cabe ao empregador a responsabilidade, junto a seus *experts*, de pensar múltiplas ações que identifiquem as causas da violência, visando erradicar suas raízes.

Quanto às vítimas da tortura psicológica, é necessário fortalece-las. Logo, são fundamentais a terapia de apoio ou outras práticas alternativas que potencializem a auto-estima, resgatando a autoconfiança. Entretanto, a recuperação depende também do coletivo, dos laços de afeto, do reconhecimento e solidariedade do outro, que possibilitarão resistir, dar visibilidade social e resgatar a dignidade.

Homens e mulheres não podem ser saudáveis quando predomina o medo que submete e aprisiona. Quando alguém prefere a morte à perda da dignidade, percebemos como saúde, trabalho, emoções, ética e significado social se configuram em um mesmo ato, revelando a patogenicidade do assédio moral. Torna-se necessário compreender que a violência moral no trabalho, em qualquer de suas manifestações, constitui um risco invisível, porém concreto, para a saúde.

Erradicar o risco invisível. É possível?

A *Organização Internacional do Trabalho* (OIT) reconhece que o risco invisível exige enfoques globais, devendo ser enfrentado de forma multifacética, contemplando medidas preventivas e específicas, segundo a forma de manifestação da violência, levando em consideração que as conseqüências da tortura psicológica também se manifestam em longo prazo.

As ações de erradicação do assédio moral devem contemplar a intervenção imediata no ambiente de trabalho e, também, ações no longo prazo, pois as ações no curto prazo não são suficientes para coibir a violência no ambiente de trabalho

Não devemos esquecer que é dever dos empregadores garantir condições adequadas de trabalho a todos seus trabalhadores(as). Na medida em que estas condições não estão asseguradas, a empresa deve ser responsabilizada solidariamente. Também deve ser dada a visibilidade dos atos perversos e cruéis que degradam deliberadamente as condições de trabalho.

Saúde *versus* assédio moral

A saúde é resultante de dignas condições de vida e convivência solidária, do meio onde predominam a solidariedade e a afetividade. Encontra-se em uma certa margem de tolerância entre a convivência com o outro e os acontecimentos vividos ou que virão. Assim, quando os

trabalhadores e trabalhadoras estão submetidos a condições de trabalho nas quais imperam o terror à procura da produtividade, transformando o ambiente de trabalho em um campo minado de emoções negativas, podemos afirmar que esses homens e mulheres não vivem um ambiente de trabalho saudável. Os atos de violência repetitivos causam feridas invisíveis que demoram a cicatrizar.

A dor moral, mesclada ao sofrimento imposto, desorganiza as emoções, precipita doenças, prolonga o sofrimento, explicitando a fragilidade do viver. Quando nossas emoções estão em 'nova ordem', pensamos que as coisas nunca mais voltarão a ser como antes nas relações afetivas e as emoções tristes vão devastando nosso jeito de caminhar na vida e acabam dominando nosso existir. Nossa biologia muda e não somos como antes. No dizer de Maturama (1998), nossa linguagem e conhecimento se alteram se nossa biologia é alterada.

A doença vai sendo tecida nos marcos da relação de dominação e sujeição, de discriminações e desqualificações, de rebaixamentos e constrangimentos, mostrando que o(a) trabalhador(a) é um ser que vive contingências, entre elas, os seus vários medos: perder o emprego, adoecer e tornar-se incapaz para o trabalho, morrer social ou definitivamente.

Portanto, dar visibilidade social aos atos de terror e violência moral no trabalho é denunciar a falsidade da ideologia da eficácia técnica. É falar da crueldade dos atos que aparentemente são neutros. É construir e dar sentido à prática, potencializando e fortalecendo os interesses do 'mundo da vida'. É resistir à tristeza e criar práticas novas. É compreender que a amizade do outro e a ajuda mútua possibilitam a resistência, as idéias claras, adequadas e verdadeiras, o saber que sabemos, permitindo a auto-reflexão.

* Margarida Barreto é médica ginecologista e do trabalho. Doutoranda do Departamento de Psicologia Social – Núcleo de Estudos Psicossociais da Dialética, Exclusão e Inclusão – NEXIN – PUC/SP.

Para saber mais

BARRETO, Margarida; ALENCAR, Maria Benigna Arraes de. Assédio moral no trabalho: chega de humilhação! Disponível em: www.assediomoral.org.br Acesso em: 2001.

_____. Assédio moral: violência psicológica que põe em risco sua vida. **Coleção Saúde do Trabalhador**, São Paulo, n.6, 2001.

_____. **Uma jornada de humilhações.** 2000. Dissertação (Mestrado) – Departamento Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

_____. **El cotidiano de los portadores de lesiones por esfuerzos repetitivos.** Cuba, 1997.
(Trabalho apresentado no Simposio Internacional - Salud y Trabajo Cuba 97)

ENCICLOPEDIA de salud y seguridad en el trabajo. Madrid: Oficina Internacional del Trabajo, 1994.
3 v.

HIRIGOYEN, Marie-France. **Assédio moral:** a violência perversa no cotidiano. Rio Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2000.

MATURAMA, Humberto Romesin. **Da biologia à psicologia.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Contra fatos não há hipocrisias

*entrevista com Cida Bento, por Fernanda Pompeu **

Maria Aparecida Silva Bento (Cida Bento) é ativista do movimento negro, doutora em psicologia social, autora e organizadora de livros comprometidos com propostas que discutem o racismo e erradiquem a discriminação racial. Ela também é pesquisadora e diretora do Centro de Estudos das Relações e Desigualdades do Trabalho (Ceert).

*Nessa entrevista ao **Jornal da Rede**, Cida tira, mais uma vez, a máscara da democracia racial brasileira ao contar das circunstâncias discriminatórias que atingem a maioria das trabalhadoras negras.*

Jornal da Rede – *Qual é o sentido de falarmos particularmente da trabalhadora negra, não é o suficiente falarmos das trabalhadoras em geral?*

Cida Bento – Não. Pesquisas mostram que a violência contra a trabalhadora negra é bem mais freqüente e variada do que sobre a trabalhadora branca. O *Mapa da População Negra*, elaborado, no ano de 2000, pelo *Instituto Interamericano Sindical pela Igualdade Racial*, evidencia que as mulheres negras, em geral, estão nos piores postos de trabalho, têm os menores salários do mercado e as maiores jornadas. No mundo do trabalho, a mulher negra está na posição oposta à do homem branco. Isto é, o homem branco está na ponta da pirâmide, a mulher negra está na base.

JR – *As discriminações sofridas pelas mulheres negras não seriam violências de gênero?*

Cida – As mulheres negras sofrem discriminação por pertencerem ao sexo feminino. Mas as violências contra as mulheres negras são de várias ordens. Nem seriam necessárias pesquisas para vermos o que está sob o nosso nariz: trabalhadoras negras estão onde há maiores periculosidade, insalubridade, não-especialização, barulho, calor. Esse alocar das mulheres negras tem uma razão racista. Caso contrário, por que colocá-las e mantê-las nos piores postos? Há também a coação psicológica. Trabalhadoras negras são mais duramente humilhadas, e uma das conseqüências é elas apresentarem mais problemas de saúde do que as trabalhadoras brancas.

JR – *A lei que proíbe a discriminação racial não chegou aos locais de trabalho?*

Cida – Chegou. Mas as artimanhas para discriminar podem ser bem sutis. Por exemplo, na *Escola Caetano de Campos*, na cidade de São Paulo, durante anos, um diretor decidiu que as funcionárias, com o cargo de auxiliar de serviço, seriam assim divididas: as brancas limpavam as salas, os escritórios; as negras auxiliavam na merenda e limpavam todos os banheiros. Vejamos bem: brancas e negras tinham o mesmo cargo e recebiam salários iguais. Onde se dava a discriminação? Na divisão das tarefas. Latrinas para as negras, escritórios para as brancas.

JR – *O senhor diretor seguiu impune?*

Cida – O diretor da escola está afastado e irá responder a um processo por crime racial. Agora o mais importante: foram as próprias trabalhadoras negras que entraram com a ação denunciando o diretor. Ter denunciado e assistir ao afastamento do diretor deu um sentimento de justiça para essas mulheres. No final das contas, elas se sentiram muito mais fortes e mudaram a maneira de enxergar. Tornaram-se mais sensíveis às manifestações de racismo. O que antes pareciam “brincadeiras”, hoje elas entendem como discriminações. Elas têm consciência de que é preciso se organizar, de alguma forma – sejam em sindicatos, ONGs, grupos – para alcançarem sucesso nessa luta.

JR – *A discriminação impingida às trabalhadoras negras traz conseqüências negativas para a saúde?*

Cida – Invariavelmente. Além de apresentarem mais estresse, mais hipertensão, as trabalhadoras negras, submetidas a injustiças decorrentes do racismo, apresentam diabetes, doenças de estômago, enxaquecas. Uma humilhação continuada também causa danos psíquicos, ou seja, muitas mulheres perdem o desejo de trabalhar. Se “esquecem” de números de telefones, nomes de pessoas. Apresentam distúrbio no sono, na alimentação e assim vai. Raramente esses danos são “catalogados” como danos psíquicos, porque seus sintomas vão se diluindo no cotidiano, numa espécie de mal-estar civilizatório difuso. Existe uma “naturalização” da violência contra as trabalhadoras negras.

JR – *O assédio sexual é mais intenso com as trabalhadoras negras?*

Cida – Na minha tese de mestrado, eu trabalhei com mecanismos de discriminação no interior das empresas. Nesse estudo, as mulheres independentemente da raça/etnia falam do assédio sexual. Já as mulheres negras relatam que o assédio sexual contra elas é feito de uma forma mais grosseira.

As mulheres negras são vistas como mais “disponíveis” sexualmente do que as brancas. Essa visão preconceituosa é anciã.

JR – *E o assédio moral?*

Cida – A questão da aparência (como se vestir etc) sempre recaiu sobre as trabalhadoras em geral. Uma pesquisa, feita pelo *Observatório Social das Empresas da CUT*, mostrou que os bancos são as instituições que mais exigem uma “padronização” de aparência das suas funcionárias. Trocando em miúdos: a funcionária tem que estar “bonita” para atrair e agradar o cliente. Ora, as mulheres negras fogem do estereótipo da beleza que preconiza: “quanto mais branca melhor”. Conclusão: muitas vezes, a trabalhadora negra tem o mesmo nível salarial do que sua colega branca, mas ela, a negra, será colocada em lugares de pouca visibilidade. Aliás com os homens negros ocorre a mesma discriminação: muitas vezes são confinados aos trabalhos internos. Em outras palavras, para falar com clientes ou parceiros, as empresas ainda preferem as pessoas brancas.

JR – *Quem perde com o racismo?*

Cida – Toda a sociedade brasileira. Vou dar um exemplo pragmático: a empresa pode ter uma pessoa extremamente competente, posta em um cantinho, em uma função tímida somente porque é negra. Perder talentos por racismo é, no mínimo, estúpido. No entanto, eu acredito que as pessoas estão cada vez mais atentas, prestando mais atenção no que está em volta. Eu diria que o feminismo e a luta do movimento negro, por meio dos debates e de ações, sensibilizaram um número enorme de pessoas quanto aos preconceitos de gênero e de raça.

JR – *As pessoas estão enxergando mais?*

Cida – Vamos pôr as coisas assim: o mundo está mudando e quem não mudar, quem não melhorar no que diz respeito à diferença e à diversidade, vai ficar parado. Por último, gostaria de ressaltar o papel principal das mulheres negras organizadas na luta contra o racismo e a discriminação. Reparem que as mulheres negras estão na cabeça de importantes organizações cidadãs. Somos nós que estamos empurrando o piano da mudança.

* Fernanda Pompeu é editora interina do *Jornal da Rede*.

Gênero e amianto

*Lucila Scavone **

Os campos do trabalho e da saúde costumam utilizar conceitos universais: o trabalho e o trabalhador são tratados como categorias abrangentes ligadas ao sistema produtivo e industrial; a saúde é vista como uma categoria idealizada por um bem-estar utópico, globalizado, no qual não há lugar para as diferenças de sexo, classe e raça.

Em anos recentes e sob impacto do movimento feminista, a universalidade desses campos começou a ser questionada. Nos estudos de sociologia do trabalho, pesquisadoras passaram a se referir ao sexo do trabalho. A coletânea "*O sexo do trabalho*", que tem entre suas autoras Helena Hirata e Elizabeth Souza Lobo, foi um marco nesta nova abordagem.

Na saúde, tratava-se, em primeiro plano, da saúde reprodutiva e sexual das mulheres, embora outros aspectos fossem abordados: saúde mental, saúde no trabalho e o trabalho da saúde. Enfim, recortes que levavam a concretização da idéia do sexo da saúde.

Admitir que o trabalho e a saúde têm dois sexos equivale a considerar que as relações de dominação e poder entre homens e mulheres atravessam as relações sociais, seja na produção e reprodução da vida, e constroem os gêneros. A estruturação social dos gêneros passou a dar visibilidade ao trabalho e à saúde das mulheres e, por conseqüência, à relação trabalho e saúde.

Essa relação tem vários vieses e, notadamente, observam-se os efeitos nefastos do trabalho à saúde das mulheres, ressaltando-se doenças de origem ocupacional que atingem mais mulheres do que homens, como as Lesões de Esforço Repetitivo (LER) e o estresse. No debate sobre saúde, gênero e trabalho, freqüentemente são colocados em segundo plano os cuidados da saúde na família.

Cuidar da saúde na família: um trabalho

As atividades domésticas, em torno dos cuidados pela saúde na família, constituem-se em um trabalho como outro qualquer e geram um conhecimento específico sobre a doença, que podemos chamar de saberes profanos. Essa designação se fundamenta teoricamente em Cresson (1991) que classificou tais cuidados como "trabalho sanitário profano" e em Strauss et al. (1985) que o considera como "trabalho sentimental".

O cuidado com a saúde na família é uma dimensão da divisão sexual do trabalho, que está na base das relações sociais de sexo e gênero (Kergoat, 1996). Ele integra a categoria do “trabalho das mulheres” que não faz distinção entre o trabalho produtivo e reprodutivo, considerando as mulheres no trabalho como um grupo social (Daune-Richard, 1992).

Ao não limitarmos o conceito de produção à produção mercantil, todas as atividades realizadas pelas mulheres, no espaço doméstico, passam a ser consideradas como um trabalho, inclusive os cuidados pela saúde da família.

Marcado pela precariedade, o trabalho das mulheres, quando exercido dentro da família, não tem reconhecimento como trabalho. Quando exercido fora da família, tem características específicas, entre as quais: maior participação em trabalhos considerados desprestigiados; menores salários comparados com os dos homens com igual qualificação; proibição para trabalhos insalubres (como no caso do amianto), que, paradoxalmente, pode prejudicar as mulheres quando resulta em situações ilegais de trabalho.

Esses pressupostos foram observados em duas pesquisas sobre doenças profissionais relacionadas ao amianto: “*Amianto e suas conseqüências sócio-familiares: uma abordagem comparativa franco-brasileira*” (Scavone; Gianassi; Thébaud-Mony, 1997) e “*Saberes Institucionais, saberes profanos: doenças profissionais, amianto e gênero*” (Scavone; Thébaud-Mony, 2000).

O perigoso amianto

O amianto é uma fibra mineral sedosa de alta resistência mecânica, incombustível, bom isolante térmico, resistente a altas temperaturas, durável, flexível e barato. Essas características fazem com que o amianto seja largamente utilizado: 90% na indústria de cimento amianto ou fibrocimento para telhas; caixas d’água etc. 10% em produtos diversificados como lonas e pastilhas de freio; revestimento de discos de embreagem; vestimentas especiais; pisos; tintas etc.

Comprovadamente cancerígeno, o amianto é produzido e consumido amplamente no Brasil que, aliás, figura entre os cinco maiores produtores. Vale lembrar que o produto é proibido nos países da Comunidade Européia e consumido com moderação nos Estados Unidos e Canadá. Como as outras doenças profissionais, as conseqüências da exposição ao amianto manifestam-se longe do local de trabalho. Elas irrompem no espaço doméstico tornando-se uma questão de gênero, pois causam impactos na estrutura, organização e relação intrafamiliar. Este fato dificulta a identificação das

doenças com o trabalho, favorecendo a invisibilidade social, além de sobrecarregar os familiares do doente, principalmente as mulheres, que ficam com a responsabilidade do tratamento.

Em diversas pesquisas na área da saúde/trabalho já foram verificadas: a ocorrência de cuidados permanentes aos doentes graves e/ou crônicos que se tornam dependentes; a viuvez precoce de mulheres sem formação profissional e com crianças para criar, entre outras.

Os malefícios do amianto

Na maioria das famílias pesquisadas, a ocorrência de mesoteliomas (tumor maligno que atinge a pleura e o peritônio, causado pela exposição ao amianto) foi em homens. As entrevistas foram feitas com as mulheres, pois os trabalhadores já haviam falecido. Nas poucas ocorrências de casos de mesotelioma em mulheres, entrevistamos os viúvos e as filhas.

Quando é o homem que adoece, são as mulheres – com a ajuda das filhas, irmãs e cunhadas – que passam a administrar a família quanto ao afetivo e ao econômico. A doença reverteu a clássica divisão na qual o homem é o provedor, este encargo passou para as mulheres: *“era tudo com ele, depois passou tudo para mim”*, diz uma das entrevistadas.

O adoecimento do trabalhador, quando ele é o principal provedor de uma família, é uma forma de desemprego às avessas, uma espécie de morte social, pois parando de trabalhar a pessoa fica excluída de uma parte importante do convívio social. A enfermidade é vivida como uma derrota que impossibilita a volta para a vida ativa.

Tratando-se de uma doença mortal, como o mesotelioma, há pouca esperança. O que ocorre é uma rápida deterioração da saúde, causando desequilíbrios nas relações afetivas familiares. Em alguns casos, as mulheres retomam o trabalho fora da casa, ou continuam mantendo a família com um trabalho que já tinham, só que agora elas são as principais provedoras.

O conhecimento da doença pela experiência

Ao retraçarmos o itinerário terapêutico e familiar dos atingidos pelo amianto, observamos também que, na maioria das vezes, coube às mulheres a tarefa de acompanhar o tratamento da doença no espaço familiar. Foram elas que se relacionaram com os médicos e com as instituições de saúde: *“no começo ele estava se sentindo muito incomodado com a barriga enorme.(...) É inchou, então a gente mandava ele ao médico, ele achava que não tinha nada, mas eu sentia que ele estava mal, aí que ele foi ao médico, fizeram exames, aí começou que tinha líquido na barriga(...) o médico*

retirava aquele líquido, tirando, minava de novo, tornava a tirar, e nisso passou uma porção de tempo (...)”.

Uma vez diagnosticada a doença, a rotina das famílias se transforma em constantes idas aos hospitais para internações, cirurgias, quimioterapia. Por outro lado, o mesotelioma ainda é pouco diagnosticado e algumas mulheres não tiveram conhecimento do diagnóstico e desconheciam suas causas, embora tenham respondido às indagações dos médicos para saber se o doente havia sido exposto ao amianto.

As mulheres, ao conviverem com a doença, produziram um conhecimento sobre suas manifestações. A análise dos itinerários terapêuticos dos doentes evidencia a presença das mulheres/esposas nas diversas fases do diagnóstico e do tratamento. Com base nessas experiências, as famílias constituíram um saber profano acerca dos sintomas: tosse; falta de ar; líquido na barriga; líquido no pulmão; dor intensa. Sobre o tratamento: punção, quimioterapia; cirurgias; medicamentos sedativos.

O conhecimento da doença, sistematizado pelas mulheres, se fez pela experiência cotidiana com os cuidados aos doentes, tanto mediante a aplicação do tratamento médico, como do tratamento familiar. Havendo também uma alimentação reforçada, remédios alternativos e/ou paliativos.

As mulheres falaram: *“quase toda comida dele era batida, ou a gente cortava tudo em pedacinhos”*. *“Era eu que estava sempre com ele, controlar a hora certa de remédio, acompanhá-lo ao médico”*.

A descrição da experiência do cuidar foi mais intensa e detalhada entre as mulheres – fossem esposas, filhas, cunhadas dos doentes – do que entre os maridos, das doentes, entrevistados.

Estado e empregadores ausentes, mulheres presentes

O trabalho sanitário profano exercido pelas mulheres, no caso das doenças associadas ao amianto, é revelador da ausência de responsabilidade dos empregadores e do Estado no reconhecimento e tratamento das doenças profissionais.

As mulheres assumem a tarefa de dar continuidade à vida que, por estar associada ao amor e ao afeto, dificulta sua identificação como trabalho. Ou seja, o trabalho de cuidar se naturaliza, se torna invisível e não tem reconhecimento social.

O saber-fazer desse trabalho confere às mulheres um lugar ativo e preponderante na produção da saúde dentro da família, que só foi possível verificar com base no princípio de que o trabalho e a saúde têm dois sexos.

* Lucila Scavone é pesquisadora do CNPq e professora de sociologia da Universidade do Estado de São Paulo/Araraquara.

Mulheres portadoras de deficiência, saúde e trabalho

*Maria Aparecida Gugel **

As relações de trabalho, no Brasil, para a trabalhadora mulher foram marcadamente protecionistas e praticadas sob a ótica dos anos 40. A Constituição da República de 1988 trouxe a necessidade de reflexão quanto à proteção do trabalho da mulher, isto porque os artigos 5^o, inciso I e, 7^o, inciso XXX consagraram o princípio da isonomia ao estabelecerem: *“homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações ...”*; *“proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil, respectivamente”*.

O exemplo brasileiro de mulher trabalhadora excessivamente protegida acabou enfrentando o mecanismo de discriminação indireta que está relacionada a situações, regulamentações ou práticas aparentemente neutras, mas que na realidade criam desigualdades, sendo quase sempre imperceptível aos olhos comuns.

Nossa legislação infraconstitucional necessitou, portanto, passar por uma reformulação. Foi o que ocorreu com a Lei 7.855, de 24/10/89 que revogou expressamente os artigos 374, 373, 378, 379, 380 e 387, do Capítulo III, do Título III da *Consolidação das Leis Trabalhistas* (CLT) que trata da proteção do trabalho da mulher.

Posteriormente, a Lei 9.799, de 26/5/99, acrescentou ao artigo 373^A mecanismos, atendendo às normas internacionais, para corrigir distorções que afetam o acesso da mulher ao trabalho, sua remuneração, formação profissional e oportunidade de ascensão profissional. Segundo essa lei, ficam vedados anúncios de emprego a exigência “da boa aparência”, idade, cor ou situação familiar (casada ou solteira). Critérios de promoção ou de dispensa do trabalho também não poderão se fundamentar em razão do sexo, idade, cor, situação familiar, estado de gravidez ou esterilidade. Também não poderá o empregador proceder revistas íntimas nas empregadas. E, mais recentemente, a Lei no 10.244, de 27/05/01 que revogou o art. 376 da CLT para permitir a realização de horas extras por mulheres.

Além da importância da proteção constitucional à maternidade, com a concessão de licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário com duração de 120 dias, deve-se ressaltar, no contexto das relações de trabalho, a ação afirmativa dirigida aos portadores de deficiência, incluída a mulher portadora de deficiência, de reserva legal de cargos e empregos públicos na Administração

Pública Direta e Indireta, por meio de concursos públicos, e de postos de trabalho em empresas privadas com mais de cem empregados.

Estado democrático de direito e a inclusão social da portadora de deficiência

Os princípios constitucionais que sustentam o estado democrático de direito fundamentam-se, dentre outros, na cidadania, na dignidade da pessoa humana e nos valores sociais do trabalho (incisos II, III e IV, do art. 1º, da Constituição da República), objetivando construir uma sociedade livre, justa e solidária, erradicar a pobreza e reduzir as desigualdades sociais e regionais e, promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (incisos I, III, IV, do art. 2º da Constituição da República).

A inclusão social da pessoa portadora de deficiência, como um processo abrangente de preparação de todos para receber, acolher e conviver com o diferente, só é possível se cumpridos os direitos sociais, momento em que será possível afirmar estar o portador(a) de deficiência no exercício pleno da cidadania. Esses direitos sociais são assim considerados: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (art. 6º da Constituição).

E, como devem coexistir tais direitos? Eis que a própria Constituição assegura que:

- a **educação** deve garantir o atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (inciso III, art. 208);
- a **saúde** deve garantir o direito de todos à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
- a **assistência social** deve garantir a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária e integração ao mercado de trabalho, independentemente de contribuição à seguridade social, assim como a garantia de um salário mínimo de benefício mensal àqueles que comprovem não possuir meios de prover à própria subsistência (incisos III, IV e V, do art. 203);
- a **acessibilidade** deve garantir a adaptação dos logradouros, dos edifícios de uso público e dos veículos de transporte coletivo a fim de garantir o acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência (art 227, § 2º, 244);

- **lazer**, cabendo ao poder público incentivar o lazer como forma de promoção social (art.217, § 3º);
- **esporte**, sendo dever do Estado fomentar práticas desportivas formais e não formais, como direito de cada um (art. 217);
- **cultura** como garantia à todos do pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoio e incentivo à valorização e à difusão das manifestações culturais (art. 215);
- **trabalho**, sendo proibida qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência (art. 7º, inciso XXI). Sendo que, a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de admissão (art. 37, VIII). A lei também deverá proteger à criança e ao adolescente portador de deficiência, com a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos (artigos 227, II da Constituição e 66 do Estatuto da Criança e do Adolescente).

No entanto, a falta da prática desse comando constitucional voltado para a inclusão social, constata-se outra realidade no mercado de trabalho: porque não se garante a educação da pessoa portadora de deficiência, por meio de adequada e regular escolarização, não se garante também que o mercado vá acolhê-la no trabalho, pois lhe falta qualificação profissional, habilitação para a função a ser exercida. Esta realidade precisa ser alterada, e o passo que se dá nessa direção é a utilização de ação afirmativa, por meio da reserva legal de postos de trabalho para a pessoa portadora de deficiência.

Reserva de cargos, empregos públicos e postos de trabalho

No Brasil, instituiu-se a política de ampliação de oportunidade, reconhecendo que as desigualdades têm origem em todos os setores sociais. A reserva legal de vagas é uma ação afirmativa que visa a igualdade de oportunidades, oferecendo meios institucionais diferenciados para o acesso das pessoas portadoras de deficiência a bens e serviços e, portanto, a viabilizar-lhes o

gozo e o exercício de direitos fundamentais, sobretudo no que concerne ao direito de ser tratada como igual. É o que dispõe a Lei nº 7.853/89 ao estabelecer a política nacional para as pessoas portadoras de deficiência.

Com relação ao acesso ao mercado público de trabalho, a Constituição da República adota esta linha de ação afirmativa ao reservar percentual de cargos e empregos públicos às pessoas portadoras de deficiência (art. 37, inciso VIII, combinado com o art. 2º, III, d, da Lei 7.853/89 e, art. 38 do Decreto 3.298/99) e, aproveitamento no serviço público, sem a exigência de concurso e com estabilidade, dos ex-combatentes da Segunda Guerra Mundial (art. 53, inciso I ADCT). As exceções previstas pelo legislador constituinte originário são vitais, pois, expressamente, vedou qualquer proposta de alteração a esses direitos e garantias individuais (§ 4º, art. 60).

Somos signatários de duas importantes convenções internacionais da *Organização Internacional do Trabalho* (OIT), obrigando-nos ao seu cumprimento, já que ratificadas e, portanto, lei nacional: a primeira concernente à Discriminação em Matéria de Emprego e Profissão, nº 111/59, expressamente aduz que as distinções, exclusões ou preferências fundadas em qualificações exigidas para um determinado emprego não são consideradas como discriminação; a segunda concernente à Adaptação de Ocupações e o Emprego do Portador de Deficiência, nº 159/83, ratificada pelo Decreto Legislativo 129, de 22/5/91, que entende por pessoa deficiente “toda pessoa cujas possibilidades de obter e conservar um emprego adequado e de progredir mesmo fiquem substancialmente reduzidas devido a uma deficiência de caráter físico ou mental devidamente comprovada” (art. 1º), sendo que todo país-membro deverá considerar que a finalidade da reabilitação profissional é a de permitir que a pessoa deficiente obtenha e conserve um emprego e progrida, e que se promova, assim, a integração ou a reintegração dessa pessoa na sociedade.

Como reflexo do espírito solidário internacional, no ano de 1991 foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei nº 8.213/91 que, como em outros países do mundo (Itália, de 1% a 15%; França, Alemanha e Polônia, 6% em relação às pessoas portadoras de deficiência em idade para o trabalho; Áustria, 4%; Japão, 1,6%), estabelece o sistema de reserva de postos de trabalho para o beneficiário reabilitado pela Previdência Social e para o portador de deficiência.

A nº Lei 8.213/91, no artigo 93, reserva de 2% a 5% de cargos de trabalho para pessoas portadoras de deficiência habilitadas e/ou beneficiários reabilitados, em empresas com mais de 100 empregados, nas seguintes proporções:

- até 200 empregados – 2%;

- de 201 a 500 – 3%;
- de 501 a 1000 – 4%;
- 1001 em diante – 5%,

sendo que a dispensa do trabalhador reabilitado ou de deficiente habilitado, no contrato por prazo determinado de mais de 90 dias, e a imotivada, no contrato por prazo indeterminado, só poderão ocorrer após a contratação de substituto de condição semelhante.

Esta lei está ampla e intersetorialmente regulamentada no Decreto nº 3.298/99, prevendo a forma de contratação da pessoa portadora de deficiência e demais procedimentos e apoios especiais para as deficiências.

Formas de contratação, procedimentos e apoios especiais no trabalho

Consoante as disposições do Decreto nº 3.298/99, art. 34, a pessoa portadora de deficiência será inserida no trabalho por colocação competitiva; pelo regime especial de trabalho protegido; por cooperativas sociais para casos de deficiência grave ou severa.

Segundo o art. 35, do Decreto nº 3.298/99, a inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho se dará mediante três diferentes modalidades: colocação competitiva (inciso I); seletiva (inciso II) por conta própria (inciso III).

Por colocação competitiva, entenda-se o contrato de trabalho regulado pelas normas trabalhistas e previdenciárias, concorrendo o portador de deficiência em condições de igualdade com os(as) demais trabalhadores(as), inclusive quanto à eficiência exigida para a prestação do serviço. Nesta modalidade, a colocação no emprego independe da adoção de procedimentos especiais para a sua concretização, embora não exclua a possibilidade de utilização de apoios especiais.

A colocação seletiva é a contratação de portadores(as) de deficiência dependente da utilização de procedimentos e apoios especiais, não obstante também devam ser observadas as exigências da legislação trabalhista e previdenciária.

O trabalho por conta própria é a ação de uma ou mais pessoas que, através do trabalho autônomo, de cooperativas sociais (observadas as leis nº 5.764/71 e nº 9.867/99) ou em regime de economia familiar, que visa a emancipação econômica e pessoal da pessoa portadora de deficiência.

As entidades beneficentes de assistência social (§ 1º do art. 35) poderão intermediar a inserção no trabalho dos(as) portadores(as) de deficiência, realizada sob as formas de colocação seletiva e promoção de trabalho por conta própria. Essa intermediação poderá ocorrer através da contratação dos serviços dos portadores de deficiência, por entidades públicas e privadas, e na comercialização de bens e serviços decorrentes do programas de habilitação profissional de adolescente e adulto portador de deficiência em oficinas protegidas de produção e/ou oficinas protegidas terapêuticas. Ao realizar essa intermediação, a entidade beneficente, além de obedecer a requisitos formais relativos à celebração do contrato ou convênio (§ 7º), deverá, ainda, promover, em parceria com o tomador de serviços, programas de prevenção de doenças profissionais e de redução da capacidade laboral e programas de reabilitação, nos casos em que ocorram tais patologias ou se manifestem outras incapacidades.

Observe-se que para todas as formas de contratação poderão ser utilizados procedimentos especiais (§ 2º, art. 35), que são os meios e as condições não ordinárias dos quais dependam a pessoa portadora de deficiência, em razão do grau de sua incapacidade (motora, sensorial ou mental), para executar uma atividade de trabalho.

Algumas deficiências não permitem que seu portador realize uma ocupação sem o estabelecimento de condições facilitadoras, tais como jornada variável, horários flexíveis de trabalho e adequação do ambiente de trabalho às suas especificidades e, trabalho em tempo parcial e trabalho-não-ritmado.

Por apoios especiais entende-se (§ 3º) a orientação, a supervisão e as ajudas técnicas, dentre outros elementos, que auxiliem a compensar as limitações funcionais da pessoa portadora de deficiência, de modo a possibilitar a realização de suas capacidades em condições de normalidade.

Entenda-se como ajuda técnica as próteses (elemento artificial utilizado para substituir uma parte do corpo), as órteses (óculos, alto-falante, aparelho auditivo) e os equipamentos e elementos que possibilitam a ampliação, suplementação e substituição das funções humanas prejudicadas (óculos para visão subnormal, escrita em Braille, ou a informação acústica).

Para o trabalho na modalidade de comercialização de bens e serviços poderão ser utilizadas a oficina protegida de produção que, em relação de dependência com a entidade pública ou de assistência social, assume o desenvolvimento de programa de habilitação profissional para o adolescente e/ou adulto portador de deficiência, provendo-o com trabalho remunerado, com vista à emancipação econômica e pessoal relativa. A modalidade difere do emprego apoiado que está para

ser regulamentado; e a oficina protegida terapêutica que difere das características da oficina protegida de produção pelo fato de que visa a integração social do(a) portador(a) de deficiência, não gerando vínculo de emprego.

Importante destacar que a prestação de serviços por quaisquer das modalidades será feita mediante celebração de convênio ou contrato formal, devendo constar a relação nominal dos(as) trabalhadores(as) portadores(as) de deficiência em labor. Também deverão, entidades beneficentes e tomadores de serviços, estabelecer programas de prevenção de doenças ocupacionais e de redução de capacidade ou de reabilitação.

Adequação do meio ambiente do trabalho

Já foi anteriormente pontuado que a saúde é direito social, sendo que o art. 7º, inciso XXII, da Constituição da República traz como direito dos(as) trabalhadores(as) urbanos e rurais (incluindo os(as) portadores(as) de deficiência) a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança.

O Brasil é signatário de várias convenções internacionais (148, 152, 155 e 161), dentre elas a de nº 155, ratificada no Decreto Legislativo nº 1.254/94, que trata da Saúde e Segurança dos Trabalhadores. As regras de saúde e segurança para os diferentes setores produtivos, e suas respectivas ocupações, estão previstas em normas regulamentares constantes da Portaria nº 3.214/78/MTe.

Alcançam as pessoas portadoras de deficiência tais regramentos acrescidos daqueles inseridos no Decreto nº 3.298/99 e que decorrem diretamente da deficiência portada.

Relativamente à atividade a ser exercida pela pessoa portadora de deficiência, de início o fato de portar uma deficiência é levantada como impeditiva para o cumprimento da lei de reserva de vagas, sob o argumento de que não poderá exercer qualquer e/ou determinada atividade pois poderá comprometer ainda mais sua condição. No entanto, impõe-se desde o início ressaltar as potencialidades desse(a) trabalhador(a) frente aos desafios do ambiente do trabalho, e em vista dos procedimentos especiais colocados à sua disposição. Por óbvio existirão atividades que por exigir capacidade plena não serão disponibilizadas ao trabalhador portador de deficiência. Mas, em toda empresa, fábrica, indústria, existirá atividade a ser desenvolvida por portador(a) de deficiência habilitado(a), o que é feita com extrema eficiência. É importante focar que não se deverá jamais relacionar determinada deficiência com determinada atividade como, por exemplo, o(a) portador(a)

de deficiência visual para trabalho em câmaras escuras, o(a) portador(a) de deficiência auditiva em locais com acentuado ruído ou portador(a) de deficiência física para atividades de digitação. Estar-se-á criando discriminação inversa, além do fato de que a deficiência poderá ser ampliada ou agravada decorrente de situações externas adversas.

O meio ambiente de trabalho para o trabalhador(a) portador(a) de deficiência deverá estar adaptado (com banheiro, rampas, barras de apoio etc.) e adequado às normas de segurança e saúde em geral para a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes do trabalho, além, é claro, de condições psicológicas favoráveis a todos os seus componentes.

Conclusão

A legislação voltada para o(a) trabalhador(a) portador(a) de deficiência é estimulante, cabe-nos efetivar, fazer valer, tais interesses extirpando do cenário, deste milênio, o preconceito em relação às potencialidades da pessoa portadora de deficiência, incluindo-a na sociedade como cidadã detentora de direitos e garantias.

* *Maria Aparecida Gugel é Subprocuradora-geral do Ministério Público do Trabalho e Conselheira do Conade.*

DIREITO

Saúde ampla, geral e irrestrita

*Norma Kyriakos**

Enquanto eu refletia e pesquisava, nos alfarrábios jurídicos, a temática da saúde da mulher trabalhadora, deparei-me, oportunamente, na *Folha de São Paulo*, de 21 de maio de 2002, com um atraente texto da professora da *Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo*, Maria Victoria Benevides. O artigo se referia às eleições de 2002, falando de Brasil e de política. Nos três primeiros parágrafos, ele nos dá uma aula de democracia e de Constituição. Adotei-os, são precisos. A professora registra a esperança dos que queremos substituir o horror econômico pelo direito à dignidade de todos, como está na Constituição. Repudia o sistema que privilegia a minoria que se considera dona do poder e nos exhibe uma globalização inexorável, com hegemonia norte-americana. Diz mais: “Essa esperança, que conquista corações e mentes, alimenta-se dos valores da justiça social, da liberdade, igualdade e solidariedade, ou seja, daquilo que sempre é e foi o sal da terra.”

É o Estado do Bem Estar Social, posto com proficiência e sensibilidade, que prioriza a dignidade da pessoa humana, valor ético erigido em dispositivo constitucional. A sociedade brasileira elegeu, desde o Título I, artigos 1º ao 4º, a pessoa humana como centro do sistema jus político organizado em Estado de Direito Democrático. Aí, a igualdade e a liberdade são interdependentes nessa ordem, para construir a renascente democracia. Temos nos esforçado nessa construção, especialmente as mulheres.

Li, depois, um texto do professor de educação física, Nuno Cobra, extraído do livro *A Semente da Vitória*, no qual o autor analisa o sono como fonte de energia vital. O sono recompõe todas as células do organismo, liberta o inconsciente. Tal leitura despertou-me a seguinte reflexão: a mulher trabalhadora, a operária, a empregada, inclusive a doméstica, a profissional autônoma e liberal, celebramos vitórias e conquistas. Mas, também, somamos novos encargos aos que anteriormente compunham a vida feminina. As duplas e triplas jornadas ainda não foram inteiramente compartilhadas. Os equipamentos sociais destinados à extensão do direito universal à educação, a exemplo das creches, pré-escolas e escolas não suprem a demanda. Fator fundamental de promoção da saúde física, mental e psicológica, o direito da trabalhadora ao repouso tem por

finalidade a justiça social, a igualdade e a dignidade da pessoa humana, enfim, o Estado do Bem Estar Social querido pela sociedade brasileira.

Uma legislação avançada e uma prática atrasada é a nossa realidade. O mundo da atualidade sofre as imposições do denominado processo da globalização. De um lado, o irreversível progresso tecnológico, a imediata comunicação entre pessoas e povos, de outro, o império absoluto do mercado destruindo pessoas e povos.

Saúde é bem estar e direito

A saúde, na definição da *Organização Mundial da Saúde* (OMS), é o estado de completo bem estar físico, mental, psicológico e social. No traçado do Estado do Bem Estar Social da Constituição da República Federativa do Brasil, os artigos 196 e seguintes apresentam o caráter universal, integral e igualitário da saúde, priorizando as medidas preventivas e o caráter público das ações a ela relacionadas.

A sociedade brasileira viveu na Constituinte um momento privilegiado. As conquistas das mulheres, em evolução desde o princípio do século XX, vindas das lutas do movimento organizado ou não, vicejaram. Os direitos sociais dos trabalhadores e trabalhadoras estão nos artigos 6º a 11º da Constituição. Para facilidade de compreensão, consideramos a saúde da mulher trabalhadora sob dois aspectos. Em sentido amplo, os cuidados com a saúde têm por objetivo o bem estar da trabalhadora e de sua família, o que passa pelo respeito à sua dignidade enquanto pessoa humana. Cabe rememorar, neste particular, alguns direitos dirigidos ao Estado do Bem Estar, tais como salário igual para trabalho igual ou assemelhado, aposentadoria, segurança no trabalho, férias, repouso semanal remunerado, creches e pré-escolas para os filhos das trabalhadoras e trabalhadores.

É importante destacar que as seguranças física, mental e psicológica da trabalhadora é dever do empregador. É sabido pelas mulheres, especialmente pelas trabalhadoras e sindicalistas, o quanto seu bem estar tem sido constrangido por superiores de diversas hierarquias e ascendências. A *Oficina dos Direitos da Mulher* – ONG que orienta mulheres sobre os seus direitos – tem entre a clientela os mais diversos casos de assédio sexual. As mulheres têm sido lesadas em sua liberdade de ir e vir, de trabalhar, de progredir profissionalmente e tantas vezes são obrigadas a mudar de emprego. Mesmo nos altos escalões do serviço público, por vezes, o constrangimento compele as profissionais a prestar outros concursos, abandonando cargos para os quais têm vocação.

Nesse sentido, a Lei 10224, de 15/05/2001, de autoria da deputada Iara Bernardi (PT/SP), alterou o Código Penal, para introduzir o crime de assédio sexual, condenando à pena de detenção de um a dois anos aquele(a) que se prevalecer de sua posição hierárquica ou de ascendência para obter favor sexual.

Para tornar eficaz a lei criminalizadora, convém implementar medidas corretivas, tais como a denúncia na delegacia de polícia de defesa da mulher, a cada vez e tantas quantas seja assediada. Convém ainda implementar medidas preventivas, comissões de fábrica, nos sindicatos, nas Centrais e nos Conselhos Profissionais. Convém também encorajar as mulheres trabalhadoras a comentar com as companheiras, além de políticas e campanhas públicas de esclarecimento, orientação e formação, parcerias com as universidades, entre outras.

Há pouco tempo, o *Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)* considerou acidente de trabalho o estupro praticado pelo diretor, filho do sócio majoritário de uma cadeia de lojas, possibilitando pleitear indenização perante à Justiça Civil. A vítima foi a gerente da loja, cujo processo tramita na Justiça de São Paulo.

Em sentido mais estrito, os cuidados com a saúde da mulher trabalhadora mereceram especial destaque na Constituição, no título da Seguridade Social, no Capítulo II, a partir do artigo 194. Esta compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Ataques à Constituição e às trabalhadoras gestantes

Vamos abrir um parêntese para lembrar que a Constituição da República tem recebido contínuas investidas de esfacelamento. Até 2001, foram aprovadas trinta e duas emendas. O pretexto foi adequar o país ao chamado Consenso de Washington (a bula da política econômica norte-americana). A emenda que reestrutura a previdência social manteve os trinta anos de aposentadoria para a mulher. Serão 30 anos de contribuição, conjugados à idade mínima de 62 anos.

A licença-maternidade que o lobby da mulher trabalhadora, em parceria com as mulheres organizadas e os conselhos oficiais da mulher, conseguiu ampliar para 120 dias, tem sofrido variadas investidas. No ano 2000, a própria *Organização Internacional do Trabalho (OIT)* analisou proposta de redução ou extinção da licença-maternidade, apresentada por grupo de empregadores, e felizmente foi rejeitada pela 88ª Conferência.

Hoje, a *Organização Internacional do Trabalho* mantém em vigor a Convenção de 1919, revisada pela Convenção 103 (1952) e pela 183 (1988), como informa a Dra. Marina Ferreira Rea, pesquisadora do *Instituto de Saúde SES* São Paulo. Consiste na licença mínima de 14 semanas, sendo 6 semanas após o parto, ausentando-se a gestante mediante atestado médico; pagamento fixado pela legislação federal, em quantia suficiente para manter a mãe e o bebê; atendimento médico gratuito, e um ou mais repousos de meia hora para aleitamento.

A licença-maternidade de 120 dias permanece na legislação brasileira. A Lei 1421 alterou o artigo 392 da *Consolidação das Leis Trabalhistas*, introduzindo os 120 dias em vigor desde 5 de outubro de 1988. A mesma lei criou a licença-maternidade para a mãe adotante, a saber: 30 dias, no caso de crianças entre 4 e 8 anos, 60 dias, se a criança tiver entre 1 e 4 anos e 120 dias se a criança adotada ou sob guarda judicial tiver até um ano de idade. A licença é paga pela Previdência Social, no salário de contribuição da trabalhadora, que deve, obrigatoriamente, ser o salário real. A trabalhadora autônoma recebe a licença com base no salário de contribuição. Por iniciativa da deputada Luiza Erundina de Souza, do *Partido Socialista Brasileiro*, o *Supremo Tribunal Federal* deu provimento à ADIN nº 1946, derrubando o teto específico, por ofensa à cláusula pétrea do artigo 60, § 4º, inciso IV, da Constituição.

Foi graças às iniciativas do *Conselho Nacional dos Direitos da Mulher*, à época presidido por Jacqueline Pitanguy, que a combativa bancada feminina no Congresso Nacional foi se constituindo. Atenta aos direitos das mulheres, interrelacionada ao movimento organizado, a bancada apresenta projetos, trabalha sua apreciação, votação e sanção. Sábia a lei que fixou as cotas de candidaturas femininas para os partidos políticos. Sábios serão os partidos políticos quando investirem na eleição das candidatas mulheres. Elas dão visibilidade e modernidade à luta social e política.

É nítida a ampliação das áreas de ocupação das mulheres no espaço público do trabalho. Todavia a falta de vagas em creches e pré-escolas viola o direito das mulheres à saúde integral.

A quem interessa flexibilizar?

A recente iniciativa governamental de flexibilização da *Consolidação das Leis Trabalhistas* (CLT) foi em boa hora suspensa, por força de acordo, entre as lideranças partidárias, que transferiram a discussão e votação para o próximo exercício. É preciso muito cuidado para não se perder direitos.

A Convenção, que versa sobre a maternidade da trabalhadora, diz que as 6 semanas de licença-maternidade pós-parto prevalecerão, desde que os governos e as entidades representativas

de trabalhadores e empregadores não tenham estabelecido outra forma. No projeto brasileiro supra referido, prevalecerá a CLT somente na falta do acordo intersindical, vale dizer, entre os sindicatos dos trabalhadores e empregadores, ameaçando assim os direitos adquiridos na Constituição.

Para finalizar, evoco o Fórum Social Mundial, com a presença significativa e reivindicações também significativas de mulheres, na esperança de um mundo melhor. Abordamos o direito da mulher trabalhadora à saúde. O Direito é uma ciência humana, na palavra de André Franco Montoro. É, pois, uma ciência com consciência. Nele está embutida a idéia do Justo. O direito pressupõe Justiça, não há Justiça sem igualdade, não há liberdade sem igualdade. Para se atingir a Justiça é necessário viver a igualdade e a liberdade. É nesse contexto que se insere a saúde da mulher trabalhadora.

* Norma Kyriakos é advogada e presidente da *Oficina dos Direitos da Mulher, Procuradora do Estado de São Paulo e Consultora Científica do NEMGE da USP. Também foi Procuradora Geral do Estado (no governo Montoro) e a primeira mulher Secretária Geral da OAB/SP. Atualmente compõe conselhos de várias ONGs.*

SAÚDE PÚBLICA

De olhos abertos

*Denise Motta Dau **

O avanço da visão liberal de proteção social no Brasil e na América Latina, historicamente, priorizou os grupos sociais e as categorias profissionais mais organizados. Se observarmos a trajetória da política de seguridade social, que compreende saúde, previdência e assistência, iremos detectar que desde as antigas caixas de aposentadorias e pensões (Caps) e do extinto Inamps, apesar de avanços conquistados pela pressão popular, o acesso universalizado e as políticas sociais ainda são mais um desejo do que uma realidade, ainda são uma luta travada cotidianamente pela classe trabalhadora.

O resultado da visão liberal tem sido uma política social incompleta, na qual somente uma parte da sociedade é contemplada e a maioria é excluída. Essa maioria, principalmente mulheres, é composta por trabalhadoras(es) do setor informal, pessoas vinculadas a uma ampla rede de subemprego e pela população que trabalha nos setores rural e doméstico, considerando-se ainda a legião de desempregadas(os). E é justamente essa grande massa quem mais precisa do acesso e de políticas que gerem cidadania, igualdade de oportunidades e direitos sociais.

Vamos aos fatos: recentemente o governo FHC enviou ao Congresso Nacional o projeto de lei alterando o artigo 618 da *Consolidação das Leis Trabalhistas* (CLT). A modificação previa a “livre negociação entre patrões e empregados”, estabelecendo inclusive a flexibilização, na verdade, redução de diversos direitos sociais, caso houvesse um acordo entre as partes.

Nesse rol, estão incluídos direitos básicos e prioritários para as mulheres: licença-maternidade, férias, 13º salário etc. Não é difícil imaginar, na conjuntura atual, qual é a correlação de forças existente entre uma trabalhadora e um empresário para que seja selado um acordo de redução do gozo da licença-maternidade em troca da manutenção do emprego ou de aumento salarial. É provável que só as categorias organizadas tenham poder de pressão para negociarem em condições justas.

Por isso foram necessárias diversas mobilizações e muita pressão da *Central Única dos Trabalhadores* (CUT) e dos movimentos sociais, junto aos parlamentares da base governista, para que fosse retirado o caráter de urgência para a votação desse projeto.

Tempo fechado

Os cortes nas políticas sociais têm várias faces. Não é somente na redução explícita dos direitos e nas próprias políticas sociais que podemos constatá-los, mas também nos ataques às(aos) trabalhadoras(es) públicas, categoria com presença majoritária de mulheres e negros(as). O uso estratégico da deformação da imagem do funcionalismo, seguido da retirada de direitos adquiridos pelo setor, iniciado por Fernando Collor e acirrada no governo de Fernando Henrique Cardoso, contribuiu para o desmonte e o sucateamento dos serviços públicos essenciais, o que reflete diretamente na qualidade do atendimento: as condições de trabalho são péssimas, a negociação coletiva praticamente inexistente e os investimentos em capacitação profissional são insuficientes.

Por esses motivos, é importante que a sociedade tenha acesso aos dados referentes aos profissionais de saúde, no qual cerca de 70% dos recursos humanos são femininos. É impressionante como a própria saúde da trabalhadora da saúde é desprestigiada, mesmo sendo uma área essencial das políticas sociais.

Em pesquisa realizada pelo *Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde de São Paulo* (Sindisaúde), com doze mil trabalhadoras, 53% declararam não contar com equipamentos de proteção necessários para o exercício da sua função e 19% responderam que já sofreram algum tipo de acidente. Em qualquer ramo de atividade profissional, esses dados já seriam assustadores, porém na área da saúde se tornam ainda mais significativos, pois revelam acidentes que estão na esfera da transmissão infecto-contagiosa, que podem desencadear quadros de contaminação e adoecimento, também das usuárias, muitas vezes irreversíveis.

É nesse contexto que entra em cena a tese equivocada de que “a prestação do serviço é pública, porém não estatal” fazendo com que o patrimônio público seja entregue a organizações de direito privado e a forma de contratação de pessoal seja precarizada e/ou terceirizada. Em resumo, é a omissão do Estado enquanto responsável direto pela execução das políticas públicas, o que reflete na qualidade da assistência em saúde.

Dentro desse contexto, é inevitável abordarmos o que ocorreu na área da saúde na gestão do ex-ministro José Serra. E não é mera coincidência que novamente aqui usuários(as) e trabalhadores(as) sejam majoritariamente mulheres.

Saúde precária

Na área da saúde, os princípios básicos do *Sistema Único de Saúde* (SUS) acabam sendo distorcidos: o acesso universalizado e integral é “secundarizado”, ou seja, muita verba pública é remetida ao setor privado e/ou filantrópico sem nenhum controle social. E no setor público ocorre nacionalmente a massificação de programas calcados no atendimento domiciliar – sem levar em conta as diversidades e necessidades regionais – dobra-se a quantidade de pessoas atendidas, sem a melhoria da qualidade do atendimento nas unidades de saúde.

Infelizmente, essa visão é a mesma preconizada pelo Banco Mundial e selada nos acordos multilaterais: ações básicas de saúde, com recursos humanos de baixo custo; precarizações na capacitação profissional e nas relações trabalhistas, porém com grande penetração na massa de excluídos. Cresce, assim, a contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cerca de duzentos mil no Brasil, que ainda não têm a profissão regulamentada, possuem contratos de trabalho temporários e ganham, em diversas regiões, menos de um salário mínimo e raramente recebem atenção em formação profissional.

É como se houvesse no país dois sistemas de saúde em contradição: o SUS autêntico, com base no atendimento público, de boa qualidade, universal, integral e com controle social, e o SUS neoliberal na contramão desses princípios. Na prática, vale a premissa liberal na qual quem pode pagar é atendido, quem não pode se conforma com um modelo de atenção de segunda mão ou de Terceiro Mundo, e não o SUS para todas(os).

Mulheres que podem decidir

O enfoque dado pelo atendimento domiciliar para a usuária limita o atendimento à saúde da mulher apenas ao âmbito familiar, destacando os cuidados com a família e priorizando a maternidade, diferente do atendimento integral à saúde da mulher pelo qual lutam historicamente os movimentos feminista, sindical e social.

Apesar dos avanços relacionados aos direitos das mulheres e a maior compreensão do processo saúde-doença, que tornou as usuárias em saúde mais críticas e reivindicatórias, ainda há muito a ser conquistado diante do descaso com o processo e as condições de trabalho ideais e a conseqüente humanização do atendimento e na relação da profissional com a usuária dos serviços de saúde.

Na Assistência Social, foram alterados diversos critérios para concessão de benefícios que eram garantidos pela *Lei Orgânica da Assistência Social* (Loas), dificultando o acesso e desviando uma ação social com caráter distributivo de renda para uma política assistencialista e ineficaz.

Na Previdência Social, nunca se pagou tão mal. A maioria dos benefícios ofertados, cerca de 80%, resumem-se a um salário mínimo, impingindo condições de vida a pensionistas e aposentadas(os) que beiram a miséria. Lembrando que no ano 2000, o governo federal tentou limitar o valor do salário-maternidade e, durante 2001, mudou o mecanismo de recebimento, fazendo com que as mulheres enfrentassem ainda mais filas nas agências do INSS. O tempo de contribuição exigido para aposentadoria aumentou, o que no caso da mulher, que ainda enfrenta a antiga e não superada dupla jornada de trabalho, configura-se um agravante à sua própria saúde e à redução da sua qualidade de vida. Registramos ainda que não há concurso para contratação de funcionários na Previdência há dezessete anos, submetendo a população a esperas intermináveis pelo atendimento!

Apesar do tenebroso quadro nacional, diversos projetos interessantes resistem à velha ordem. Ações significativas têm sido realizadas em prefeituras do campo democrático popular (São Paulo-SP e Camaragibe-PE são alguns bons exemplos), voltadas para o incremento de políticas especiais para as mulheres, no que se referem ao combate à violência, na formação e no aumento da escolaridade, na geração de emprego e renda e na formação e sensibilização de recursos humanos para a execução desses programas.

Porém, para que de fato essas boas experiências não sejam gotas de água no oceano, é necessário que se estabeleça um estratégico e intenso debate crítico em relação ao modelo econômico vigente. Somente a retomada da mobilização social com a discussão e a participação ampla das mulheres – que são a maioria do eleitorado brasileiro – poderá alterar significativamente a situação da classe trabalhadora.

É hora de dar um basta e caminhar rumo à superação das atrocidades geradas pelo modelo liberal, em prol de uma política distributiva de renda e geradora de igualdade de oportunidades na vida, no trabalho e no movimento sindical.

* Denise Motta Dau é presidenta da CNTSS/CUT – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, é assistente social e mestrande em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da SES/SP.

PERFIL

Fernanda Giannasi, símbolo da luta para banir o amianto no Brasil

*Voleta Rocha **

Ela amedronta empresários inescrupulosos, desafia interesses de poderosos grupos econômicos, já foi ameaçada de morte. Comparada a Erin Brokovich – celebrizada no cinema pela atriz Julia Roberts – Fernanda Giannasi é reconhecida no mundo inteiro como a “engenheira da saúde” dos trabalhadores brasileiros.

Sua firme determinação na luta pelo banimento do amianto no país tem ressonância na mídia nacional e internacional. Fernanda foi capa de revistas de publicações nacionais e internacionais. A visibilidade de seu trabalho ganhou a atenção e o apoio dos mais importantes segmentos da sociedade mundial. A fibra do amianto contaminou e matou muitos trabalhadores que nem sequer tinham noção do mal a que estavam expostos. O amianto – utilizado na fabricação de caixas d’água, pastilhas para freios, telhas, roupas antichamas e muitos outros produtos – provoca graves doenças como asbestose, câncer de pulmão, mesotelioma (câncer de pleura) e cânceres na laringe, estômago, fígado, pâncreas, rins, ovários, cérebro e sangue. Geralmente incuráveis, essas doenças têm como principais sintomas dores nas costas, quadros recorrentes de pneumonia, tosse, cansaço e limitação aos esforços. E, além disso tudo, falta de ar.

Graduada em Engenharia Civil com especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, Fernanda planeja retomar seu doutorado em Saúde Pública, adiado devido às inúmeras atividades em que está envolvida. Participou do processo de elaboração do projeto – instituído em 1991, pelo Ministério do Trabalho – que regulamentou o uso do amianto em condições de segurança. Até essa data, os trabalhadores não dispunham de nenhuma lei que os protegesse do contato direto com o produto.

O Brasil está entre os cinco maiores produtores mundiais da fibra do amianto. À medida que começava a ser proibido nos países da Europa, sua exploração se desenvolvia no país, sobretudo durante a ditadura militar (1964-1979). Empresas nacionais e multinacionais ditavam a lei no Brasil.

Hoje, graças à intervenção de Fernanda, seguimos o mesmo movimento de países desenvolvidos onde, há mais de duas décadas, o amianto é proibido e a saúde ambiental é uma

questão estratégica. Antes de sua intervenção, os operários da indústria de fibrocimento trabalhavam dentro de nuvens de pó.

Ao verificar o número de operários contaminados e denunciar a “máfia” do amianto, a engenheira foi vítima de campanhas para silenciá-la. Na época, a *Eternit* – segunda maior fabricante de produtos com amianto no país – entrou na justiça com um processo crime contra a engenheira. Fernanda também foi pressionada pelo governo do Canadá (maior exportador da fibra no mundo) e chegou a ser ameaçada de morte por um empresário brasileiro além de outras pressões veladas.

O Ministério do Trabalho, do qual a engenheira é funcionária de carreira desde 1983, cedendo ao lobby do empresariado, determinou a transferência de Fernanda em duas ocasiões. Nada a intimidou. Insistindo em suas denúncias, ela conseguiu que as empresas adotassem exames médicos regulares, mesmo após o desligamento dos operários por trinta anos; o uso obrigatório de máscaras de proteção; instalação de exaustores e umidificadores. A indústria também teve que construir vestiários duplos e lavanderias, para evitar que o pó impregnado nas roupas dos operários fosse levado até suas casas, contaminando suas famílias.

Desde 1994, Fernanda coordena a *Rede Virtual Cidadã pelo Banimento do Amianto* que dá visibilidade à questão da saúde dos trabalhadores expostos à fibra. Antes da existência da entidade, além de não contarem com o respaldo das autoridades, não se sentiam devidamente representados pelos seus sindicatos.

O medo do desemprego rondava a grande maioria dos dirigentes sindicais e filiados que temiam eliminar postos de trabalho e empresas ao abraçarem a causa do banimento do amianto. A *Rede Cidadã* tem orientado trabalhadores e população, especialmente a que reside em áreas de atividades industriais.

Embora existam alternativas, alguns setores corporativos e mais conservadores, ainda insistem na comercialização da fibra. Os interesses em jogo mobilizam empresários e políticos. É o caso do governo de Goiás, estado que abriga a única mina de amianto no território nacional.

Mineral letal

O país exporta anualmente mais de trinta milhões de dólares do mineral para Tailândia, Indonésia, Índia, África e vizinhos da América Latina. O amianto, facilmente encontrado na natureza, é de fácil manipulação e transporte. Não sendo computado o custo social, sua comercialização é também menos onerosa que as tecnologias alternativas não agressivas aos seres humanos e ao

meio ambiente. Essa substituição, entretanto, exige custos adicionais, alterações no modo de produção. Em contrapartida, o fortalecimento do movimento ambientalista e da noção de cidadania obrigam o setor a mensurar sua responsabilidade sobre a geração de resíduos e a gerir os riscos com maior eficiência.

Em 2001, a *Associação Brasileira de Expostos ao Amianto (Abrea)* registrou, entre novecentos e sessenta ex-funcionários de uma indústria de fibrocimento, os alarmantes números: duzentos e vinte e dois casos de distúrbios respiratórios, cento e noventa casos de placas pleurais, cento e um de asbestose (reação fibrosa crônica dos pulmões), nove mortes por câncer de pulmão, quatro por câncer de pleura e uma por câncer de laringe. Outras vinte e quatro mortes ainda não esclarecidas.

Inconformada com esse quadro, a engenheira continua sua luta pela conscientização dando conferências, palestras, cursos, entrevistas aos meios de comunicação e realizando manifestações públicas. O resultado desse trabalho é que a saúde ocupacional e ambiental vem ocupando espaços cada vez mais significativos. Nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul já foram aprovadas leis proibindo a comercialização do amianto. Em São Paulo, um projeto de lei prevê o fim da utilização do mineral até 2005.

A globalização da economia tem atuado como coadjuvante no trabalho da engenheira. As restrições à importação de bens contendo a fibra do amianto tem pressionado os países em desenvolvimento a erradicar o amianto e a utilizar outras tecnologias mais adequadas. A *Organização Mundial do Comércio (OMC)* está sendo decisiva na restrição ao uso da fibra e também até mais eficiente do que algumas políticas públicas.

Além de autora de quarenta e oito títulos publicados no Brasil e no exterior, Fernanda Giannasi é integrante da *Academia de Ciências do Mundo do Trabalho da Itália*, sendo uma das poucas mulheres e única representante da América Latina. A engenheira foi premiada, em 1999, pela *Associação Americana de Saúde Pública*.

Reconhecida pelo seu trabalho em favor da cidadania, ganhou o Prêmio Cidadã de Destaque do *Pensamento Nacional das Bases Empresariais – PNBE*, setor empresarial conseqüente e comprometido com a ética. Indicada pela organização GreenPeace Brasil, venceu o Prêmio Cláudia 2001. A publicação da *Editora Abril* premia projetos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida, desenvolvidos por mulheres que fazem a diferença na vida dos e das brasileiras.

* Voleta Rocha é jornalista profissional e coordenadora de comunicação da Rede Feminista de Saúde.

EM PAUTA

Publicações

Nova Divisão Sexual do Trabalho?

Helena Hirata

Boitempo Editorial

São Paulo, 2002, 335 páginas

Com o subtítulo *um olhar voltado para a empresa e a sociedade*, Helena Hirata, pesquisadora japonesa-franco-brasileira, discute a inserção e permanência das mulheres no mercado de trabalho, sob o ponto de vista das implicações de gênero.

O livro é resultado de vinte anos de pesquisas comparativas entre trabalhadoras do Brasil, França e Japão. Semelhanças e diferenças surpreendem, ao mesmo tempo que universalizam a discriminação sofrida pelas trabalhadoras.

Em japonês, português e francês as mulheres seguem em desvantagem no mundo do trabalho.

Boitempo Editorial

Fone/fax (11) 3875-7250 ou 3872-6869

Gênero, democracia e sociedade brasileira

Cristina Bruschini e Sandra G. Unbehaum, organizadoras

Fundação Carlos Chagas e Editora 34

São Paulo, 2002, 445 páginas

O livro é mais uma prova da riqueza e variedade, no Brasil, das abordagens de gênero. Os temas transitam pelas desigualdades, justiça (e a falta dela), cidadania, raça, direitos reprodutivos, famílias, DNA, sexualidade, violência, educação, trabalho, ações afirmativas, feminismos.

As autoras são: Bila Sorj, Céli Regina Pinto, Clara Araújo, Claudia Fonseca, Cristina Bruschini, Eli Zaretsky, Elza Berquó, Fúlvia Rosemberg, Guacira Lopes Louro, Heleieth Saffioti, Helena Hirata, Jaqueline Pitanguy, Lourdes Bandeira, Maria Betânia Ávila, Maria Luiza Heilborn, Marina Ferreria Réa, Mireya Suárez, Nancy Fraser, Sandra G. Unbehaum, Sonia Corrêa e Sueli Carneiro.

Editora 34

Fone/fax (11) 3816-6777

Fundação Carlos Chagas

Fone (11) 3721-4511. Fax (11) 3721-1059

Um debate crítico a partir do feminismo: reestruturação produtiva, reprodução e gênero

Ana Alice Costa, Maria Betânia Ávila, Maria Ednalva Bezerra de Lima, Vera Soares e Waldeli P. Melleiro, organizadoras

CUT – Brasil

São Paulo, 2002, 168 páginas

Os textos reunidos, nesse livro, foram apresentados em seminário nacional homônimo, ocorrido na cidade do Recife, em agosto de 2001. O objetivo do seminário foi, por meio de debates de alto nível, discutir a reestruturação produtiva e a reprodução, privilegiando a abordagem feminina desses temas.

O esforço norteador foi conjuminar a teoria e a prática e pôr em sintonia o movimento sindical e as ONGs. Além das organizadoras, as autoras são: Helena Hirata, Magna de Almeida Neves, Hildete Pereira de Melo, Laís Abramo, Ana Elizabeth Mota, Denise Motta Dau, Margarida Barreto, Graciete Santos, Raimunda Celestina de Mascena, Suzineide Rodrigues de Medeiros, Lenira de Carvalho, Francisca Elenir Alves e Eliana Magalhães Graça.

CUT / SP

Fone: (11) 3272-9411.

Fax (11) 3272-9610

Quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas?

Debora Diniz e Samantha Buglione, editoras

Letras Livres

Brasília, 2002, 94 páginas

Para responder à pergunta: *quem pode ter acesso às tecnologias reprodutivas?*, foi realizado um simpósio, em novembro de 2001, no Senado Federal. Todas(os) debatedoras(es) têm formação jurídica e chegou-se a um consenso democrático, explicitado nos artigos do livro.

Segundo Debora Diniz, uma das editoras, as tecnologias reprodutivas “são um conceito amplo que agrega desde métodos de prevenção da concepção e do nascimento de bebês, até técnicas de reprodução assistida, de diagnóstico pré-natal e de genética reprodutiva”.

Além das editoras, as (os) articulistas são Arryanne Queiroz, Diaulas Costa Ribeiro, Roger Raupp Rios.

Letras Livres

Fone (61) 343-1731

Reprodução e Sexualidade

Samantha Buglioni, organizadora

Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero – e Sergio Antonio Fabris Editor

Porto Alegre, 2002, 176 páginas

A sexualidade e a reprodução, como direitos da mulher, são discutidas à luz do campo jurídico. Portanto, há discussões acerca de estratégias, da *Convenção Interamericana de Direitos Sexuais e Reprodutivos*, direito internacional, reprodução e sexualidade, recortes de raça, entre outros.

As autoras, além da organizadora, são: Rebecca J. Cook, Flávia Piovesan, Wilza Vieira Villela, Miriam Ventura, Sílvia Pimentel e Valéria Pandjarjian.

Sergio Antonio Fabris Editor

Fone (51) 3227-5435 ou

0800-516118

Direitos Reprodutivos no Brasil

Miriam Ventura

The John D. and Catherine T.

MacArthur Foundation

São Paulo, 2002, 134 páginas

O livro traça um panorama das leis que regulam os direitos reprodutivos e sexuais de mulheres e homens brasileiros. Miriam Ventura faz uma análise especializada da legislação e ao contextualizar várias questões, ajuda a(o) leitora(o) a fazer a ponte entre circunstância e direito.

Entre os documentos analisados, estão a Constituição Brasileira, o Programa Nacional de Direitos Humanos, o Estatuto da Criança e do Adolescente, além de tratados internacionais e um quadro de leis.

A Plataforma Feminista, as mulheres e os desafios no mundo do trabalho

Em 2002, foi realizada a *Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras* comprometida com o fortalecimento da democracia e a superação das desigualdades econômicas, sociais, de gênero, raça e etnia. O evento teve como prioridade mobilizar e articular entidades de mulheres de todo o País para definir uma *Plataforma Política Feminista*, no contexto das eleições de 2002. Na *Plataforma*, também foram apontadas proposições sobre justiça social e trabalho das mulheres, justiça social e trabalho doméstico.

Estes são alguns desafios apresentados aos governantes pelas mulheres:

- **Garantir e ampliar** direitos trabalhistas previstos na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e na Constituição.
- **Assegurar** o cumprimento das Convenções n. 100 (igualdade de remuneração), n. 111 (proibição de todas as formas de discriminação no emprego) ambas da *Organização Internacional do Trabalho* (OIT) e a ratificação da Convenção n. 156 (trabalhadores com responsabilidades familiares) pelo governo brasileiro.
- **Reduzir** a jornada de trabalho, sem perda de salários e de direitos, como uma das formas de combate ao desemprego e à desigualdade; lutar contra a implementação do banco de horas.
- **Eliminar** o trabalho escravo e o trabalho infantil, que vêm crescendo no país.
- **Fomentar** o estabelecimento de redes de trabalhadoras informais e organizações baseadas em interesses comuns, garantindo o reconhecimento do trabalho que atualmente é informal.
- **Reconhecer, regulamentar e regularizar** as profissões de artesã, agente comunitária de saúde, parteira tradicional e trabalhadora autônoma de coleta, reciclagem e venda de lixo.
- **Comprometer-se** com o estabelecimento de legislação sobre política de cotas para acesso ao mercado de trabalho, para combater as discriminações de gênero, raça/etnia e geração, promovendo a igualdade de acesso e a permanência no emprego.
- **Adequar** os programas de formação e qualificação profissional às necessidades das mulheres, tanto em termos de horários e locais de realização, como de oferta/conteúdo dos cursos oferecidos, favorecendo novas perspectivas profissionais às mulheres.

- **Elaborar** política para estimular meninas e jovens a seguir carreiras científicas e tecnológicas e garantir apoio social e material, assegurando a permanência das pesquisadoras nas comunidades científicas em condições de equidade.
- **Assegurar** proteção social e trabalhista à maternidade, garantindo acesso e permanência no emprego após o fim da licença-maternidade, a existência de berçários e creches nos locais de trabalho.
- **Garantir** a divulgação, por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho de acordo com sexo, cor e faixa etária – para que as empresas responsáveis por doenças, acidentes de trabalho e manutenção de situações de discriminação contra a mulher trabalhadora sejam punidas.
- **Assegurar** às trabalhadoras domésticas os mesmos direitos das trabalhadoras urbanas, tais como: jornada de trabalho de 44 horas semanais, seguro-desemprego, obrigatoriedade do recolhimento o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), hora-extra remunerada em 50% , no mínimo, férias de 30 dias e todos os benefícios previdenciários, inclusive o reconhecimento dos acidentes de trabalho como tais. Garantir que as trabalhadoras domésticas não se sintam coagidas a residir no local de trabalho e nem a realizar horas extras; e responsabilizar os/as empregadores/as pelo recolhimento dos encargos sociais.

ENCARTE

Visões feministas sobre biotecnologia

Um olhar feminista sobre biotecnologia

*Fátima Oliveira**

Pensar a biotecnologia, a partir de uma perspectiva feminista, possibilita incursionar por diferentes ângulos, desde as mulheres na ciência, a ciência e as mulheres até as mulheres e a ciência. Olhar de e para diferentes ângulos exige disposição para filosofar e filosofar, pois não é possível enveredar, com segurança, por caminhos tão fascinantes e, às vezes e ao mesmo tempo, medonhos, como os das biociências e da biotecnologia. Não é possível incursionar sem os aportes da filosofia, que nos instigam a estabelecer uma relação de cumplicidade com a arte de especular e o aprendizado de ser tolerante com a diversidade, mas também saber ser intolerante com os instrumentos de destruição da qualidade de vida e da dignidade humanas.

O escopo desse artigo é modesto, com limites inclusive de espaço, mas sobretudo do que cabe, ou não, em uma visão panorâmica circunscrita à abordagem da biotecnologia e suas interfaces com as biociências. Também as ressonâncias de ambas no cotidiano das mulheres, considerando que são campos epistemológicos cujas realidades podem desenhar cenários contemporâneos e de futuros benéficos, mas também maléficos. A biotecnologia é parte importante do que denominamos de biopoder que também pode ser usado com e para diferentes fins.

Atualmente a ciência e a tecnologia se desenvolvem exponencialmente e, conforme pensam especialistas em análises sociais, econômicas e políticas, chegamos ao Século da Biotecnologia. Desde o século passado, falava-se que a biotecnologia seria o carro-chefe da economia do século XXI. Para muitas pessoas é invisível, mas as atuais relações da ciência e da tecnologia com as mulheres são relações de poder. De modo que refletir sobre as decorrências do biopoder, que potencializam a opressão de gênero, é uma necessidade inadiável, sem direito a tergiversar.

Tentando não cair na vala simplista da dicotomia entre o “bem” e o “mal”, que na prática não tem contribuído filosófica, ética e politicamente para ampliar o saber e nem o embate de idéias, a nossa

pretensão é sensibilizar as feministas para que dirijam um olhar atento e crítico ao seu redor e percebam as decorrências, inclusive as sutis, do biopoder sobre a opressão de gênero.

Para tanto, a nossa tentativa é desenhar o “estado da arte” da biotecnologia – entendida como um conjunto de conhecimentos científicos e técnicos que possibilita ao ser humano associar, degradar ou sintetizar substâncias que compõem os seres vivos.

Biotécnicas: tradicionais e modernas

As biotecnologias podem ser classificadas em tradicionais e modernas. As primeiras, as antigas biotécnicas, resultam da observação, experimentação, erros e acertos. E da paciência de escolher e preservar os “resultados” que pareçam “melhores”. Não há dúvida que as biotécnicas constituíram saberes fundamentais à preservação e à continuidade da espécie humana. As biotecnologias surgiram da tradição hibridista (cruzamento entre espécies diferentes) e são, incluindo a manipulação genética, tão antigas quanto a história da humanidade.

As modernas biotécnicas – clonagem, engenharia genética, genômica e proteômica – resultam de processos de *manipulação biológica*, que não manipula a molécula da vida: o DNA (ácido desoxirribonucléico) ou da *manipulação genética*, que manipula o DNA, também denominada engenharia genética ou bioengenharia, que consiste em um conjunto de técnicas que manipula o gene (pedaço ou unidade funcional do DNA), por meio de conhecimentos científicos (físicos, químicos e biológicos) e de técnicas – processos de adição (transgenia); subtração (por destruição); substituição; mutagênese; desativação de genes – que conseguem reformar, reconstituir, reproduzir e até “fabricar” seres vivos não existentes na natureza.

A engenharia genética é uma biotecnologia, mas nem toda biotecnologia é engenharia genética. Para que uma biotecnologia seja “enquadrada” como engenharia genética é necessário que ela “manipule o DNA”.

O que denominamos de OGM (Organismo Geneticamente Modificado) é qualquer ser vivo criado por manipulação genética. Por exemplo, todo transgênico é um OGM, mas nem todo OGM é transgênico! Transgênicos são OGMs obtidos pela técnica da transgênese ou transgenia: adição de um gene estrangeiro (animal ou vegetal) a um genoma animal ou vegetal. Transgene é o gene adicionado ao genoma hospedeiro, sendo que o novo caráter conferido por ele é transmitido à descendência.

Isto é, a transgenia rompe as fronteiras entre as espécies, pois é germinativa – o novo padrão genético é hereditário – o que possibilita que qualquer ser vivo adquira novas características de vegetais, de animais ou de humanos. Um transgênico é para sempre. Uma vez transgênico, transgênico até morrer!

O conceito de gene “estrutura e unidade de função” está superado!

A engenharia genética, além de nova, está repleta de problemas científicos. O paradigma sobre o qual ela foi construída, o fatalismo genético e a estabilidade dos genes e dos genomas, é filosoficamente idealista, materialmente insustentável e, paulatinamente, está ruindo. Como têm reconhecido inúmeros cientistas, corroborando Mae Wan Ho, “*genoma estável é uma abstração*”. É norma geral da natureza viva: que meio ambiente e genes são visceralmente interdependentes e é impossível dizer qual é o mais importante.

Os estudos pós-Projeto Genoma Humano, no fundamental, o desenvolvimento da genômica, comprovam que o gene é mais uma teoria em fase de desmantelamento, do que uma concretude. Ou pelo menos, não se trata da concretude que as genéticas clássica e molecular nos fizeram acreditar: “*um locus fixo e unitário de estrutura e função, como também um locus de agência causal*”, como bem diz Evelyn Fox Keller, em *O século do gene*.

Ou seja, retornamos, sem muitas respostas ainda, a uma antiga indagação: o que é mesmo um gene, se ele não é, e tudo indica que não seja, uma unidade fixa de transmissão?

Cabe recordar que os produtos gênicos são as proteínas. Hoje sabe-se que um gene pode produzir várias proteínas. A antiga teoria “um gene-uma enzima (proteína)” deve ser substituída, até para genes estruturais, por “um gene-muitas proteínas”. E uma proteína, segundo Keller, “*pode funcionar de muitas maneiras diferentes, dependendo do contexto!*”

Tal teorização significa que o gene perde substancialmente a sua especificidade e o seu poder de ação gênica (o fatalismo genético). A novidade é que à teoria de “um gene-muitas proteínas”, agrega-se o alerta: “uma proteína-muitas funções.”

Keller, em *O século do gene*, afirma que o gene atualmente é um conceito em apuros e especula: “*O que é um gene, hoje? Quando ouvimos os modos pelos quais o termo hoje é usado pelos biólogos, descobrimos que o gene se tornou muitas coisas – não mais uma única entidade, mas uma palavra de grande plasticidade, definida somente pelo contexto experimental específico no qual é utilizada*”.

No feminismo, não há uma opinião unânime acerca da biotecnologia

Como concepção geral de luta contra a opressão vivenciada pelas mulheres, o feminismo é constituído por várias correntes de pensamento que se expressam politicamente em um movimento social aparentemente monolítico: o feminista. Na verdade, tendo como veio o pluralismo vigente, há diferentes opiniões feministas sobre praticamente todos os assuntos, porém há um elo que as une: a defesa dos direitos das mulheres e a busca de um mundo no qual as mulheres sejam cidadãs em plenitude.

O esperado é que haja diferentes visões feministas sobre biotecnologia, em especial sobre as bioengenhairadas. Embora o feminismo seja um movimento social que tem primado por resistir ao *satus quo*, embora muitas teóricas feministas se posicionem de maneira especulativa, crítica, cética ou contrária ao modo como a ciência e a tecnologia se estabeleceram e são aplicadas, podemos afirmar que inexistem uma opinião feminista unânime sobre ciência e tecnologia.

O feminismo não é, obrigatoriamente, anticiência e antitecnologia. Também não é um fundamento da ideologia feminista a sacralização e a intocabilidade da natureza, a sanha da saga da volta ao utópico “paraíso perdido” e nem o culto ao “tudo o que se sabe fazer deve ser feito” sem que importem os custos. A história já demonstrou que “não basta ser científico para ser ético”. Uma ideologia antiopressora, não pode, por “dever de ofício”, compactuar, por mais remota que possa parecer, com qualquer forma de opressão.

É ilustrativa a Declaração de Comilla (*Conferência Internacional sobre NTRc, Engenharia Genética e Saúde da Mulher*, Comilla, Bangladesh, 25 de março de 1989) por considerar “que as Novas Tecnologias Reprodutivas conceptivas (NTRc) são tecnologias perigosas e desumanizantes, além de classificá-las como práticas eugênicas”. As grandes referências dos debates sobre NTRc e engenharia genética, nos espaços coletivos feministas, são: *I Congresso da República Federal da Alemanha – Mulheres contra as Tecnologias Genéticas e Reprodutivas*, 1985/ Bonn, com 1800 participantes. *II Congresso*, 1988/ Frankfurt, com cerca de 2000 participantes. *Conferência Internacional sobre NTRc, Engenharia Genética e Saúde da Mulher*, 1989 Comilla/ Bangladesh, da qual participaram mulheres de 30 países. *Planeta Fêmea* – uma tenda das mulheres organizada no *Fórum Global* da Conferência da Sociedade Civil Paralela à *ECO-92*. (OLIVEIRA, Fátima. As novas tecnologias reprodutivas conceptivas a serviço da materialização de desejos sexistas, racistas e eugênicos? *Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v.9, n.2, p.99-112, 2001).

Vertentes do olhar

Da década de 1980 para cá, surgiram, no feminismo, três agrupamentos de idéias diante das biotecnologias e todas têm como fio condutor a postura diante da engenharia genética e das NTRc – Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas.

Uma delas é contra a regulamentação de qualquer biotecnologia que envolva manipulação genética que não as tradicionais. Trata-se de uma postura biofundamentalista.

Há uma posição bioliberal, em relação à biotecnologia do bebê de proveta, que exige o controle das NTRc pelas mulheres, segundo a visão de que as NTRc podem garantir a liberdade e a autonomia das mulheres nas decisões sobre procriação.

Em 1992, foi fundada a *Rede Internacional sobre Perspectivas Feministas para a Bioética (FAB – Feminist Approaches to Bioethics)* que congrega mulheres e organizações feministas de mais de 100 países e tem se pautado pela opção de embate nos meios acadêmicos da bioética, e pela luta por uma legislação e o estabelecimento de uma cultura ética que coíbam os abusos e incorporem o combate à opressão de gênero.

Desde junho de 2001, circula, com muito apoio, o *Manifesto do Coletivo do Livro Saúde das Mulheres de Boston sobre Clonagem Humana* propondo moratória de cinco anos para uso de embriões em pesquisa. O Manifesto também alerta que clonar humanos sedimenta a visão de humanos como mercadoria descartável.

Corroborando esse *Manifesto*, o *Ser Mulher – Centro de Estudos e Ação da Mulher Urbana e Rural* – organização feminista brasileira, que há sete anos atua na área de bioética, lançou, em setembro de 2001, a declaração “Não à Clonagem Humana”, que é: “*contra a clonagem humana como tecnologia reprodutiva e como ampliação dos direitos reprodutivos de homens e mulheres*”.

O *Ser Mulher* considera que as “coisas novas” das biociências levam a mudanças nas ações humanas e a graves riscos para o futuro de mulheres e homens, todavia “*oferecem grandes desafios teóricos para a compreensão das suas implicações, tanto no campo ético quanto político.*”

“*A clonagem humana constitui um ‘crime inafiançável’ contra a identidade e dignidade do ser humano. O Ser Mulher conclama a sociedade e, sobretudo, as mulheres a abrirem espaços de discussão corajosa, democrática e plural e a tomarem posições políticas e éticas sobre esses eventos. É necessário sermos responsáveis pela proteção do direito à autodeterminação das gerações futuras*”.

Para não nos alongarmos, vamos lembrar que o feminismo não pediu e nem recebeu procuração de todas as mulheres do mundo para falar em nome delas. Nenhuma feminista pode, eticamente, falar em nome do conjunto das feministas do mundo, em especial, no que diz respeito a temas polêmicos, ou quando não há uma posição consensual sobre eles.

A rigor, é possível dizer que não há no feminismo uma idéia única sobre biociências e biotecnologia, mas que, em linhas gerais, o feminismo desconfia da ciência e da tecnologia por conta do machismo e da misoginia, sobejamente documentados até nossos dias. Cabe pontuar a recente celeuma, de julho de 2002, sobre a chamada Terapia de Reposição Hormonal (TRH), que trouxe a comprovação do que, há anos, denunciávamos: a idéia da menopausa como uma doença e a sua medicalização são uma das faces da misoginia das biociências e da crueldade da prática médica sobre as mulheres.

Disponível em: www.observatoriodaimprensa.com.br/ofjor/ofc240720021.htm#

Biotechnology na Plataforma Política Feminista

Em 2002, decorrente de discussões que envolveram cinco mil e duzentas e doze mulheres nas Conferências Estaduais, foi realizada a Conferência Nacional de Mulheres Brasileiras à qual compareceram duas mil mulheres. Na Conferência, foram dados os retoques finais na Plataforma Política Feminista disponível em: www.redesaude.org.br e nos posicionamos sobre questões candentes da biotecnologia, tais como: transgênicos, reprodução assistida e clonagem reprodutiva humana.

Também opinamos sobre as dificuldades femininas e o machismo nos campos da ciência e da tecnologia, explicitando que o antídoto para a sub-representação das mulheres, em tais espaços, é a sensibilização de meninas e jovens. E, também, o incentivo material e ideológico, por meio de políticas públicas específicas, para que mais mulheres possam seguir e permanecer nas carreiras das áreas de ciência e de tecnologia.

Um número expressivo de feministas formulou que por serem a ciência e a tecnologia tão importantes para a humanidade, é imprescindível que as mulheres possam protagonizá-las com igualdade.

Leiamos no parágrafo 170: *“Elaborar uma política específica que vise estimular as meninas e as jovens para as carreiras científicas e tecnológicas, bem como garantir o apoio social e material para*

assegurar a permanência das mulheres pesquisadoras nas comunidades científicas em condições de equidade” .

No parágrafo 102: *“Exigir a moratória nacional e internacional por tempo indeterminado à liberação de organismos transgênicos para o cultivo, comercialização, consumo e experimentação a céu aberto, devido aos riscos que representam para a saúde humana, para o meio ambiente, para a sustentabilidade da agricultura e para a economia nacional” .*

No parágrafo 249: *“As novas tecnologias reprodutivas têm seu acesso restrito a quem possa pagar por elas. Não são regulamentadas em lei, o que favorece a criação de um verdadeiro mercado, sem controle e acompanhamento e o uso de muitas mulheres e homens como cobaias de pesquisas. Além disso, as possibilidades abertas pela ciência acabam por restringir essas novas alternativas de reprodução a casais heterossexuais, não alcançando as novas formas de família, de alguma maneira já reconhecidas pela Justiça. As novas tecnologias reprodutivas ainda contêm processos inseguros e experimentais; logo, a biossegurança delas precisa ser garantida para o seu pleno exercício.”* Tal decisão é complementada pelo parágrafo 250: *“Posicionamo-nos contrariamente à clonagem reprodutiva humana”.*

Considerando que a *Plataforma Política Feminista* representa as idéias consensuais mais recentes do feminismo no Brasil, cabe ressaltar que ela significa um corajoso avanço, tanto simbólico quanto político. Se nos detivermos tão-somente aos pontos relativos às biociências e à biotecnologia, tendo em conta que somos um movimento plural, é possível afirmar, especialmente nos pontos mencionados, que o feminismo brasileiro atingiu maturidade suficiente para emitir posições vigilantes, prudentes e ponderadas sobre tais assuntos.

Aprender o bê-á-bá da ciência e da tecnologia

Oliveira (1994), afirmou, não sem razão, que a história da humanidade pode ser analisada com precisão se a dividirmos em pré e pós engenharia genética, pelos aportes carreadores de mudanças, sociais, econômicas, culturais e políticas, embora a engenharia genética seja uma “coisa nova”. (OLIVEIRA, Fátima. Para onde caminha a humanidade sob o signo das *bios* (tecnologia e ética)? **Saúde em Debate**, Londrina, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde-CEBES, n. 45, p.32-37, dez./1994).

Urge que a sociedade encontre os caminhos de participação qualificada nos debates e nas decisões relativas à biotecnologia. O feminismo não pode se abster. Não é obrigatório ser a favor ou

contra, por sinal, na maioria das vezes, apenas temos dúvidas. Porém devemos ter “conhecimento de causa”, capaz de aguçar a nossa consciência crítica o suficiente para alicerçar as nossas decisões em situações de conflito.

Embora a *Plataforma Política Feminista* tenha conseguido opinar sobre temáticas tão novas em nosso país, o debate sobre esses assuntos, no movimento de mulheres, ainda é incipiente e aglutina poucas pessoas. Precisamos desenhar os meios que ampliem e aprofundem tais discussões entre nós.

Um deles, não há dúvida, é a “alfabetização em ciência e tecnologia”, indispensável para a ação e a reflexão bioética, a ética da vida, hoje uma das trilhas que levam à cidadania.

* Fátima Oliveira. *Médica. Eleita secretária executiva da Rede Feminista de Saúde, tomará posse em dezembro de 2002.* Autora de *Engenharia genética: o sétimo dia da criação* (Moderna, 1995); *Bioética: uma face da cidadania* (Moderna, 1997); *Oficinas mulher negra e saúde* (Mazza Edições, 1998); *Transgênicos: o direito de saber e a liberdade de escolher* (Mazza Edições, 2001); *Clonagem e manipulação genética humana: mitos, realidade, perspectivas e delírios* (CNDM, 2002); e o ensaio “Estado da arte” da reprodução humana assistida (CNDM, 2002).

E-mail: fatimao@medicina.ufmg.br

Biotecnologia, por quê?

Alejandra Rotania*

A reprogramação da vida é notável se observarmos, com atenção, a divulgação das experiências e realizações biotecnológicas: rosas com cheiro de limão; tomates que não amassam; soja transgênica. Animais transgênicos: ovelhas com genes humanos; clones de rato a partir de óvulo de vaca; clones de porcos e macacos. Segundo já foi assinalado, está em curso a era dos híbridos, dos clones, da indiferenciação sexual e dos cyborgs – seres cibernéticos.

Mas por que esses fatos e o tema da biotecnologia devem interessar às pessoas que trabalham na área da saúde? Por que devem interessar, especificamente, ao movimento de mulheres que atua na área da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos?

Porque esses fatos fazem parte do cenário mundial contemporâneo e, por meio de variadas e sutis formas, estão presentes na vida cotidiana, embora velados ou invisíveis. Essa presença – acrescentada aos problemas dos países pobres como a fome, a falta de acesso aos serviços de educação e saúde, a morbi-mortalidade das mulheres por parto ou aborto clandestino – configura um mundo de extrema complexidade e de risco, que apresenta desafios inéditos para todos aqueles e aquelas que buscam justiça, equidade, dignidade e integridade da pessoa humana, dos grupos e dos povos.

Interessa também porque esses fatos dizem respeito ao conhecimento, ao saber, à ciência, à técnica, à cultura, à economia, à política, à sociedade, ou seja, ao fazer e ao agir em relação a todos os eventos da vida. Cabe lembrar que o feminismo emerge, como pensamento e ação, visceralmente comprometido com a vontade ético-política de propor outras facetas da vida social e das relações humanas com a natureza, questionando a cultura e projetando mudanças.

A bio-tecno-ciência, a biotecnologia dizem respeito não só a questões relativas ao saber técnico-científico, mas a questões essenciais da vida humana, da vida das mulheres, do meio ambiente, da saúde, do futuro e da autodeterminação. As informações que essas questões propiciam são subsídio para a análise, a reflexão e a ação política. Desde, é claro, que se parta de uma perspectiva que supere fragmentações, especializações e isolamentos dos campos do saber e da ação correspondentes à saúde, à reprodução, à medicina, à biologia e à qualidade de vida.

Nada será como antes

Algo mudou na passagem das biotecnologias clássicas para as modernas, embora o reconhecimento dessa mudança, de natureza epistemológica, ética e filosófica, não seja consenso entre os estudiosos e ainda configure um terreno polêmico de análise.

A partir da segunda metade do século XX, a biotecnologia apresenta um desenvolvimento vertiginoso. Em articulação estreita com outros setores do conhecimento e do campo produtivo, tais como a informática, a cibernética e a nanotecnologia (re-engenharia da estrutura atômica da matéria), a biotecnologia transforma-se em um dos eixos da nova ordem econômica mundial.

Esse modelo apresenta uma relação indissolúvel entre ciência, tecnologia e indústria, de forma a ter aumentado, em termos de complexidade, as relações entre os países, perturbando as concepções clássicas das neutralidades do conhecimento e da técnica. Também transformando a informação e os recursos biológicos em novos valores de mercado, por meio de uma complexa

manipulação econômica para a reprogramação do trabalho e da vida, alterando as fronteiras clássicas das diferenças estabelecidas entre animais, coisas, máquinas, vida, morte, orgânico e inorgânico. Tudo isso favorecido por um contexto de vacuidade ética e de concentração de poder político e econômico .

Do ponto de vista econômico, a biotecnologia tem dado lugar a uma intensa concentração de capital e ao aumento do poder das corporações multinacionais. As 500 empresas globais, relacionadas na *Fortune Magazine*, em meados de 2002, e suas áreas de produção revelam a fusão de setores (alimentos, medicamentos, sementes, produtos bioquímicos, atenção à saúde, cosméticos, genômica, biomateriais etc) e de capital. Segundo estudo realizado pelo *Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas* (PNUD), o valor das fusões na indústria biotecnológica global (excluindo a farmacêutica) elevou-se de nove mil e trezentos milhões de dólares, em 1988, para mais de cento e setenta e dois milhões de dólares, em 1998.

Nos primeiros meses do ano de 2000, as fusões de companhias farmacêuticas alcançaram um valor próximo aos cem milhões de dólares. Também é relevante lembrar o potencial futuro das aplicações militares da biotecnologia, com a manipulação dos microorganismos agentes patogênicos transformados em armas biológicas.

A grande concentração econômica das corporações multinacionais aponta para a natureza de um poder político, especializado, centralizado e denso. E para as questões da correlação de forças nesse campo e nos processos de desenvolvimento e de garantia da autodeterminação dos povos.

Na instância política, destaca-se a necessidade do controle social sobre a liberdade científica, as pesquisas e as tomadas de decisão política que se expressam nas políticas públicas e nas diretrizes norteadoras do desenvolvimento dos povos.

Impactos de primeiro grau

Do ponto de vista do conhecimento, a biotecnologia demanda sua privatização e monopólio, como podemos acompanhar pelas discussões sobre patentes e propriedade intelectual dos acordos TRIPS/OMC. O tema apresenta complexidade técnica, turbulência ideológica, interpretações ético-políticas diferenciadas e informações inestimáveis. Visando uma aproximação básica, vale um esforço associativo para ilustrar a abrangência e a vinculação do tema com questões mais conhecidas.

Os avanços da biologia contemporânea provocam impactos nos campos da saúde, da reprodução, da medicina, do meio ambiente e dos ecossistemas. Se a biotecnologia, no sentido amplo, opera no campo da vida, seja ela manipulação biológica ou genética, ela tem a ver com a intervenção e manipulação tecnológica da matéria orgânica e de tudo o que é vivente.

Toda célula viva pode, teoricamente, ser reprogramada para desempenhar qualquer função no organismo. Pode-se intervir nos genes de qualquer célula do corpo. Se essa intervenção ocorrer nas células sexuais será uma manipulação genética hereditária, que afetará os descendentes. A reprodução, propriedade fundamental dos seres vivos, passa a ser objeto tecnológico.

Microorganismos, sementes, alimentos geneticamente modificados podem produzir impactos na saúde humana e nos ecossistemas. Há no mundo, 55 milhões de hectares semeados com Organismos Geneticamente Modificados (OGMs). Os especialistas não têm como garantir, a curto e a médio prazo, que eles sejam inócuos e que não atentem contra a diversidade biológica.

No campo da saúde e dos OGMs, proliferam as experiências com as biodrogas e a terapia genética. Tende-se a analisar a chamada Reprodução Assistida como desvinculada desse campo de desafios. Contudo, os chamados medicamentos ou substâncias recombinantes, isto é, produzidos por engenharia genética, já estão sendo utilizados nos programas de Fertilização in Vitro (FIV). Por exemplo: as mulheres submetidas a processos de FIV poderão utilizar a gonadotrofina humana, produzida por engenharia genética, para otimizar a ovulação.

Não há dados científicos que garantam a segurança da agricultura de OGMs, portanto, na área de medicamentos, ainda não se sabe quais podem ser as conseqüências sobre a saúde das mulheres e das gerações futuras.

As mulheres precisam estar atentas

Por exemplo, a perspectiva crescente de novas tecnologias no campo da reprodução humana – impossíveis de serem aqui minimamente listadas – apresentam fronteiras diluídas entre a manipulação biológica e a genética, oferecendo novos objetos e elementos de análise do ponto de vista social, econômico, político, cultural e moral.

A biotecnologia não só apresenta determinantes e imbricações com as tecnologias conceptivas, como há experiências, em curso, na área da contracepção para incorporar procedimentos por engenharia genética.

Recentemente, em San Diego (EUA) a empresa de biotecnologia *EpicYTE* utilizou milho modificado geneticamente com material genético humano, o que possibilitou fabricar uma geléia (oral) ou um gel (vaginal) com o objetivo de criar anticorpos para a gravidez.

O leque de diagnósticos e testes, no campo da saúde humana, abriu-se de forma vertiginosa a partir do processo de desenvolvimento e dos resultados do Projeto Genoma Humano (PGH). A título de ilustração, podem-se mencionar os inúmeros testes e diagnósticos a serem aplicados às mulheres grávidas no pré-natal.

Os testes e diagnósticos genéticos de alta tecnologia, decorrentes da biologia molecular e da genômica, oferecem aspectos a serem analisados do ponto de vista das políticas públicas, dos riscos e benefícios, da equidade e da justiça.

A Fertilização *in vitro* (FIV) e todas as suas variantes tecnológicas se articulam à pesquisa embrionária, à medicina preditiva e aos processos não curativos de seleção. O diagnóstico pré-implantacional (DPI) – análise da qualidade embrionária e seleção – abre perspectivas de manipulação do embrião ou pré-determinação do sexo antes da transferência ao útero. E esse é só um exemplo.

Feministas, de todo o mundo, avaliam o DPI considerando as implicações da seleção sexual embrionária e os possíveis desvios e usos indevidos em contextos políticos, sociais e culturais específicos de grande discriminação contra as mulheres.

A clonagem, já utilizada no campo de microorganismos, vegetal e animal, apresenta-se como perspectiva reprodutiva humana assexuada e assexual, bem como um procedimento para a fabricação de órgãos para transplantes.

Finalmente, é preciso destacar que o “estado atual da arte” no campo da bio-tecno-ciência deflagra questões que dizem respeito à relação entre os direitos individuais e os direitos sociais e coletivos, à formulação de políticas públicas, à necessidade de socialização das informações, de elaboração de novas pedagogias.

Todas essas questões devem propiciar a reflexão, democrática e aberta, da configuração de novos campos de controle social. Os desafios da era biotecnológica demandam respostas e ações à altura da sua dimensão.

* Alejandra Rotania é mestre em ciências sociais e doutora em engenharia de produção; coordenadora executiva de projetos e programas do *Ser Mulher – Centro de Estudos e Ação da*

Mulher, Nova Friburgo/RJ, filiado à *Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*. Professora visitante da *Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro*; professora de Bioética na *Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá*. Membro representante de usuários da *Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CONEP do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão de Uso e Acesso ao Genoma Humano da Secretaria de Políticas Sociais do Ministério da Saúde*. Organizadora de *Bioética: vida e morte feminina* (RedeSaúde, 2001). Autora de *A celebração do temor: biotecnologias, reprodução, ética e feminismo* (E-papers Serviços Editoriais, 2001); e de vários artigos publicados.

E-mail: sermulher@netflash.com.br

Para saber mais:

HARAWAY, Donna. Um manifesto para os cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org.). **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994. Parte III, Cap.21.

LABRUSSE-RIOU, Catherine. La vérité dans lê droit dès personnes. In: EDELMAN, Bernard; HERMITE, Marie-Angele. **L’Homme, la nature et lê droit**. Paris: Cristian Bourgois, 1988.

MOONEY, Pat Roy. **El siglo ETC: erosión, transformación tecnológica y concentración corporativa en el siglo 21**. Uruguay: Editorial Nordan-Comunidad, 2002.

ROTANIA, Alejandra. **A celebração do temor: biotecnologias, reprodução, ética e feminismo**. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2001.

SANTOS, Laymert Garcia dos. Invenção, descoberta e dignidade humana. In: EMERICK, Maria Celeste; CARNEIRO, Fernanda. **Recursos genéticos humanos: limites ao acesso**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

Glossário

biotecnologia – palavra formada por três vocábulos de origem grega: bios = vida; techno = técnica; e logos = estudo. Literalmente, é o estudo das técnicas aplicadas ao estudo da vida, ou seja, o estudo de todas as técnicas e processos biológicos para a elaboração de produtos.

clonagem – processo de reprodução assexuada, ou reprodução que prescinde do “sexo”, que ocorre na natureza (caso dos gêmeos univitelinos). Também é uma biotecnologia por meio da qual são produzidas cópias de células ou de genes.

clonagem clássica ou tradicional – necessita do gameta feminino e do masculino, portanto, óvulo fecundado por espermatozóide.

clonagem tipo Dolly ou de última geração – não necessita do gameta masculino, pois usa o núcleo de uma célula somática “adulta” (diferenciada) que contém a totalidade do patrimônio genético que possibilita gerar um novo ser.

engenharia genética – conjunto de saberes e técnicas, oriundos da química, da física e da biologia, que consiste em manipular seres vivos no âmbito do gene. A rigor, houve invenção da técnica (engenharia genética), cujos processos, no fundamental, não constituem uma invenção, pois degradar, associar e sintetizar a matéria orgânica é algo tão antigo quanto a vida. Manipular genes é um processo que se dá na natureza, desde sempre. Os genes se automanipulam. O que a engenharia genética faz, hoje, nada mais é do que uma imitação, em escala industrial, daquilo que a natureza realiza.

gene – pedaço ou unidade funcional da molécula de DNA, responsável pela transmissão da herança, que se encontra, em geral, no núcleo celular, cuja única finalidade é produzir proteínas. O DNA é o elo entre todos os seres vivos. A vida biológica está contida em uma molécula de DNA.

genética – do grego, *gênesis*: origem. Estudo dos genes, isto é, das estruturas que contêm e transmitem a hereditariedade.

genética mendeliana ou genética clássica – estudo do gene conforme os princípios que regem a hereditariedade (Leis de Mendel), estabelecidos, em 1865, pelo monge austríaco Johann Gregor Mendel. Tornou-se disciplina, em 1901, quando o geneticista inglês William Bateson cunhou o termo *genética* com o significado de estudo dos fenômenos da hereditariedade. Os discípulos de Morgan

(Escola de Morgan) promoveram o “encontro” da *genética mendeliana* (das unidades de transmissão da hereditariedade) com a *seleção natural* de Darwin/Wallace (as influências do meio ambiente).

genética molecular – estudo do gene em âmbito molecular. Enquanto a genética clássica se ocupa da observação e da explicação dos fenômenos, tais quais são percebidos na natureza e de como se transmitem os padrões da hereditariedade, a genética molecular é invasiva, ou seja, intervém nos mecanismos físicos e químicos que ocorrem no DNA, não apenas para observá-los, mas também para reproduzi-los, com o objetivo de elaborar novas combinações genéticas: novas vidas!

genômica – é a biotecnologia que possibilita o estudo dos genes e consiste em *mapear* (descobrir onde está cada gene) e *seqüenciar* (descobrir em que ordem estão os pares de bases nitrogenadas, que no DNA são: A = Adenina; G = Guanina; C = Citosina; e T = Timina). A genômica dedica-se a identificar os genes de cada espécie, onde eles estão no genoma e qual a sua estrutura. Mas, com certeza, o futuro da genômica, além do *mapeamento* e do *seqüenciamento*, será também o da *decodificação* (funcionamento) dos genes.

projetos genomas – são da área da genômica os chamados projetos genomas, os mais famosos são o PGH (Projeto Genoma Humano) e o PDGH (Projeto da Diversidade do Genoma Humano ou Projeto da Diversidade Genômica Humana). O PGH, iniciado em 1990 e oficialmente concluído em junho de 2000, foi constituído como um consórcio científico dos países ricos para mapear e seqüenciar o código genético e elaborar o mapa dos genes humanos. O PDGH, iniciado em 1992 e ainda inconcluso, se propõe a estudar amostragens representativas do genoma de populações ancestrais, para estabelecer a árvore genealógica humana; elaborar a história das migrações e definir com maior precisão a origem do *homo sapiens*, por meio do perfil genético de populações representativas dos cinco continentes.

proteômica – estudo dos produtos gênicos: as proteínas. Está em curso, em várias partes do mundo e de maneira independente, o Projeto Proteoma que visa realizar um mapa das proteínas. A palavra “proteômica” foi cunhada, em 1995, por John Wilkins, atual diretor do *Centro de Proteômica de Winnipeg*, no Canadá. Como regra geral, as proteínas são estudadas isoladamente, porém a proteômica engloba o estudo amplo de todas as propriedades das proteínas, isoladamente e em interação com o organismo. Tal saber, aliado aos conhecimentos sobre o genoma humano, será de muita utilidade. Espera-se, para breve, a concretização da Rede Nacional de Proteômica do Brasil, integrada por Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Brasília, que possui um dos laboratórios pioneiros no estudo do proteoma, na Universidade de Brasília (UnB).

Um pouco de história

Em 1972, o *Journal of the American Medical Association* publicou um profético editorial sobre clonagem: *Será que é isso mesmo que queremos?* A perspectiva de que a clonagem humana ‘vem aí’ provoca fascinação, esperança e pânico. O horror agora é o fracasso da Advanced Cell Technology que criou embriões humanos por meio de dois métodos: clonagem tipo Dolly e partenogênese via estimulação química do óvulo.

Em julho de 2001, noticiaram as hipotéticas ‘Filhinas da mamãe’, técnica criada pela Dr^a. Orly Lacham-Kaplan, Universidade de Monash, Austrália, que torna o espermatozóide obsoleto, pois a fecundação ocorre através do material genético de células do corpo. A *Declaração Universal dos Direitos Humanos e do Genoma Humano* (Unesco, 1997) proíbe a clonagem. Cerca de 30 países a adotam ou só permitem pesquisas com fins terapêuticos – células-tronco para obter órgãos e remédios.

O Comitê Internacional de Bioética da Unesco, em abril de 2001, admitiu, diante da pluralidade de opiniões (para alguns, um modo de reprodução), que é ética a ‘fabricação’ de células-tronco da etiqueta *Homo sapiens* e condena a gravidez de ‘embrião criado dessa forma’.

Para amainar os ânimos, fala-se, retoricamente, em clonagem reprodutiva e terapêutica, cujas fronteiras são uma abstração diante do esquecimento que os ‘deuses da ciência’ ainda não sabem se as células-tronco possuem efeitos curativos! Caso seja verdadeiro, é indispensável que elas sejam oriundas de ‘fazendas de embriões clonados’? Se prestam à mesma finalidade as células-tronco de adultos, do cordão umbilical e de embriões não clonados abandonados – resultantes da má técnica da Fertilização *in vitro* (FIV), assim como a gravidez múltipla, pois ainda não se sabe fabricar bebês na quantidade solicitada.

A idéia é a ‘clonagem terapêutica’ usar embriões órfãos saudáveis, cujo destino seria o lixo, sob o argumento que desperdiçar embriões que podem ‘servir à ciência’ é um descalabro. Mas será menos pior permitir a fabricação de embriões sobressalentes, oriundos de óvulos amadurecidos à força pela super-hormonização, para que sejam matéria-prima de ‘peças’ humanas?

As visões críticas a respeito da clonagem humana não são monopólio de conservadores e nem de biofundamentalistas. Nossas responsabilidades para com as gerações futuras devem nortear nossas indecisões, conflitos, angústias e decisões. Vale a máxima da prudência, da decência e da

ética: “Nem tudo o que se sabe fazer, deve ser feito”. Lembrando também que: “Não basta que seja científico para que seja ético”. Conclusão: cautela e biossegurança são essenciais para a ética da responsabilidade.

A defesa da espécie humana talvez seja a precaução e a intolerância bioética para com o bioliberalismo que crê que “tudo o que se sabe fazer, deve ser feito”, até futilidades terapêuticas, depois “a gente vê onde vai dar”. A pesquisa básica e aplicada; as biopatentes e a mercantilização de embriões humanos são negócios rentáveis e prometem lucros, aos borbotões, com o advento da clonagem terapêutica, matriz também de produtos de células embrionárias na ‘medicina de aprimoramento’, uma proposta cuja base doutrinária, a eugenia, é racista.

Em 1993, Jerry Hall e Robert Stillman obtiveram embriões humanos via clonagem tradicional e declararam que visavam ampliar as possibilidades da FIV. Jacques Testart, um dos pioneiros do bebê de proveta, em 1980, afirmou: “Ninguém pode duvidar que a extração do ovo fora do corpo será ensejo para novos artifícios com o objetivo de resolver problemas médicos”, assim como “Não se pode estimar *a priori* que o novo seja inofensivo, pois só é avaliado após a sua aplicação”. (OLIVEIRA, Fátima. Casas de peças... humanas. **O Tempo**, Belo Horizonte, 2 de dezembro de 2001).

O “estado da arte” dos transgênicos*

No mundo vegetal, as realizações transgênicas de maior vulto são: plantas resistentes aos herbicidas, aos vírus e ao stress abiótico; amadurecimento retardado de frutos; alteração da qualidade nutricional ou do sabor; fabricação de plantas inseticidas; aumento da produção de substâncias úteis; produção de plantas ornamentais exóticas e de plantas biorreadoras e busca de um caminho que elimine a necessidade de adubo.

Há porcos, camundongos, carpas e dourados transgênicos de humanos, com o gene do hormônio do crescimento humano. Na pecuária, a transgênese é realizada para acelerar o crescimento e aumentar o peso; para a “fabricação” de substâncias úteis, em geral remédios; e para a “humanização” de animais objetivando transplantes em seres humanos.

A indústria farmacêutica tradicional (química) tem investido nas biofábricas. Já “estão na praça”: o hormônio do crescimento humano; ovelhas e camundongos que receberam genes humanos e “fabricam”, no leite, um remédio contra o infarto, chamado TPA – Ativador do Plasminogênio Tissular. O fator IX da coagulação do sangue – produzido em ovelhas que receberam genes humanos nas glândulas mamárias.

São também transgênicos: a insulina humana; as interleucinas; os interferons; os fatores de crescimento de glóbulos brancos e a eritropoietina recombinante (substituta das transfusões sanguíneas).

A transgenia em animais e em vegetais, no campo farmacêutico e médico, a exemplo da área alimentar, não tem sido monitorada a contento e nem é precedida de pesquisas que garantam a biossegurança e a inocuidade. As solicitações de monitoramento de efeitos colaterais na saúde humana, não são respondidas com pesquisas para dirimir eventuais dúvidas, como exige uma postura ética. Elas são respondidas com tentativas de desqualificação científica, moral e política de quem apresenta as queixas.

O mais danoso é que a indústria farmacêutica costuma exigir reparação financeira, por alegados danos morais, frente a qualquer queixa contra os seus produtos, o que é um freio ao debate ético.

Animais transgênicos: humanizados, bizarros e fluorescentes!

Genes humanos têm sido adicionados ao patrimônio genético de animais, visando imitar o funcionamento do organismo humano. Embora tenham demonstrado utilidade na pesquisa básica, alguns animais transgênicos são bizarros. Exemplos:

Polly (1997), cognominada de a “ovelha humana”, transgênica de humano. Polly é literalmente uma monstrosidade genética que, em si, é uma bomba biológica. As células que a originaram foram, deliberadamente, infectadas com o “mal da vaca louca”, a Encefalopatia Espongiforme Bovina (BSE) – que em humanos recebe o nome da nova variante da doença Creutzfeld-Jacob (CVJD), cuja origem é desconhecida e não se sabe exatamente quais os seus efeitos.

Alba é uma coelha transgênica criada no *Instituto Nacional de Pesquisa Agrônômica da França*. Ela recebeu um gene com o código da proteína GFP (proteína verde fluorescente), presente naturalmente em medusas, que emite luz quando ativada por íons de cálcio.

ANDi (“DNA inserido”) é o primeiro macaco transgênico, um *rhesus*, que recebeu o gene da proteína GFP, oriundo de água-viva. Foi “fabricado”, em outubro de 2000, na *Universidade de*

Ciências Médicas do Oregon. A “tecnologia ANDi” pode ser usada para reproduzir doenças humanas em primatas, tais como: diabetes, câncer de mama e aids, visando encontrar uma maneira de bloqueá-las geneticamente.

Para a União Britânica contra a Dissecção Animal: *“usar camundongos já é ruim o suficiente, mas brincar de Deus com os primatas é moralmente repugnante”*.

Vegetais transgênicos: impactos ambientais e na saúde humana

Embora alguns cientistas digam que os transgênicos, em geral, não fazem mal, até hoje não conseguiram comprovar ou dar alguma garantia de que os transgênicos não prejudiquem a saúde. Outros cientistas, mais prudentes, exigem mais pesquisas, pois sabem que há pistas de que os transgênicos possam fazer mal à saúde, além do que *“em ciência: não estar provado, não significa que não exista”!*

Os impactos dos transgênicos no ambiente e na saúde humana ainda são uma incógnita. Faltam pesquisas suficientes para provar que eles são “do bem” ou “do mal”. Mas os perigos potenciais dos transgênicos são previsíveis. No meio ambiente há probabilidade de fenômenos, já comprovados, como: transferência horizontal de material genético, erosão e poluição biológica. Em humanos: alergias, toxicidades, diminuição da resistência às infecções e aumento da resistência aos antibióticos.

* Extraído de OLIVEIRA, Fátima. Transgênicos: dilemas do biopoder. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, Ano IV, n.8, p.22-25, ago./2001.