

# Mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários: condições de vida, trabalho e violência de gênero\*

WOMEN WORKING AT UNIVERSITY RESTAURANTS: LIFE AND WORK CONDITIONS AND GENDER-BASED VIOLENCE

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

Kelly Cristina Máxima Pereira Venâncio<sup>1</sup>, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca<sup>2</sup>

## RESUMO

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

## DESCRITORES

Identidade de gênero  
Violência contra a mulher  
Processo saúde-doença  
Hierarquia social

## ABSTRACT

This is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach that aimed to understand the social production and reproduction processes of women working at university restaurants and the occurrence and the magnitude of gender-based violence committed against them by their intimate partners. The data were collected through semi-structured interviews. The analysis categories used were social production and reproduction, gender and gender-based violence. The interviewees held a subordinate social position during the productive and reproductive periods of their lives. Approximately 70% reported having experienced gender-based violence from an intimate partner (66% psychological violence, 36.3% physical violence and 28.6% sexual violence). Most of the health problems resulting from violence were related to mental health. The results indicate that the situation requires immediate interventions, mostly guided by the instrumentalization of these women and the support by the state and the university as appropriate to address violence.

## DESCRIPTORS

Gender identity  
Violence against women  
Health-disease process  
Hierarchy, social

## RESUMEN

Estudio exploratorio y descriptivo desde una perspectiva cuantitativa que tuvo por objetivos: conocer los procesos de producción y reproducción social de mujeres trabajadoras de restaurantes universitarios y la ocurrencia y la magnitud de la violencia de género cometida por sus parejas íntimas, contra ellas. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas semiestruturadas. Las categorías de análisis utilizadas fueron producción y reproducción social, género y la violencia de género. Las entrevistadas ocupan una posición de subalternidad social en los momentos productivo y reproductivo de la vida. Cerca del 70% refirieron violencia de género perpetrada por su pareja íntima (66% sufrieron violencia psicológica, 36.3% violencia física y 28.6% sexual). La mayor parte de los problemas de salud a consecuencia de la violencia tenían alguna relación con la salud mental. Los resultados indican que la situación exige intervenciones inmediatas pautadas principalmente por la preparación y empoderamiento de esas mujeres; en el apoyo del Estado y de la Universidad para el enfrentamiento de la violencia de acuerdo a su realidad.

## DESCRIPTORES

Identidad de género  
Violencia contra la mujer  
Proceso salud-enfermedad  
Jerarquía social

\* Extraído da dissertação "A magnitude da violência de gênero entre as mulheres trabalhadoras de restaurantes universitários", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012. <sup>1</sup> Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeira da Coordenadoria de Assistência Social da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. kelly.pereira@usp.br <sup>2</sup> Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mgsfon@usp.br

## INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno histórico socialmente determinado que vem se manifestando e deixando rastros ao longo da história da humanidade. Recentemente, tem sido tema de discussão nos cenários nacional e internacional, dada sua repercussão econômico-social e na saúde dos indivíduos. Visando à padronização do conceito para melhor estabelecer políticas e estratégias para o seu enfrentamento, organismos internacionais definiram violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação<sup>(1)</sup>.

Para fins de classificação, a violência, segundo o autor da agressão, pode ser: contra si mesmo ou auto-infligida (refere-se a comportamentos suicidas, agressões a si próprio e automutilações), interpessoal (intrafamiliar ou cometida por parceiro íntimo) e a comunitária e coletiva (uso instrumental da violência por pessoas que se identificam como membros de um grupo hierarquicamente à frente de outro grupo ou conjunto de indivíduos)<sup>(1)</sup>.

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

Qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta ou que provavelmente resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada<sup>(2)</sup>.

Com relação às mulheres que relataram ter sofrido agressão física por um parceiro íntimo em alguma ocasião de suas vidas, resultados de pesquisas sobre violência contra a mulher<sup>(1)</sup> realizadas em 48 países evidenciaram um percentual de 69% nos locais com taxas mais altas, porém nunca inferior a 10% nos países com incidência mais baixa, mostrando que essa forma de violência está presente em uma quantidade considerável de países, a despeito de inúmeras diferenças sociais e culturais.

Na América Latina, a violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo, em suas manifestações físicas, psicológicas e sexuais, tem alta prevalência, muito embora não se reflita nos dados oficiais, dada a subnotificação do fenômeno. A alta prevalência é constatada em estudos baseados em estimativas probabilísticas aplicadas a amostras populacionais representativas desses países<sup>(3)</sup>.

No Brasil, um estudo de base populacional que verificou a ocorrência de violência contra mulheres constatou que 43% das entrevistadas declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida, sendo que um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados foram os principais agressores, variando de 88% de autores de tapas e empurrões a 79% de perpetradores de relações sexuais forçadas<sup>(4)</sup>.

Há estudos<sup>(1-2,4-7)</sup> que tratam da relação entre a violência doméstica e agravos à saúde das mulheres de ordem social, física, mental e emocional, além de outros que demonstram maior vulnerabilidade ao agravo por parte das mulheres que lidam com atividades ligadas ao espaço da casa como donas de casa, faxineiras, copeiras, serventes e empregadas domésticas.

A presente investigação teve por objetivos conhecer os processos de produção e reprodução social e a magnitude da violência de gênero cometida por parceiros íntimos entre trabalhadoras de restaurantes universitários. Tomou como objeto o perfil de produção e reprodução social destas mulheres e como o fenômeno da violência de gênero manifesta-se entre elas, para responder as seguintes questões: Quais os perfis de produção e reprodução social de trabalhadoras de restaurantes universitários? Qual a magnitude do fenômeno da violência entre essas mulheres e seus parceiros íntimos?

Espera-se que as informações obtidas possam subsidiar intervenções junto a essas trabalhadoras no que se refere ao enfrentamento e à superação de situações de violência, aprimorando as intervenções existentes ou instituindo novas formas de reconhecimento e enfrentamento das situações de violência.

Há estudos que tratam da relação entre a violência doméstica e agravos à saúde das mulheres de ordem social, física, mental e emocional, além de outros...

## MÉTODO

Trata-se de uma investigação quantitativa de caráter exploratório e descritivo, ancorada na Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TI-PESC) que é

a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e à doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado<sup>(8)</sup>.

Compreende a captação da realidade objetiva, a interpretação dessa realidade, a construção do projeto de intervenção, a intervenção propriamente dita e a reinterpretção da realidade objetiva. Neste estudo, foram abordados com maior aprofundamento o primeiro e o segundo momentos, destacando-os dos outros, mas sem perder de vista o caráter de totalidade e interpenetrabilidade do fenômeno<sup>(8)</sup>.

As categorias de análise utilizadas foram produção e reprodução social, gênero e violência de gênero. Gênero pressupõe a compreensão das relações que se estabelecem entre os sexos na sociedade, diferenciando o sexo biológico do sexo social. Enquanto o primeiro refere-se às diferenças anatomo-fisiológicas, portanto biológicas, existentes entre homens e mulheres, o segundo diz respeito à importância que essas diferenças assumem nas diferentes sociedades no transcorrer da história<sup>(9)</sup>. Valer-se da perspectiva de gênero para compreender a violência praticada contra a mulher significa olhá-la em sua complexidade como violência de gênero<sup>(2,6)</sup>.

A violência contra a mulher foi analisada compreendendo-se as mulheres como agentes de transformação da realidade em que vivem. A violência constitui uma problemática que elas são capazes de enfrentar e superar, na condição de sujeitos sociais que, empoderados, são capazes de construir ou resgatar sua autonomia e tomar decisões sobre suas próprias vidas em todos os âmbitos, inclusive o doméstico e o afetivo.

O cenário do estudo foi a Superintendência de Assistência Social da Universidade de São Paulo (SAS/USP) que em 2011 contava com um quadro de 625 trabalhadores distribuídos em suas cinco divisões. Destas, a que continha o maior número de trabalhadores era a Divisão de Alimentação, com 231 funcionários atuando no preparo e na distribuição de alimentos e em atividades administrativas correlatas. Foram convidadas a participar todas as trabalhadoras dos restaurantes universitários administrados pela SAS, com tempo de trabalho na instituição maior que seis meses, constituindo uma população de 91 mulheres.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: primeiramente foram coletados os dados primários e, posteriormente, os secundários. A caracterização do cenário foi feita com base em dados documentais e estatísticos dos bancos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (Fundação SEADE), entre outras.

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

O instrumento contou com perguntas abertas e fechadas que versaram sobre os dados relativos aos perfis de produção e reprodução social das trabalhadoras e da ocorrência de experiências violentas em suas vidas. Caso tais experiências aparecessem, eram feitas questões que tratavam da caracterização dos tipos de violência sofrida e

de seus respectivos agressores, assim como o encaminhamento de acordo com o tipo de situação vivenciada.

Após as entrevistas, os questionários foram digitados em planilhas de Excel, organizados, decodificados e categorizados. Os dados quantitativos foram compilados por meio de tabelas contendo as frequências absolutas e relativas<sup>(11)</sup>. Num segundo momento, a fim de avaliar associações entre variáveis escolhidas, foram realizados Testes de Associação Qui-quadrado de Pearson<sup>(12)</sup>. Para a análise inferencial, foi considerado um nível de significância de 5% ( $\alpha = 0,05$ ) e todos os testes tiveram conclusão sob hipótese bicaudal.

As análises foram feitas utilizando o software Microsoft Excel 2007, em suas funções estatísticas. A análise de regressão logística e os cálculos de razões de chances foram feitos usando o mesmo programa e, como suporte, o suplemento para Excel denominado EXStat<sup>(13)</sup>.

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, atendeu todos os requisitos da Resolução No 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o número 969/2010/CEP/EEUSP.

## RESULTADOS

Em relação à caracterização das entrevistadas, verificou-se que cerca de 60% delas estão na faixa etária de 45 a 59 anos, 29,7% têm entre 35 e 44 anos, 7,7% entre 25 a 34 anos, 4,4% 60 anos ou mais e apenas 1,1% têm entre 18 e 24 anos. Quanto ao local de nascimento, 45,1% nasceram na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP) e cerca de 30% em estados da região Nordeste do Brasil. Cerca de 25% nasceram no interior de São Paulo e em estados das demais regiões brasileiras. Sobre a religião professada, a maioria (50,5%) é adepta do catolicismo, 31,9% são evangélicas e 13,2% declararam não seguir nenhuma religião.

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

A maior parte das entrevistadas (71,4%) chefia suas famílias, enquanto para 26,4% essa chefia cabe ao cônjuge e para 2,2%, a outros familiares. No que se refere ao local de procedência, quase metade (49,5%) procede da cidade de São Paulo. A maior parte reside em bairros da Zona Oeste, circunvizinhos à Universidade. As demais vivem em municípios da Grande São Paulo, como Osasco (17,6%), Taboão da Serra (11%), Carapicuíba (7,7%), dentre outros.

A verificação das condições de vida foi feita por meio do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), que busca identificar, nos municípios do Estado de São Paulo,

áreas em que predominam famílias expostas a diferentes níveis de vulnerabilidade social<sup>(14)</sup>. Na Região Metropolitana de São Paulo, mais da metade da população está exposta a níveis de vulnerabilidade baixo a médio e 11,5% está exposta a vulnerabilidade muito alta<sup>(14)</sup>.

A violência com desfecho fatal, verificada por meio do coeficiente de mortalidade por causas externas, apresenta percentual expressivo nos municípios de procedência das entrevistadas, variando de 14,9 na cidade de São Paulo a 26,6/100.000 habitantes em Osasco<sup>(15)</sup>. Vale salientar que na cidade de São Paulo a taxa de mortalidade feminina por causas externas entre os anos de 2000 e 2002 foi de 23,3/1.000 mulheres e por agressões e homicídios foi de 7/1.000 mulheres<sup>(16)</sup>.

Diante disso, concluiu-se que o lugar onde vivem os sujeitos do estudo apresenta importante vulnerabilidade social, altos índices de violência urbana e, em particular, violência contra a mulher com desfecho fatal. Isto está em consonância com o que foi referido pelas mulheres, pois quase metade (49,5%) referiu sentir-se exposta à violência nos locais onde mora. Também foram citados expressivamente os riscos de contato com vetores (ratos e insetos) e acidentes de trânsito (38,5% e 35,2%, respectivamente). Foram referidos também os riscos de contaminação de córregos por lixo e resíduos químicos (17,6%), desmoração e enchente (6,6%) e outros riscos (6,6%). Vale ressaltar que 25,3% das mulheres não se consideram expostas a riscos.

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

Dentre as atividades de lazer mais comuns estão passeios pela cidade (54,9%), assistir a programas de televisão (38,5%), visitas a amigos/parentes (37,4%), cinema (30,8%), prática de esportes (26,4%), leitura (26,4%) e teatro (12,1%). As demais (13,2%) relataram outras atividades de lazer como sair para dançar, fazer tricô e crochê, cozinhar. A participação política não é uma prática comum das entrevistadas: 81,3% não participam de quaisquer grupos, associações, sindicatos ou partidos, 9,9% participam de um sindicato ligado ao trabalho e 1,1% de grupo ligado a partido político.

Verificou-se que 87,9% declararam ter ao menos um problema de saúde e apenas 12,1% declararam não os ter.

Os problemas mais referidos foram os mioosteoarticulares, declarados por 63,7% delas. Estes problemas estão fortemente associados à prática laboral, ou seja, são considerados doenças ocupacionais. Em seguida apareceram os problemas de saúde mental, referidos por 33% das mulheres, como depressão, síndrome de pânico, transtorno de humor, insônia e ansiedade. Mais da metade (54,9%) referiu fazer uso de medicação de forma contínua. Cerca de 20% fazem uso de anti-hipertensivos; 14,3% drogas psicoativas, 11% de dislipidêmicos, 9,9% de anticoncepcional e 8,8% fazem uso contínuo de analgésicos e anti-inflamatórios. A maioria (68,8%) utiliza apenas o Hospital Universitário da USP para realizar o acompanhamento ou tratamentos de saúde.

Em relação à produção social, cerca de 70% são auxiliares de cozinha ou cozinheiras, executando atividades ligadas a manipulação, preparo e distribuição de alimentos. Outras 16,5% executam atividades administrativas (auxiliares administrativos, auxiliares de caixa e almoxarifes). Os cargos de chefia são ocupados por 13,2% das entrevistadas (nutricionistas e técnicas em nutrição). A maior parte das trabalhadoras (51,7%) tem algum tipo de restrição no trabalho, entre parcial e total, tomando-se por base uma classificação utilizada pelas nutricionistas para operacionalizar as escalas de trabalho de acordo com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). Tais restrições são desencadeadas por doenças ocupacionais adquiridas no processo laboral.

Evidenciou-se nos discursos das mulheres que o trabalho formal e estável representa um potencial de fortalecimento, ainda que seja também de desgaste, devido ao trabalho espoliador e que em muito contribui para a piora de sua qualidade de vida. Entre os riscos mais citados no ambiente de trabalho estão o de queda (76,9%) e a possibilidade de desenvolver ou piorar doenças mioosteoarticulares (67%). O estresse no ambiente de trabalho foi citado por 63% e 31,9% disseram sentir-se expostas à agressão por parte dos usuários.

A violência nas relações sociais foi referida por cerca de 70% das mulheres, sendo que os parceiros íntimos foram apontados como agressores em 86,7% das vezes. Em 8,4% dos casos, outros familiares do sexo masculino foram os agressores e apenas uma mulher apontou como agressor uma pessoa estranha. Quanto à natureza da violência na vida adulta, 66% referiram violência psicológica, 36,3% física e 28,6% sexual. A associação entre violência psicológica, física e sexual responde por aproximadamente 15% dos casos. A violência psicológica foi a mais frequente. O parceiro íntimo também foi o mais apontado como agressor. Salienta-se que as chefias foram referidas como agressoras por 5% das entrevistadas. Na ocasião da entrevista, um percentual expressivo delas tinha tido o último episódio de violência há menos de 1 ano, o que aponta para o fato de a violência psicológica ser um fenômeno presente na vida de cerca de 40% das mulheres. As demais características da violência psicológica podem ser observadas na Tabela 1.

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

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

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

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



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

A idade da mulher ao se casar correlaciona-se inversamente com as chances de ser maltratada fisicamente quando adulta. A razão de chance para cada ano a mais na idade da mulher ao casar é 0,88 ( $p=0,026$ ) de probabilidade de sofrer maus tratos, ou seja, a cada ano, a probabilidade de maus tratos é menor. Assim, as que se casam com mais de 30 anos têm menos de 20% de chance de sofrer maus tratos, segundo o modelo logístico. A cada ano a menos que a mulher tem ao se casar, sua chance de ser maltratada aumenta em 12%.

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

Existe relação entre o uso de álcool pelo parceiro e a ocorrência de violência física na fase adulta. Com base na razão de chances, quantificou-se essa relação ( $OR=5,74/p=0,004$ ), significando que o uso de álcool pelo parceiro aumenta a chance de ocorrência de violência, pois a mulher que possui parceiro usuário de álcool, em qualquer quantidade, tem 574% mais chances de ter problemas de violência do que a mulher com parceiro não usuário.

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

**Tabela 3** - Características da violência sexual sofrida pelas entrevistadas na vida adulta - São Paulo, SP, Brasil, 2012

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

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

No que se refere ao enfrentamento realizado por parte das mulheres frente à situação de violência, das 66 que referiram ter sofrido pelo menos um tipo de violência, apenas 43 (65,2%) procuraram ajuda. Dentre as providências mais frequentes, estavam a ajuda familiar (46,5%) e da enfermeira de saúde mental que atuava na SAS até 2010 (23,3%). O Ministério Público, Centros de Referência

da Mulher e Instituto Médico Legal (IML) não foram citados. As falas das mulheres foram marcadas fortemente pela resiliência, ou seja, a capacidade de saírem fortalecidas depois de uma situação adversa, como a violência.

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

## DISCUSSÃO

As trabalhadoras pesquisadas, em sua maioria, pertencem a uma classe social subalterna, embora tenham acesso a bens de consumo que proporcionam certo status na sociedade, como a casa própria.

Os lugares de onde procedem e, portanto, onde se dão seus processos de reprodução social são, em geral, na

periferia da grande São Paulo, com altas taxas de violência urbana e de violência contra a mulher. Os indicadores sociais apontam que tais municípios estão em situação de vulnerabilidade social. A desigualdade social, somada à desigualdade de gênero e expressa pela relação conjugal violenta, compromete sobremaneira a reprodução social dessas mulheres pela interposição de iniquidades produzidas por duas diferentes categorias: classe e gênero<sup>(17)</sup>.

No momento produtivo, verificou-se que o trabalho formal e estável representa um forte potencial de fortalecimento, favorecendo o processo de autonomia financeira. As mulheres passam a ser indivíduos sujeitos de sua existência, condição potencializadora no processo de ruptura do círculo de violência cometida por parceiro íntimo<sup>(4,17)</sup>. Porém, o trabalho também se revela como potencial de desgaste, pois, nas formas de trabalhar está inerente um processo espoliador que exige intenso esforço físico, levantamento de peso e movimentos repetitivos realizados em condições adversas, como altas temperaturas e poluição sonora, determinando doenças ocupacionais que afetam sobremaneira a qualidade de vida.

A frequência da experiência de violência entre as entrevistadas (70%) foi bastante expressiva quando comparada a outros estudos de base populacional<sup>(1,4-5)</sup>, que verificaram variações entre 40% a 54,2%. Alguns autores explicam que provavelmente os altos índices de violência contra a mulher verificados em pesquisas de base populacional sejam reflexo de cerca de três décadas de ativismo e respostas institucionais no enfrentamento desse tipo de violência<sup>(4,7)</sup>. Apesar de estas medidas não se refletirem na diminuição das taxas de violência contra a mulher, tornam-na mais visível e menos aceitável. Assim, a menor aceitabilidade e a maior sensibilidade a esse fenômeno promoveriam uma expressão de insatisfação e revolta por parte das mulheres que o vivenciam.

À exceção da violência psicológica, que apresentou frequência bastante elevada, a frequência dos demais tipos de violência estão em consonância com o que ocorre em estudos de base populacional nacionais<sup>(4,18-19)</sup>. Os parceiros íntimos foram apontados como agressores por mais de 84% das mulheres, independentemente do tipo de violência, seguidos de outros familiares do sexo masculino, corroborando com que é afirmado na literatura<sup>(4,18,20-21)</sup> ao diferenciar a violência contra mulher da violência contra o homem. Enquanto estes geralmente são agredidos em espaços públicos por homens estranhos, as mulheres são agredidas por seus parceiros de intimidade, dentro de seus lares.

Assim como em outros estudos<sup>(4,20,22-23)</sup> o uso de álcool pelo parceiro mostrou-se fortemente relacionado à ocorrência de violência contra a mulher cometida por parceiros íntimos.

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

de sofrer violência física pelo parceiro. Esse achado talvez tenha respaldo na falta de autonomia financeira da mulher e ainda à dupla subordinação, geracional e de gênero, muitas vezes a ela conferida nesta situação<sup>(2)</sup>.

A resiliência, além de ter sido um fenômeno verificado em grande parte das entrevistadas, coloca-se como campo fértil para intervenção, visando à promoção da saúde e da qualidade de vida dessas mulheres. Adquirindo a capacidade de resiliência, as mulheres em situação de violência conseguem instrumentos, quer sejam individuais, quer sejam sociais, para realizar os devidos enfrentamentos para a superação dessa problemática<sup>(24)</sup>.

Os problemas de saúde decorrentes da experiência de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo estão fortemente relacionados à saúde mental, em consonância com estudos<sup>(2,4,19,21-22)</sup> que indicam que há uma forte relação entre a violência doméstica e os problemas de saúde das mulheres, principalmente no que se refere ao sofrimento psíquico em geral, considerados os efeitos não-fatais da violência, mas que deixam sequelas devastadoras e muitas vezes irreparáveis. Este resultado parece indicar que os problemas de saúde mental, tão frequentemente referidos pelas trabalhadoras dos restaurantes e que comprometem sobremaneira sua qualidade de vida podem estar relacionados à violência doméstica, uma vez que foram tão frequentes entre as trabalhadoras que tiveram tal experiência.

Dar nomes ao sofrimento causado pela violência talvez seja uma forma de tanto o profissional quanto a mulher não se sentirem impotentes frente à situação de violência. Assim, reduzir o fenômeno de tamanha complexidade a um diagnóstico inespecífico, como depressão, por exemplo, remete a uma intervenção medicamentosa e encaminhamento para a psicoterapia, o que se traduz para a mulher como estar sendo cuidada e para o profissional de saúde, como trabalho realizado<sup>(7,9)</sup>. No entanto, o enfrentamento da violência contra a mulher extrapola o âmbito da saúde e exige o comprometimento e o envolvimento de diversos setores, como a assistência social, jurídica e psicológica, as delegacias da mulher, os abrigos, o Ministério Público, dentre outros.

## CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu desvelar um fenômeno até então invisível entre as trabalhadoras da SAS: a violência de gênero perpetrada por seus parceiros de intimidade. No entanto, para melhor compreensão deste fenômeno, faz-se necessário apresentar algumas limitações relevantes inerentes à presente investigação: o fato de a pesquisadora/entrevistadora pertencer ao quadro de funcionários da SAS, cenário da pesquisa, o que pode ter levado a algumas mulheres omitir a situação de violência vivenciada por temerem a exposição de fatos da sua vida privada no ambiente de trabalho; a falta de um ambiente que promovesse a privacidade da mulher no momento da

entrevista, pois estas aconteceram nos próprios restaurantes, que muitas vezes não contavam na estrutura física de um lugar privativo, ocasionando, por diversas vezes, na interrupção das entrevistas devido a aproximação de colegas. Tal situação inibiu algumas mulheres a aprofundar as questões tratadas, e muitas vezes mostravam-se evasivas diante das perguntas que tratavam da violência. Por fim, outra limitação deste estudo é a impossibilidade de generalização dos resultados aqui apresentados a outras situações e populações, dadas as peculiaridades da população estudada.

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

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

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

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

## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Brasília: OMS/OPAS; 2002.
2. Pinafi T. Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade [Internet]. 2012 [citado 2013 abr. 24]. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/antiores/edicao21/materia03/texto03.pdf>
3. Bonder G. Fundamentos y orientaciones para la integración del enfoque de género en políticas, programas y proyectos. Buenos Aires: Cátedra Regional UNESCO/FLACSO; 2012.
4. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Júnior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):797-807.
5. World Health Organization (WHO); London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2010.
6. Andrade CJM, Amaral MA, Fonseca RMGS. Considerações sobre a violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):591-5.
7. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(3):625-31.
8. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
9. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1019-27.
10. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen (AAS) para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(6):425-37.
11. Vieira S. Introdução à bioestatística. Rio de Janeiro: Campus; 1998.
12. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research 3rd ed. New York: Blackwell; 1994.
13. Peixoto P. EXStat - Excel Statistics Calculator. Version 1.8 [Internet]. São Paulo: IME/USP; 2012 [cited 2012 Jan 22]. Available from: <http://www.ime.usp.br/~pedrosp/>
14. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social [Internet]. São Paulo; 2010 [citado 2011 dez. 7]. Disponível em: [http://www.al.sp.gov.br/web/ipvs/index\\_ipvs.htm](http://www.al.sp.gov.br/web/ipvs/index_ipvs.htm)
15. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2011 set. 20]. Disponível em: <HTTP://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pr.htm>



- 
16. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Síntese de estatísticas vitais: 2002-2011 [Internet]. São Paulo; 2011 [citado 2011 jul. 14]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/>
  17. Guedes RN, Fonseca RMGS. Autonomy as a structural need to face gender violence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2012 Feb 14];45(n.spe 2):1731-5. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_16.pdf)
  18. Venturi G, Bokany V, Dias R, organizadores. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC; 2010.
  19. Fonseca DH, Ribeiro C G, Leal NSB. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicol Soc.* 2012;24(2):307-14.
  20. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 abr. 22]. Disponível em: [http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011\\_parte1\\_cap1.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap1.pdf)
  21. Gadoni-Costa LM, Zucati APN, Dell'Aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estudos Psicol (Campinas)* [Internet]. 2011 [citado 2013 abr. 22];28(2):219-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n2/09.pdf>
  22. Watt MH, Aunon FM, Skinner D, Sikkema KJ, Macfarlane JC, Pieterse D, et al. Alcohol-serving venues in South Africa as sites of risk and potential protection for violence against women. *Subst Use Misuse.* 2012;47(12):1271-80.
  23. Suelves JM, Jané M, Plasencia A. Violencia del compañero íntimo contra la mujer: una mirada desde la salud pública. *Rev Esp Med Legal.* 2010;36(3):98-103.
  24. Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MDLÓR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. Building health care technologies based on health promotion. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2013 Apr 22];43(n.spe 2):1352-7.