



Revista Estudos Feministas

ISSN: 0104-026X

ISSN: 1806-9584

Centro de Filosofia e Ciências Humanas e Centro de
Comunicação e Expressão da Universidade Federal de
Santa Catarina

Monteiro, Rosa; Freitas, Vivalda; Daniel, Fernanda
Condições de trabalho num universo profissional feminizado
Revista Estudos Feministas, vol. 26, núm. 2, e34529, 2018, Maio-Agosto
Centro de Filosofia e Ciências Humanas e Centro de Comunicação
e Expressão da Universidade Federal de Santa Catarina

DOI: 10.1590/1806-9584-2018v26n234529

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38156079003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UABM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Rosa Monteiro

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal
Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal

Vivalda Freitas

Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal

Fernanda Daniel

Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra,
Coimbra, Portugal

Condições de trabalho num universo profissional feminizado

Resumo: *Apresentam-se aqui os resultados de um estudo de caso sobre as condições de trabalho num universo profissional feminizado, e como são percecionadas por trabalhadoras e gestores. O estudo decorreu numa clínica privada de saúde e a metodologia incluiu entrevistas semiestruturadas e observação direta. Verificamos a proposição inicial exploratória de que a segregação sexual do trabalho explica as condições de trabalho nos sectores feminizados bem como as perceções dos atores sociais acerca delas. Os principais efeitos são a invisibilização das desigualdades e dos riscos psicossociais associados às condições de trabalho das mulheres, marcadas pela intensidade e carga, precariedade e não participação nas decisões, exigência de tarefas extracontratuais, exposição a agressões e assédio, intensidade emocional, não reconhecimento de competências, e correlativa desvalorização salarial.*

Palavras-chave: *condições de trabalho, segregação ocupacional, mulheres, riscos profissionais*

Introdução

Segundo a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (AESST, 2013) a área da saúde é uma das áreas profissionais mais segregadas em função do sexo em toda a Europa, concentrando significativamente mais mulheres do que homens. Não



Esta obra está sob licença *Creative Commons*.

obstante os previsíveis efeitos da atual crise económico-financeira e das medidas de austeridade, tem também sido o setor mais importante e de maior crescimento do emprego feminino, a par do dos serviços sociais, e seguido do sector do retalho. Não obstante o crescente ingresso de mulheres no mercado de trabalho, alerta a mesma organização de que não tem sido prestada muita atenção, nem científica nem política, à especificidade e necessidade de melhoria das condições de trabalho das mulheres em sectores como este. Segundo o relatório *Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work Research* (AESST, 2013), os estudos na União Europeia têm demonstrado que as mulheres representam a maioria dos casos de doenças de origem profissional (alergias, doenças infecciosas, queixas neurológicas, problemas dermatológicos) e que os trabalhos “de mulheres” em sectores como o da saúde têm observado um aumento do número de acidentes; que as mulheres têm maior probabilidade de serem assediadas, inclusive sexualmente; que estão mais expostas a situações de violência e de stress (decorrente, entre outras, do trabalho em horários atípicos, de trabalharem mais horas do que os homens e de terem sobre si as responsabilidades familiares e domésticas); que se concentram também nos trabalhos mais mal pagos e precários, e estão pouco presentes em lugares de decisão nas organizações. Os riscos psicossociais são maiores para as mulheres uma vez que elas estão em contacto mais direto com clientes, especialmente nos sectores da saúde, educação e administração pública (AESST, 2013).

Este texto expõe parte de uma pesquisa assente num estudo de caso, centrando-se na análise de um grupo de trabalhadoras do setor dos serviços de saúde privados, que desempenham profissões administrativas, de atendimento ao público (rececionistas) e de escriturárias numa clínica privada, numa cidade no centro de Portugal. Pretendeu-se conhecer o caráter genderizado das condições de trabalho neste contexto organizacional, entendendo que a segregação ocupacional que se verifica no setor produz quer a invisibilização das desigualdades de género, quer os problemas ao nível das condições de trabalho, tal como é apresentado na literatura (AESST, 2013). Partindo desta premissa, o estudo teve cinco objetivos principais: - perceber de que forma as condições de trabalho destes trabalhadores refletem os efeitos das relações sociais de género, em especial o fenómeno da segregação ocupacional; conhecer como constroem a sua profissão e se a percebem como marcada pelo género; conhecer a forma como estas trabalhadoras experienciam subjetivamente e se expressam/consciencializam a desigualdade em função do sexo; perceber também de que forma elas constroem ativamente e reproduzem nas suas interações quotidianas a estereotipia de género; conhecer as percepções dos/as gestores/as e responsáveis da organização quanto à desigualdade em função do sexo, e a forma como (re)produzem essa desigualdade. Num estudo de caso olhamos intensivamente para um objecto de estudo, pretendendo-se um olhar em profundidade sobre um fenómeno que não se encontrava estudado no contexto nacional, natureza que justifica uma abordagem qualitativa. Um estudo de caso é, portanto: (1) Particular, já que focaliza uma dada situação, fenómeno, acontecimento; (2) descritivo porque o seu produto final é uma descrição rica e exaustiva do fenómeno; (3) heurístico porque conduz à compreensão do fenómeno; (4) indutivo porque tem como base o raciocínio indutivo e produz “teoria fundamentada”; (5) holístico, porque tem em conta a realidade na sua globalidade (Anselm STRAUSS e Juliet CORBIN, 1998).

Conceitualmente a investigação partiu do reconhecimento de que as relações sociais de género são criadas e recriadas na esfera do trabalho, não só pela ação das pessoas mas também pela ação das organizações (Joan ACKER, 2009; David COLLINSON, 1992; Sara FENSTERMAKER, Candance WEST, Don ZIMMERMAN, 1991; Rosabeth KANTER, 1993; Barbara RESKIN, Irene PADAVIC, 1994), e que as condições de trabalho são um reflexo dos

processos de genderização, com consequências simbólicas e materiais. O estudo de caso tem como cenário um contexto organizacional e profissional totalmente feminizado, onde a segregação ocupacional/horizontal é a face mais visível da desigualdade de género, para compreender a forma como nesse contexto se produz e reproduz a desigualdade à luz da abordagem de Acker (2009) sobre os “regimes de desigualdade” nas organizações.

A segregação sexual das profissões e a concentração de mulheres no sector da saúde

A segregação sexual das profissões é uma das formas de segregação do mercado de emprego em função do sexo, e a expressão mais visível das desigualdades entre homens e mulheres. Como refere Virgínia Ferreira (2004), a noção de segregação das estruturas do emprego em função do sexo expressa as diferenças nas posições das mulheres e dos homens nessas estruturas. Foi Catherine Hakim (1979) quem apresentou as duas formas de segregação sexual do emprego. A segregação horizontal, também designada de segregação ocupacional, traduz a concentração de mulheres e homens em diferentes tipos de trabalho, profissões e sectores de atividade; a segregação vertical (que encontramos metaforicamente traduzida na expressão “tetos de vidro”) traduz a inserção de homens e mulheres em diferentes níveis de hierarquia, qualificação e remuneração.

Tem-se alertado para a necessidade de analisar as práticas e culturas organizacionais mais enraizadas que perpetuam as desigualdades de género, e que tornam muito difícil a progressão das mulheres (Collin FAGAN; Brendan BURCHELL, 2002). A segregação ocupacional determina de forma extrema a escolha de carreira das pessoas jovens.

Não obstante as suas causas poderem ser apontadas à estereotipia de género que determina as opções de formação e trabalho das pessoas, a verdade é que a segregação é produzida e reproduzida na estrutura profissional através do recrutamento (FERREIRA, 2004). Ou seja, existe uma tendência para que as entidades empregadoras associem certas profissões e sectores a um dos sexos e, portanto, induzam uma preferência pelo sexo considerado mais adequado à profissão ou posto. Socialmente, existem conceções de que existem trabalhos de mulheres e trabalhos de homens, que prolongam os efeitos da estereotipia de género, atribuem características e papéis diferenciados a umas e outros. A segregação horizontal é assim o efeito dos estereótipos sexuais com impacto nas escolhas escolares e profissionais, e também reproduzidos nas práticas organizacionais e nas representações sociais sobre os papéis de ambos os sexos. Como refere Ferreira (2004), a categoria sexual é uma das componentes do perfil ideal da pessoa que deve ocupar o posto de trabalho desde o momento em que este é aberto. Algumas pesquisas têm revelado este efeito. Ficou, por exemplo, demonstrado que as visões negativas de gestores/as acerca das mulheres trabalhadoras no sector do comércio a retalho impactam negativamente sobre as suas oportunidades de recrutamento, desenvolvimento e progressão, com influência nas remunerações e no desenvolvimento de carreira das mulheres (LYNCH, 2002). Sylvia Walby (1986) entende que os valores ligados a certas competências são histórica e socialmente determinados, sendo que as competências e profissões identificadas como “femininas” são desvalorizadas.

Uma profissão apresenta uma repartição afetada pela segregação horizontal quando a proporção de mulheres no total das pessoas que a exercem se afasta da proporção média de mulheres no conjunto da força de trabalho. As profissões não segregadas são aquelas cujas taxas de feminização variam entre 20 e 60% (FERREIRA, 2004). Em Portugal, tem-se verificado um aumento da segregação horizontal (FERREIRA, 2010), sendo que, em 2008,

69% das mulheres trabalhava em profissões altamente segregadas, em especial no sector dos serviços. Também a crise e as medidas de austeridade vividas em Portugal nos anos recentes intensificaram a taxa de segregação, sendo que em 2014, 74% das mulheres trabalhava em sectores feminizados (Mercedes ALCÁÑIZ e Rosa MONTEIRO, 2016). Segundo dados de 2011 (CIG, 2015)¹ a taxa de feminização neste sector era de 63,3%. Como tem vindo a ser apontado, o aumento da atividade feminina no sector dos serviços (o grande responsável pela criação de emprego nas últimas décadas) não pode escamotear a situação de as mulheres estarem acantonadas em atividades tipicamente femininas (Ana CRUZ, 2003; FERREIRA, 1999), pouco qualificadas, com baixas remunerações e escassas oportunidades de progressão profissional, como é o caso da população aqui em análise (excetue-se a questão das qualificações, neste caso). Segundo dados recentes (GEP, 2017)², relativos a 2015, as taxas de feminização eram maiores na categoria “Pessoal administrativo” (61%) e na categoria “Trabalhadores dos cuidados pessoais e similares” (93%). Concretamente na área da saúde, os dados indicavam a elevadíssima segregação e feminização em categorias profissionais próximas das mulheres deste estudo: - “técnico e assistente, de fisioterapia e similares (85%); assistentes de médicos (96%); técnicos de equipamento de diagnóstico e terapêutico (70%).

Os mesmos dados e análise dos Quadros de Pessoal de 2010 (GEP, 2010), permitem constatar que na categoria “Atividades administrativas e dos serviços de apoio”, a que pertence a maioria das trabalhadoras deste estudo de caso, havia um total de 120.145 mulheres e 118.368 homens (238.513 trabalhadores, no total). Daquelas mulheres, 74% (88.845) eram semiqualficadas e não qualificadas; 51% tinha um contrato sem termo. Neste grupo profissional também são as mulheres quem mais trabalha em regime de tempo parcial (44.548 mulheres e 11.998 homens). Os homens ganhavam em média 969,78€ e as mulheres 829,30€ (segundo o ganho médio por atividade económica, por nível de qualificação). As semiqualficadas e não qualificadas auferiam respetivamente 656,68€ e 581,44€, enquanto os homens semiqualficados e não qualificados auferiam 770,42€ e 762,64€ respetivamente. As “remunerações base horárias médias, por atividade económica, segundo o nível de qualificação” eram de 4,41€/hora para os homens e 3,72€/hora para as mulheres. Os mesmos dados indicam disparidades salariais muito acentuadas nas profissões em questão: assim, no “pessoal administrativo”, as mulheres auferiam menos 118,2€ de ganho médio mensal. Estes dados revelam as relações existentes entre feminização e disparidades salariais e remuneratórias que indiciam condições de trabalho determinadas pela feminização, como tem sido apontado na literatura (FERREIRA, 2010; GONZALEZ, 2010). Também se tem associado a feminização do mercado de trabalho e ocupações ao aumento de formas flexíveis e precárias de emprego e degradação das condições de trabalho (Sara CASACA, 2010; 2012; CRUZ, 2010).

Condições de trabalho genderizadas?

Num quadro de flexibilização e precarização generalizadas das relações laborais, tem-se constatado que estes fenómenos apresentam uma face de género, ou seja, eles estão intimamente relacionados com as desigualdades entre homens e mulheres. Salientam-se o aumento dos vínculos contratuais não permanentes, as formas atípicas e flexíveis de

¹A Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) é o mecanismo oficial para a igualdade português. Produz anualmente um relatório estatístico sobre igualdade de género.

²O Gabinete de Estratégia e Planeamento, do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (GEP) português, produz e divulga dados fidedignos acerca da composição da força laboral, com base em dados apresentados pelas entidades empregadoras no país.

emprego (como o trabalho a tempo parcial) e a sua involuntariedade, as modalidades atípicas de horários, entre outras (CASACA, 2012). Tudo isto requer um olhar para as condições específicas de trabalho das mulheres em setores feminizados.

O estudo do *European Survey on Working Conditions* aponta um conjunto de indicadores para análise das condições de trabalho que são considerados adequados para identificar as características particulares do trabalho das mulheres (FAGAN; BURCHELL, 2002). Este modelo é interessante nesta pesquisa porque estabelece a relação entre as relações sociais de género, o estatuto ocupacional e as condições de trabalho. As autoras defendem precisamente que a tese dos “trabalhos segregados por sexo” é mais explicativa da relação entre género e condições de trabalho do que a tese das relações de género propriamente dita. Ou seja, segundo as autoras, as condições de trabalho são genderizadas porque são um resultado de padrões de emprego segregados por sexo (FAGAN; BURCHELL, 2002). Globalmente, concluem que as mulheres apresentam maior probabilidade de trabalhar em empregos onde contactam diretamente com clientes ou outras pessoas, a serem mal pagas, a terem experienciado intimidação e discriminação no local de trabalho, e a sentirem que tem pouca informação acerca de condições de saúde e segurança. Quando comparadas com os homens, é provável que as mulheres tenham menos responsabilidades de planeamento, estejam menos expostas a riscos físicos e materiais e que tenham menores níveis de autonomia sobre o trabalho e os seus horários (FAGAN; BURCHELL, 2002). A partir de alguns indicadores que propõem estas autoras, analisaremos as condições de trabalho das mulheres estudadas, no sentido de perceber se e de que forma elas estão relacionadas com as relações sociais de género, mais concretamente com o facto de se tratar de uma categoria ocupacional estereotipadamente feminina. A bateria de indicadores que adiante se apresentam agrupa-se em vinte e seis categorias para comparação internacional, fundidas em oito categorias principais (FAGAN; BURCHELL, 2002). São elas:

- 1 - Conteúdo do trabalho e competências requeridas;
- 2 - Adequação às competências e formação;
- 3 - Trabalho com clientes e com pessoas externas ao serviço;
- 4 - Exposição a riscos materiais e físicos;
- 5 - Intensidade do trabalho;
- 6 - Autonomia no trabalho e no tempo de trabalho;
- 7 – Salários;
- 8 - Consulta/participação acerca da organização.

A partir desta organização de categorias de estudo das condições de trabalho, é possível elencar algumas características que têm sido analisadas em profissões femininas, especialmente no sector dos serviços e que constituem pontos de partida para a formulação das hipóteses que norteiam a pesquisa empírica neste estudo de caso.

Quanto ao conteúdo do trabalho, alguns estudos têm revelado que a resolução de problemas, a aquisição contínua de competências e realização de tarefas complexas através de habilidades cognitivas são atividades fundamentais na economia contemporânea. Os homens são mais propícios a afirmar que os seus trabalhos exigem uma maior complexidade e mais tarefas de planeamento do que as mulheres, devido a ocuparem mais cargos de supervisão e de gestão (FAGAN; BURCHELL, 2002). O referido estudo concluiu também que as mulheres são quem recebe menos formação.

Um dos traços mais associados ao trabalho no sector dos serviços pessoais, como é o caso em estudo, é o facto de ser um trabalho emocional. No domínio da saúde, muito do trabalho envolve trabalho emocional, associado a tarefas de cuidar de pessoas doentes, lidar com queixas de clientes, fazer com os clientes relaxem, interagir e assistir o pessoal médico e com colegas, entre outras formas de interação e relação emocionalmente exigentes

(Arlie HOCHSCHILD, 1983). Foi Hochschild que, com a obra *The managed heart – commercialization of human feeling* (1983), falou pela primeira vez em trabalho emocional como denominador comum do trabalho em profissões assentes na relação e interação, especialmente nos serviços. Casaca (2012), seguindo a proposta de Hochschild, entende por trabalho emocional o esforço despendido pelos/as trabalhadores/as na supressão ou manipulação das suas emoções genuínas de modo a exibir um estado emocional que seja consentâneo com as normas prescritas pelas empresas e organizações. Hochschild (1983) distinguiu *emotion work* (circunscrito à relação com família, rede de amigos e cônjuges) e *emotional work*, associando este último à gestão de sentimentos e performance na interação no trabalho e, portanto, como valor de troca e competência a mobilizar, que traduzimos por trabalho emocional.

O trabalho emocional está particularmente presente em profissões associadas às mulheres (CASACA, 2012; Ylva ERIKSSON e Marita FLISBÄCK, 2010; HOCHSCHILD, 1983). Como referem Eriksson e Flisbäck (2010, p. 5) “a expectativa de corresponder aos desejos das outras pessoas é particularmente característica das profissões consideradas de mulheres, nos serviços e nos cuidados”.

Consideradas mais tolerantes, com mais capacidades de interação e comunicação, abundantes em sentimentos são vistas como ideais para estarem na linha da frente de contacto com clientes, por vezes insatisfeitos (OLIVEIRA, 2012). Porém, estas “qualidades”, predominantemente consideradas “naturais” nas mulheres, tendem a ser invisibilizadas e não reconhecidas ou valorizadas como competências tangíveis (CASACA, 2012; ERIKSSON e FLISBÄCK, 2010; OLIVEIRA, 2012). Jane Jenson (1991) referiu mesmo que “as mulheres têm qualidades enquanto os homens têm qualificações”; são qualidades humanas (*soft*) que carecem de reconhecimento formal no trabalho e na sociedade. Por outro lado, se a interação social envolvida na comunicação e trabalho com pessoas – colegas e clientes – pode ser enriquecedora, também coloca exigências acrescidas e riscos às trabalhadoras, devendo ser equacionada essa dimensão numa análise das condições de trabalho. Como referem Fagan e Burchell (2002), o trabalho emocional pode ser stressante e esgotante, com efeitos negativos na saúde, de formas que nem sempre são percebidas, ao contrário do trabalho com máquinas. A exposição a assédio, intimidação e violência física são uma realidade no trabalho em escolas e hospitais, por exemplo.

Algumas formas de intimidação, *bullying* ou assédio sexual podem estar tão enraizadas na cultura organizacional e nos modelos de interação que se aceitam como normais, partes usuais da lógica de relação com “os outros”, embora desagradáveis. Estes efeitos podem estar associados à dimensão estética, além da emocional, também presente no trabalho nos serviços prescrevendo, de forma latente ou manifesta, a mobilização e desenvolvimento de uma modelação estética (apresentação de si) e a mercadorização das disposições corpóreas das/os trabalhadores por parte das entidades empregadoras (CASACA, 2012). Alguns trabalhos têm mesmo uma construção sexualizada sobre o que “cuidar” do cliente implica, quer como parte implícita ou explícita da exigência do trabalho. Os exemplos incluem insinuações sexuais e *flirts*. Como referem Fagan e Burchell (2002), algumas formas de intimidação, assédio moral ou sexual podem estar tão enraizadas na cultura organizacional e nos padrões de interação social que são aceites como parte normal regular da vida profissional, sendo as mulheres as mais expostas a estas situações discriminatórias. Procura-se, neste estudo conhecer este componente emocional do trabalho na clínica, em termos de desempenho, das percepções que as trabalhadoras têm acerca do componente emocional e interacional do seu trabalho, das dificuldades em o realizar (especialmente na relação com clientes), e a (des)valorização que dele fazem as próprias trabalhadoras e os gestores.

As representações sociais em torno do género levam as empresas a contratar sobretudo mulheres para as funções onde é exigido mais trabalho emocional e estético; depois, o próprio desempenho laboral constrói a feminilidade e, simultaneamente, naturaliza-a. Elas desempenham a feminilidade demonstrando simpatia, cuidado com a aparência, amabilidade, dedicação, paciência e até docilidade, como parte de um *script* profissional determinado. Às pessoas que prestam serviços interpessoais é exigida a expressão de emoções positivas e uma aparência compatível com a imagem de agradabilidade e de satisfação que a empresa prestadora do serviço pretende projetar junto de clientes ou do público em geral.

Em termos de exposição a riscos materiais e físicos, de um modo geral, os homens são duas vezes mais suscetíveis de serem expostos a essas condições de trabalho físicas negativas do que as mulheres. Relativamente a outros fatores de risco, as condições ergonómicas pobres são mais frequentes entre as mulheres, sendo que 47% das pessoas têm empregos que implicam movimentos repetitivos da mão ou braço, e cerca de 33% passam pelo menos metade do tempo de trabalho numa posição dolorosa e cansativa. Se os homens enfrentam mais riscos físicos, já as mulheres estão, regra geral, mais sujeitas a problemas de ergonomia e a tarefas repetitivas, embora menos conscientes e informadas dos riscos. Cerca de uma em cada três mulheres empregadas gasta, pelo menos, metade do seu dia de trabalho a utilizar um computador (FAGAN; BURCHELL, 2002).

A intensidade e a velocidade do trabalho têm vindo a aumentar nos locais de trabalho contemporâneos, como resultado das novas tecnologias de informação e dos novos métodos de produção (Duncan GALLIE e Michel WHITE, 1998). No trabalho nos serviços pessoais dois fatores determinam a intensidade: a exigência dos clientes e o trabalho dos colegas. A maioria dos homens determina o seu ritmo de trabalho pelas metas de produção ou pela velocidade da máquina em que trabalha. A proporção de mulheres que trabalham a alta velocidade aumentou mais rapidamente do que a dos homens ao longo dos anos 1990, produzindo uma convergência na velocidade de trabalho para ambos os sexos.

Tomando métodos, velocidade e ordem de trabalho em conjunto, os homens têm maiores níveis de autonomia no trabalho em geral. Os homens também têm mais autonomia sobre os tempos de trabalho, sendo mais capazes de decidir quando tirar férias ou dias de folga, e com maior influência sobre as suas horas de trabalho, do que as mulheres (que se concentram em áreas profissionais com exigências particulares como a educação e a saúde).

Em média, as mulheres trabalhadoras ganham menos que os homens. Esta diferença salarial entre os sexos é uma característica persistente dos mercados de trabalho, embora o nível de desigualdade do salário na Europa seja menor agora do que nas décadas anteriores (FAGAN; BURCHELL, 2002). Grande parte da persistente desigualdade salarial está associada à segregação das mulheres em ocupações de baixa remuneração, empresas e setores da economia. Um estudo europeu sobre as estruturas de remuneração mostrou que a compensação das horas extraordinárias, do trabalho em horários antissociais, das pobres condições físicas de trabalho, e os prémios de desempenho são mais significativos em áreas dominadas por homens (Jill RUBERY; Colette FAGAN, 1994). Quanto à participação, um/a em cada três trabalhadores/as não são consultados/as. A maioria daqueles que são consultados sobre as suas condições de trabalho sente que isso leva a uma positiva melhoria.

Materiais e métodos

O estudo foi realizado numa clínica de Imagiologia, situada numa das maiores cidades de Portugal Continental. Para garantir a privacidade da organização, esta será

identificada como CIP (Clínica Imagiologia Portugal). A CIP foi criada há três décadas como sendo uma empresa familiar, com apenas uma colaboradora, e hoje conta com mais 50, entre pessoal dos quadros e prestadores de serviços. Além do aumento do número de pessoal, aumentou também, obviamente, o tipo de serviços médicos prestados, e consequentemente a polivalência do pessoal contratado. Recentemente a CIP mudou para novas instalações, maiores e mais modernas, mas não houve aumento do número de pessoal ao serviço. Este estudo vai incidir apenas sobre as funcionárias internas da clínica.

Os sujeitos participantes deste estudo (tabela 1) são todas as funcionárias internas da CIP – dezasseis bem como três gestores de clínicas similares, sendo um deles, gestor da CIP. As funcionárias são todas do sexo feminino. Cerca de 44% têm idades compreendidas entre 23 e 29 anos. As suas categorias profissionais são rececionista, assistente de consultório, escriturária, técnica de radiologia, apesar de que todas desempenham funções que não as suas, nomeadamente no período de férias, ou quando alguma colega falta, e sempre que haja necessidade; existe rotatividade de funções; apesar de não ser procedimento formalizado, é algo que acontece com alguma regularidade. Quanto ao grau de escolaridade, a maioria das funcionárias detém o 12.º ano (secundário completo). Quase 50% das inquiridas exercem as suas funções há pelo menos 10 anos e 75% têm pelo menos 1 filho/a.

Tabela 1: **Caraterização da amostra (n = 16)**

| Sexo | % | Tipo de contrato | % |
|--------------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| Feminino | 100 | Efetivo | 94 |
| Masculino | 0 | Termo certo | 6 |
| Idade | | Habilitações literárias | |
| 20 a 29 anos | 44 | 12.º Ano | 37 |
| 30 a 39 anos | 25 | 12.º Ano | 44 |
| 40 a 49 anos | 19 | Frequência universitária | 6 |
| 50 a 59 anos | 12 | Licenciatura | 13 |
| Estado civil | | Número de filhos | |
| Solteira | 25 | 0 | 25 |
| Casada | 56 | 1 | 31 |
| União de Facto | 13 | 2 | 38 |
| Divorciada | 6 | 3 | 6 |
| Antiguidade na empresa (anos) | | Categoria profissional | |
| 10 Anos | 56 | Rececionista | 31 |
| 11 – 20 Anos | 31 | Escriturária | 19 |
| 21 – 30 Anos | 13 | Assistente de consultório | 31 |
| | | Técnica de Radiologia | 19 |

Para este estudo foi realizada uma pesquisa qualitativa de forma a conhecer as percepções sobre as condições de trabalho neste ambiente profissional feminizado. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e observação direta. Em termos de consentimento, primeiramente foi pedida autorização ao gestor da CIP, para a realização da investigação. O estudo de campo foi realizado entre Fevereiro e Maio de 2013. Para a realização das entrevistas foi obtido consentimento informado seguindo as normas éticas da Declaração de Helsínquia da World Health Organization (WHO, 2011).

Foi definido o modelo de análise, que serviu para a elaboração do guião de entrevista e para a análise categorial das mesmas. Realizou-se uma entrevista teste, que originou melhoramento do guião original. Foi ainda possível a observação direta no desempenho das funções das trabalhadoras, durante várias horas por dia. As entrevistas foram realizadas presencialmente e gravadas, depois de assegurado o anonimato e confidencialidade. Para um ambiente mais descontraído, as entrevistas foram realizadas nas residências das entrevistadas. Procedeu-se à transcrição integral, organização e posterior análise de conteúdo categorial das entrevistas, utilizando o *software* Maxqda10.

Resultados

O trabalho emocional e a invisibilidade das competências

Da análise realizada às entrevistas, o traço que mais se salientou na caracterização das atividades realizadas pelas trabalhadoras foi precisamente o trabalho interacional, dando relevo à componente de trabalho emocional, que se constituiu assim como categoria fundamental de análise. HOCHSCHILD (1983) definiu trabalho emocional como o denominador comum do trabalho em profissões assentes na relação e interação, especialmente nos serviços, marcado pela gestão das emoções. A necessidade de gestão das emoções e a exposição ao desgaste ficam bem expressas nestas palavras:

[...] encontramos pessoas simpáticas, pessoas que sabem dar valor ao nosso trabalho; agora, há aquelas pessoas mais arrogantes, que faltam ao respeito, não dão valor ao nosso trabalho; é claro que não vou atender essa pessoa com o mesmo espírito, mas atrás do balcão temos de ter.... fazer um esforço; não podemos demonstrar o que nos apetece demonstrar. (2 – Assistente de consultório).

A tolerância, a paciência, a sensibilidade, a simpatia a toda a prova na relação de cuidado com as pessoas que se serve, reconhecem-se como elementos centrais no atendimento, que requer fortes competências sociais (comunicação) e emocionais. A interação com clientes, médicos/as e colegas é o ponto central deste tipo de trabalho que requer competências profissionais que, na realidade, são vistas como “qualidades femininas”, como se verifica no excerto seguinte:

Competências? Eu acho que é preciso ter paciência (risos), paciência e.... mesmo ao telefone, devemos saber falar pausadamente, explicar muito direitinho, se for preciso explicar, uma, duas, três vezes e eu acho que, acima de tudo, se uma pessoa for um bocado ríspida para os utentes eles não ouvem nada, se uma pessoa explicar uma vez e não voltar a recapitular eles não percebem. (7 – Assistente de consultório)

Vejamos como trabalhadoras e gestores entrevistados associam estas exigências de trabalho emocional a competências essencialmente femininas, que fazem desta uma ocupação altamente feminizada e “não recomendada” aos homens. Walby (1986) alertou-nos para o facto de esta “naturalização” conduzir à invisibilidade e não reconhecimento destas competências.

[...] é um trabalho de mulher, porque acho que a mulher tem aquele sentido, pronto... acredito que muitos homens, quando há aqueles atritos com os utentes que são arrogantes, acho que um homem não teria capacidade para ser-lhe feita frente e ele não reagir. (4 – Assistente de consultório).

Porque, para o trabalho em questão, na clínica, é mais flexível ser uma mulher... porque uma mulher, pode fazer receção, como todas as colaboradoras aqui fazem... apoio a médicos, há algumas situações de apoio a médico em que uma doente vai fazer uma intra (Ecografia intra-vaginal), é chato ser um homem a dar esse apoio e preparar a senhora para isso... Neste caso... é preferível mulheres do que homens. No caso de uma das nossas colaboradoras ser um dactilógrafo homem, pode, não há problema nenhum, mas fico preso a ele só fazer a dactilografia. Baralha um bocadinho as contas em termos de flexibilidade pessoal. (18 – gestor).

Os motivos pelos quais se considera este ser um trabalho “feminino” são dois, como se vê nas falas:

- As características femininas ligadas às competências emocionais e de gestão das emoções e da interação com os/as clientes, designadamente a paciência e a tolerância;
- A salvaguarda do pudor das clientes em exames e situações de maior exposição física. Repare-se que se esta questão é naturalizada pelas trabalhadoras, da parte do gestor há a expressão clara de uma instrumentalização da maior “polivalência” das mulheres, que podem acumular várias funções, incluindo a de acomodarem as clientes.

Outra constatação do estudo é a de que existe um conjunto de prescrições, umas latentes, outras manifestas, acerca da apresentação de si e da atitude a demonstrar, como o “sorriso institucional”, as normas de vestuário e de apresentação estética, que consubstanciam o processo de modelação estética (apresentação de si) e até a mercadorização das disposições corpóreas das/os trabalhadores por parte das entidades empregadora,s referidos na literatura (CASACA, 2012). Algumas delas têm suscitado contestação por parte das trabalhadoras (por exemplo, o uso de um uniforme), que não tem tido eco junto de quem dirige. Como revelam as palavras da entrevistada número 13, o uso de bata representa para estas trabalhadoras como que uma desqualificação simbólica e uma degradação da sua identidade profissional e pessoal.

As fardas podiam ser melhores, mais bonitas, mais apresentáveis, acho que parecemos um bocado, empregadas mesmo de limpeza. (13 – Assistente de consultório).

Por vezes somos chamadas a atenção porque as unhas estão a descascar. (4 – Assistente de consultório).

[...] posso assumir que também me desmazelei um bocadinho a minha imagem, a partir do momento em que começámos a usar farda, quando tinha preocupações com o cabelo, com a maquilagem, com os acessórios, deixei de ter, simplesmente visto a farda, amarro o cabelo e vou para o trabalho. (4 – Assistente de consultório).

A percepção da gestão em relação à apresentação de si, e pegando no exemplo da obrigatoriedade do uso de uma farda, é que esta é uma mais-valia, tanto para a clínica e utentes como para as suas funcionárias e que de um modo geral apesar de haver alguma noção quanto ao desagrado de quem a tem de usar, o objetivo será o de ajudá-las para que não tenham de pensar no que irão vestir. Se o uso de uma bata uniformiza a imagem e a profissionaliza, para as funcionárias ela não só as desqualifica, como também anula a sua individualidade.

Tendo em conta a dimensão estética e emocional do trabalho, as entrevistadas deram conta das dificuldades que sentem em gerir este componente, pelo desgaste no

trabalho com clientes, na resolução de situações de conflito e reclamações, pela “habituação” e reação a situações de assédio (traduzidas em “piropos” de alguns clientes, por exemplo). De facto, tal como tem sido identificado na literatura (FAGAN; BURCHELL, 2002), para este tipo de serviços, também estas mulheres experienciam situações de alguma violência simbólica e física na interação com clientes, se umas se traduzem em situações de *flirt* e assédio, outras podem mesmo chegar a agressões verbais e físicas.

Uma situação mais desagradável, tive um sr. que me entrou porta dentro a reclamar, como praticamente acontece todos os dias, tendo aquele a diferença que praticamente só faltou bater-me e eu não conseguia de qualquer maneira controla-lo, estava-lhe a pedir para sair do corredor, e sr. realmente deixou-me assustada porque, entretanto, já levantava a mão e eu já não sabia o que havia de fazer. Até que, depois, pedi-lhe, que se queria falar naqueles modos para sair por favor, da zona dos exames e falávamos na sala de espera lá fora e o sr. saiu porta fora e saiu clínica fora também e foi melhor assim. (4 – Assistente de consultório).

Como vemos nas falas que se seguem, não obstante reconhecerem as situações de *flirt* e assédio, as mulheres acabam por naturalizá-las, num processo de acomodação.

Há tipos de abordagem mais ousadas [...] por profissionais da clínica [...], todas as vezes me sinto incomodada [...] ignoro, pura e simplesmente, não valorizo. De clientes acontece muito, mas acabo sempre por não se dar grande importância, faz-se de conta que não se ouviu. (1 – Escriturária).

As entrevistadas sentem-se pouco reconhecidas pelo trabalho que realizam, quer em termos remuneratórios, quer quanto a outras formas de reconhecimento e valorização profissional, o que é um traço que caracteriza especialmente as condições de trabalho das mulheres (FAGAN; BURCHELL, 2002). Todas têm a percepção de que a sua remuneração não corresponde à sua contribuição para a qualidade da clínica.

Se calhar até não, se ganhasse um bocadinho mais não fazia mal nenhum, acho que para aquilo que uma pessoa faz acho que sim, que devíamos ser mais bem remuneradas. (3 – Rececionista).

A subavaliação de riscos profissionais

Uma das dimensões mais surpreendentes na forma como estas mulheres percecionam os riscos e as condições de saúde e segurança é a subavaliação que fazem dos riscos profissionais a que estão expostas, como se vê nas falas seguintes. Na realidade os serviços de saúde, seja em hospitais, centros de saúde ou clínicas, encerram um conjunto de riscos efetivos e de vários tipos: riscos biológicos (pelo contacto com doentes, fluídos, etc.), físicos (radiações, ruído, etc.), químicos (manuseamento de medicamentos, gases, etc.), ergonómicos (transporte de doentes pesados, posições de trabalho, manuseamento de equipamentos), riscos com máquinas ou equipamentos (aparelhos de RX, de laboratório, etc.), ambiente de trabalho (iluminação, *layout*, pavimentos, etc.), da organização do trabalho (acumulação de funções, horários, etc.), psicossociais (conflitos, agressões físicas ou verbais, desgaste emocional, etc.) (AREOSA, 2011) De facto, na clínica estudada, todos estes riscos estão bastante presentes no quotidiano das trabalhadoras entrevistadas; eles são inclusivamente identificados pelos serviços de medicina no trabalho, ainda que não exista um plano de formação sistemático para a sua prevenção. A subavaliação dos riscos, também encontrada em outros estudos e que Areosa (2011) designou de iliteracia pública para a percepção ou avaliação de determinados tipos de risco, é justificada e

intensificada por alguns fatores. Citamos, desde logo a pericialização do risco que enfatiza o seu controlo tecnológico por serviços periciais especializados. Segundo Menéndez (2003), esta pericialização forjou uma sensação de controlo e de confiança que anula ou diminui a percepção de risco. Por outro lado, outro fator que, pensamos, justifica esta reduzida percepção de riscos prende-se à minimização ou mesmo não referência a riscos por parte da organização e da gestão.

Esta subavaliação tem efeitos, quer na mobilização para a reivindicação de melhorias, quer nas práticas de proteção e cuidados que individualmente possam assumir (que falham essencialmente no domínio da ergonomia). Na realidade, numa clínica de imagiologia, a exposição a radiações, por controlada que seja, constitui um risco considerável para a saúde das trabalhadoras, embora não seja aludido por nenhuma das trabalhadoras nem nas entrevistas nem na observação direta realizada. De facto, a ideia de que “está tudo controlado”, como uma referiu numa conversa mantida durante a observação da sua situação de trabalho, transfere para o domínio técnico e pericial o controlo dos riscos e confere a sensação de confiança. Outro risco menorizado nas entrevistas é o relativo às agressões verbais e ameaças físicas que, não obstante de intensidade variável, se verificam regularmente no atendimento a doentes e familiares. Como já se referiu anteriormente, as mulheres assumem estas agressões verbais como parte das exigências emocionais do seu trabalho, mobilizando competências que não consideram como sendo profissionais (paciência, simpatia, etc) para gerir a situação. O único tipo de riscos que referem são precisamente os ergonómicos, resultantes do trabalho com ecrãs de computadores e dos longos períodos que passam de pé.

[...] riscos... isto está controlado, não é? Quando vim para cá tinha um pouco de medo, mas depois esquecemo-nos. Já é o nosso dia-a-dia. (16 – assistente de consultório).

Que riscos? Acho que não há grandes riscos... só senti que desde que fui para lá comecei a usar óculos, comecei a ter a vista mais cansada, passei a ter derrames nas pernas que não tinha antigamente, passo muito tempo de pé. (9 – Dactilógrafa).

Reduzida autonomia e falta de controlo de ritmos e conteúdos de trabalho

A menor probabilidade de terem responsabilidades de planeamento e de autonomia sobre o trabalho e sobre os horários era outra das dimensões identificadas, das condições de trabalho de setores feminizados, que encontramos também junto do grupo em estudo. Quanto ao conteúdo de trabalho, encontramos uma forte intensidade dos ritmos de trabalho e ausência de controlo desses mesmos ritmos por parte das trabalhadoras. Os ritmos acabam por ser definidos superiormente, mas essencialmente determinados pela pressão dos e das clientes.

É a gestão da clínica porque querem ganhar dinheiro e quantos mais médicos houver melhor, e se os médicos tiverem as marcações todas cheias, melhor. E claro, nós temos de trabalhar a um grande ritmo, para os médicos não se atrasarem, para os doentes não reclamarem, para as coisas fluírem, e também depois para a gente chegar ao final do dia, à nossa horinha e ir embora. (16 – Assistente de consultório).

É muito intenso... Porque entramos de manhã e só paramos mesmo na hora de sair... graças a deus temos algum trabalho e não paramos.... ainda conseguimos ter hora de almoço neste momento, houve alturas que não... Mas de resto, estamos sempre a trabalhar porque temos sempre coisas para fazer... e inclusive ao final do dia, com um

dia de trabalho bem puxado, ter de fazer mais duas horinhas de limpeza ainda pior. (limpeza na clínica). (10 – Rececionista).

Recentemente, a gestão da clínica integrou nas funções das funcionárias a responsabilidade de limparem o próprio espaço de trabalho, justificando-o com uma necessária redução de custos em serviços de limpeza. Todas as funcionárias foram “convidadas” a incluir esta função nas suas tarefas diárias, não havendo exceções. Quando foi “abordado” este assunto, ele foi acolhido com resistência não obstante o carácter de “absoluta necessidade” com que foi apresentado, e visto como medida para assegurar os postos de trabalho existentes. Foi também incutido que esta seria uma tarefa a muito curto prazo, e deveria ser um esforço comum a toda a organização. Posto isto, nenhuma funcionária se recusou a este novo papel, apesar de o desagrado ter sido geral, devido ao tipo de trabalho que ia passar a ser desempenhado e ao aumento do número de horas de trabalho por dia, agravando as dificuldades de conciliação de esferas. Uns dias após o começo desta nova função, foi verificado que não havia necessidade de todos os elementos limparem todos os dias, uma vez que também não havia material suficiente; foram então criadas equipas de limpeza, da qual também a gestão fazia parte. Curiosamente, o único elemento masculino (que fazia parte da gestão da clínica) rapidamente se desvinculou destas funções, como se pode ver na seguinte afirmação.

Ele não fazia parte da minha equipa, e ainda bem, elas queixaram-se logo que limpavam com menos uma pessoa, não era justo. Isto foi para enganar. (16 – Assistente Consultório).

Se esta “novidade” provocou contestação nos tempos iniciais, e face à retórica de necessidade em tempos de austeridade usada pela gestão, o facto é que as mulheres se foram adaptando e poucas são as que hoje veem possibilidade de eliminar esta tarefa de limpeza.

Faço mais horas, há vários dias por semana que faço mais horas, agora (limpeza). Hoje em dia nós não nos podemos recusar a fazer o que tiver que ser feito, há pouco emprego, e não se pode desperdiçar. (6 - Rececionista).

A acomodação à integração da limpeza nas suas tarefas encontra-se justificada e legitimada por uma racionalidade que prefere manter o emprego, mesmo que tenha de suportar tarefas mais desqualificadas, do que o perder – como refere a entrevistada número 6, há um sentimento de que não se podem recusar “fazer o que tiver de ser feito”. Esta “tarefa”, que no início da sua implementação gerou alguma confusão e repulsa, em pouco tempo passou a ser interpretada pelas funcionárias como uma vantagem oferecida, como se fosse um bónus para acumularem horas para o banco de horas. As limpezas passaram a ser interpretadas como uma parte integrante das suas funções, com alguma naturalidade, como se pode verificar na citação da entrevistada número 8.

É difícil conciliar com a vida familiar mas... como nós fazemos as limpezas na clínica, temos as horas, essas horas, também podemos gozá-las quando nos é necessário. (8 – Rececionista).

Há um sentimento de que existe pouca formação e pouca proactividade na criação de melhores condições profissionais. A formação, como se vê no caso da entrevistada 10, é essencialmente informal e automotivada no próprio posto. A possibilidade de participação nas decisões sobre o trabalho, sobre a clínica e sobre as suas condições de trabalho são diminutas ou mesmo inexistentes, facto que as mulheres legitimam funcionalmente, ou seja, remetendo a decisão para os superiores hierárquicos.

No dia-a-dia vamos sempre recebendo coisas novas e vamos aprendendo por nós próprias. Acho que é sempre importante para a gente aprender coisas que de repente aparecem e nós – o que se passa aqui? Afinal a gente não sabe, e gostaríamos de saber as coisas. (10 – Rececionista).

Intensidade de ritmos e conciliação de esferas

Um aspeto que considerámos interessante explorar prende-se com as percepções que estas trabalhadoras têm acerca dos impactos da intensidade do trabalho na clínica, e da extensão dos horários, sobre outras esferas, essencialmente a esfera familiar. Salientam, nas suas falas, as dificuldades de conciliação com os papéis de esposa e mãe, especialmente, revelando acumular grande parte das tarefas domésticas. Sentem que é um aspeto decisivo nas suas vidas, com fortes implicações nas dificuldades de conciliação com a vida pessoal e familiar, mas sobre o qual não têm possibilidade alguma de alteração ou gestão mais flexível. O facto de fazerem mais horas reais do que as estipuladas 8 horas diárias merece lamento, mas não tem havido, da parte das trabalhadoras, reivindicação no sentido inverso. Pelo contrário, os efeitos da “crise” e das medidas de austeridade que caracterizou o contexto nacional desde 2008, parecem legitimar, nestes discursos, a necessidade de acomodar as exigências de mais trabalho, em detrimento de melhores condições psicossociais no trabalho. Nos discursos de muitas das entrevistadas revela-se também a persistente assimetria na divisão das tarefas domésticas com os companheiros.

[...] chego à clínica cansada, esgotada, triste, ter de fazer tudo (em casa), depois chego aqui também tenho montes de trabalho, mas pronto, tenho que por isso para trás das costas e tentar não transparecer isso para as minhas colegas porque elas não têm culpa da minha vida lá fora.. não é que seja sacrifício, por vezes.... sinto que dou pouca atenção ao meu menino, quando o trabalho é mais intenso, no fim do mês, isso deixa-me triste. (6 – Rececionista, 31 anos).

Considerações finais

O objetivo deste estudo foi o de conhecer e compreender o modo como as condições de trabalho num universo feminizado são percecionadas pelas suas e pelos seus protagonistas, trabalhadoras e gestores. De forma secundária, procurámos compreender a relação entre esse fenómeno de segregação ocupacional e os seus efeitos em termos de condições de trabalho das mulheres, em setores como o da saúde privada. Este trabalho, apesar de exploratório e centrado num estudo de caso, constitui-se como um contributo académico num campo onde Débora Kerfoot e Marek Korczynski (2005) detetam pouca pesquisa produzida sobre este tipo de profissionais e consequente invisibilização. Na realidade, o que concluímos a partir dos dados obtidos é que o facto de se tratar de um trabalho estereotipadamente atribuído às mulheres, tem uma influência decisiva sobre a forma como se organiza e desenvolve. Verificamos assim a tese, encontrada na literatura e que serviu de guião analítico para a pesquisa empírica, de que a segregação sexual do trabalho explica as condições de trabalho nos sectores feminizados bem como as percepções dos atores sociais acerca delas (AESST, 2013; FAGAN; BURCHELL, 2002). Os efeitos mais destacados são a invisibilização das desigualdades e dos riscos psicossociais associados às condições de trabalho, marcadas pela intensidade de horas trabalhadas e de carga laboral, pela precariedade e fraca capacidade de negociação e participação das mulheres nas decisões, pela exigência de que cumpram tarefas para além das suas funções estabelecidas contratualmente, pela exposição a riscos de agressões, *flirt* e assédio, a

intensidade emocional, o não reconhecimento das suas competências como tal e a correlativa desvalorização salarial, entre outras.

O aumento da atividade feminina no sector dos serviços de saúde privados, não invalida o facto de as mulheres estarem “presas” a atividades tipicamente femininas, pouco qualificadas, com baixas remunerações e escassas oportunidades de progressão profissional, como se verifica neste estudo de caso. A desigualdade de género influencia as condições de trabalho e a forma como os atores as racionalizam. As características das condições de trabalho, são claramente determinadas pelo facto de este ser considerado um “trabalho de mulher”, que tem como centro a interação com utentes e colegas, como tal; estas características são tidas como específicas da mulher e do seu papel na sociedade, desvalorizando-as assim como (não) competências profissionais. Os atributos que, nas perceções das pessoas entrevistadas, fazem deste trabalho um trabalho de mulheres, são as competências emocionais e relacionais destas, mais adequadas ao “trabalho emocional”, e a “polivalência” que manifestam por poderem executar todas as tarefas, incluindo as que exigem maior salvaguarda do pudor físico das clientes.

A feminização deste tipo de trabalho não só é constatada como é legitimada pelas pessoas entrevistadas. É visível um certo orgulho, quando as entrevistadas explicam que têm determinadas competências femininas, extremamente relevantes para a realização do seu trabalho, e as quais, segundo elas, não podem ser encontradas nos homens, assentando as diferenças em argumentos essencializadores e naturalizantes, e não as sublinhando como competências profissionais.

A exposição a várias formas de violência e a assédio parece ser recorrente no dia-a-dia de trabalho na clínica e, talvez por isso, situações já naturalizadas. A maioria afirmou já ter sido vítima de assédio, nomeadamente piropos, por parte de profissionais e de clientes, bem assim como nos dias de maior stresse os relatos revelam casos de violência psicológica. Como referem Fagan e Burchell (2002) algumas formas de intimidação, assédio moral ou sexual podem estar tão enraizadas na cultura organizacional e nos padrões de interação social que são aceites como parte normal regular da vida profissional, sendo as mulheres as mais expostas a estas situações discriminatórias, como é o caso em estudo.

A segregação das mulheres em ocupações de baixa remuneração contribui fortemente para a persistente desigualdade salarial existente. A compensação das horas extraordinárias, dos horários antissociais, das pobres condições físicas de trabalho, e os prémios de desempenho são mais significativos em áreas dominadas por homens. Neste estudo de caso, é notório o sentimento de falta de reconhecimento. Muito reforçado pela situação de crise económica e de austeridade vivida em Portugal, surge um sentimento de que aumentos salariais são algo de impossível no curto e médio prazo, embora fiquem claros a desmotivação e sentimento de desvalorização.

A feminização do mercado de trabalho e das ocupações tem sido associada ao aumento de formas flexíveis e precárias de emprego e a degradação das condições físicas de trabalho. As mulheres são mais sujeitas a condições ergonómicas pobres, movimentos repetitivos, embora sejam menos conscientes, informadas e percecionem menos os riscos que correm, mesmo se, como no caso em estudo, permanentemente sujeitas a radiações (FAGAN; BURCHELL, 2002). Este facto é, como se viu, bastante visível neste estudo de caso, onde as entrevistadas revelaram uma total subavaliação dos riscos, assinalando apenas alguns riscos ergonómicos. Esta subavaliação dos riscos resulta, quer de uma cultura organizacional que os minimiza ou ignora, quer da confiança decorrente da pericialização do controlo tecnológico dos riscos.

Mesmo mulheres que no seu dia-a-dia de trabalho, realizam tarefas de planeamento, têm dificuldade em identificar essas funções, atribuindo-as à gestão. As mulheres

entrevistadas, negam instantaneamente qualquer envolvimento com tomadas de decisão, manifestando até alguma repulsa em ter alguma responsabilidade de planeamento.

As condições de trabalho são sexualizadas, porque são um resultado de padrões de emprego segregados por sexo. A integração nas funções das funcionárias da responsabilidade por limparem o próprio espaço de trabalho é talvez a prova disso mesmo, ficando a dúvida no ar... limpam porque são mulheres? A categoria sexual parece ser um fator determinante na seleção de profissionais para o trabalho na clínica, uma vez que as estratégias de competitividade das empresas assentam, cada vez mais, na satisfação dos clientes por via da prestação de um serviço de excelência, onde a adequada exibição de emoções, o estilo, a postura, os gestos, o tom de voz, a aparência física são requisitos fundamentais. Talvez, a formação não exista nesta organização, as funcionárias apenas ensinam umas às outras como desempenham as suas funções, uma vez que algumas têm processos bastante específicos, mas a necessidade de formação na área de atendimento ao público, como reagir em certas situações, seria, do ponto de vista das entrevistadas, uma mais-valia para todos/as.

As constatações que pudemos analisar a partir deste estudo de caso, sendo exploratórias, revelam-se extremamente importantes e relevantes no contexto dos estudos de género e organizações de trabalho na contemporaneidade, especialmente em sectores de recente expansão e elevada feminização como o da saúde privada. O fenómeno de feminização do sector e das respetivas condições de trabalho não tem sido problematizado numa perspetiva de género, o que limita substancialmente as análises. O que este trabalho permite, olhando de forma particular e intensiva para um contexto específico de análise, é compreender como é que a feminização das ocupações é um processo complexo de construção de significados, práticas e estruturas de desigualdade que permanecem invisíveis e por problematizar. Na realidade, o que concluímos a partir dos dados obtidos é que o facto de se tratar de um trabalho estereotipadamente atribuído às mulheres, tem uma influência decisiva sobre a forma como se organiza e desenvolve. Verificamos assim a tese encontrada na literatura e que serviu de guião analítico para a pesquisa empírica, de que a segregação sexual do trabalho explica as condições de trabalho nos sectores feminizados bem como as perceções dos atores sociais acerca delas. Os resultados inspiram futuros trabalhos mais amplos que possam aprofundar e dar extensão a estes achados de pesquisa.

Referências

- ALCAÑIZ, Mercedes; MONTEIRO, Rosa. "She-austerity. Precariedad y desigualdad laboral de las mujeres en el sur de Europa". *Convergencia, revista de Ciencias Sociales*, México n. 72, p. 39-68, agos., 2016.
- ACKER, Joan. "From glass ceiling to inequality regimes". *Sociologie du travail*, Paris, v. 51, n. 2, p. 199-217, avril, 2009.
- AGÊNCIA EUROPEIA PARA A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. *Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work Research*. Luxembourg: Pub. Office European Union, 2013.
- AREOSA, João. "Riscos ocupacionais da imagiologia: estudo de caso num hospital português". *Tempo Social*, Porto, v. 23, n. 2, p. 297-318, nov. 2011.
- CASACA, Sara F. "As Novas Dinâmicas Laborais e os Desafios da Articulação com a Vida Familiar". *Sociologia, Problemas e Práticas*, Lisboa, n. 72, p. 31-72, maio, 2012.
- _____. "As desigualdades de género em tempos de crise: um contributo para a reflexão sobre as implicações da vulnerabilidade laboral". *Sociedade e Trabalho*, Lisboa, n. 41, p. 183-204, dez. 2010.

- COMISSÃO PARA A CIDADANIA E IGUALDADE DE GÉNERO (CIG). *Igualdade de Género*, Lisboa: CIG, 2014.
- COLLINSON, David. *Managing the Shopfloor: Subjectivity, Masculinity, and Workplace Culture*. Berlim: Walter Gruyter, 1992.
- CRUZ, Ana. *Entre a Casa e a Caixa: retrato de trabalhadoras na grande distribuição*. Porto: Afrontamento, 2003.
- ERIKSSON, Ylva; FLISBÄCK, Marita. *Me as Myself as a Tool – Emotional Work and Professional Distance*. In: 28th International Labour Process Conference, 2010, Sweden: Sociologiska institutionen, 2010, p. 1-20. Disponível em: <https://www.goteborgsuniversitet.se/forskning/publikation/?publicationId=118271>
- FAGAN, Collin; BURCHELL, Brendan. *Gender, Jobs and Working Conditions in the European Union*. Dublin: EILW, 2002.
- FENSTERMAKER, Sarah; WEST, Candace; ZIMMERMAN, Don. *Gender Inequality: New Conceptual Terrain. Gender, Family and Economy: The Triple Overlap*. Thousand Oaks: Sage, 1991.
- FERREIRA, Virginia. "Os Paradoxos da situação das mulheres em Portugal". *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 52/53, p. 199-227. Fev. 1999.
- _____. Relações sociais de sexo e segregação do emprego: uma análise da feminização dos escritórios em Portugal. 2004. Dissertação (Doutoramento em Sociologia) - Sociologia da Produção, do Trabalho e da Empresa, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- _____. *A igualdade de mulheres e homens no trabalho e no emprego em Portugal: políticas e circunstâncias*. Lisboa: CITE, 2010.
- GALLIE, Duncan; WHITE, Michael; CHENG, Yuan; TOMLINSON, Mark. *Restructuring the Employment Relationship*. Oxford: OUP, 1998.
- GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO (GEP). *Quadros de Pessoal*. 2010. Disponível em: <http://www.gep.msess.gov.pt/estatistica/gerais/qp2010pub.pdf>. Acesso em: 10/01/2013.
- GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO (GEP). *Quadros de Pessoal*. 2017. Disponível em: <http://www.gep.msess.gov.pt/index.html>. Acesso em: 8/01/2013.
- GONZALEZ, Maria do Pilar. "Diferenças salariais de género e educação em Portugal". In: TEIXEIRA, Aurora; SILVA, Sandra; TEIXEIRA, Pedro (Orgs). *O que sabemos sobre a pobreza em Portugal?*. Porto: Vida Económica, 2010, p. 155-169.
- HAKIM, Catherine. *Occupational Segregation: A Comparative Study of the Degree and Pattern of the Differentiation between Men and Women's Work in Britain, the United States, and other countries*. London: HMSO, 1979.
- HOCHSCHILD, Arlie. *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: UCP, 1983.
- JENSON, Jane. "The Talents of Women, The Skills of Men: Flexible Specialisation and Women". In: NANCY, Jackson (Orgs.) *Skills formation and gender relations: the politics of who knows what*. Vitória: Deakin University, 1991. p. 37-51.
- KANTER, Rosabeth M. *Men and women of the corporation*. Nova Iorque: Basic Books, 1993.
- KERFOOT, Deborah; KORCZYNSKI, Marek. "Gender and Service: New Directions for the Study of 'Front-Line' Service Work". *Gender, Work & Organization*, United Kingdom, v. 12, n.5, p. 387-399, set. 2005.
- LYNCH, Samantha. "Gender Segregation in the Retail Industry". In: *DTI Gender Research Forum*, DTI Conference Centre. 2002. Disponível em: <https://kar.kent.ac.uk/id/eprint/7182>. Acesso em: 04/01/2013.
- MENÉNDEZ, Alfredo. "El papel del conocimiento experto en la gestión y percepción de los riesgos laborales". *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, Barcelona, v. 6, n. 4, p. 158-165, octub./dici., 2003.

- OLIVEIRA, Juliana. "As emoções no trabalho e a segregação ocupacional no gênero feminino". *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, Paraíba, v. 11, n. 31, p. 32-52, abr. 2012.
- RESKIN, Barbara; PADAVIC, Irene. *Women and Men at Work. Mulheres e Homens no trabalho*. Thousand Oaks: Pine Forge Press, 1994.
- RUBERY, Jill; FAGAN, Colette. *Wage Determination and Sex Segregation in the European Community*. (Social Europe Supplement 4/94), Luxembourg: Official Publications of the European Community, 1994.
- STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing*. Thousand Oaks, Sage, 1998.
- WALBY, Sylvia. *Patriarchy at Work*. Cambridge: Polity, 1986.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Standards and operational guidance for ethics review of health-related research with human participants*. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502948_eng.pdf.

[Recebido em 26/07/2016,
reapresentado em 30/08/2017
e aprovado em 25/09/2017]

Working conditions in a feminised working environment

Abstract: We present the results of a case study on working conditions in a feminised working environment, and how they are perceived by workers and managers. The study took place in a private health clinic, and the methodology included semi-structured interviews and direct observation. We observed the initial exploratory proposition that sex segregation of work explains the working conditions in feminised sectors, as well as the perceptions of stakeholders about them. The main effects are the invisibility of inequalities and the psychosocial risks associated with working conditions. Those were marked by the amount of hours worked and workload, the precariousness and nonparticipation in decisions, requirement of extra tasks, exposure to aggression and harassment, emotional intensity, non-recognition of their competences, and corresponding devaluation of wages.

Keywords: working conditions, occupational segregation, women, psychosocial risks

Rosa Monteiro (monteiro.rosa14@gmail.com) é doutorada em Sociologia do Estado, Direito e Administração, pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Professora auxiliar do Instituto Superior Miguel Torga e Investigadora do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. É perita em Igualdade de Género e estudos sobre as mulheres, reconhecida pelo Instituto Europeu para a Igualdade de Género. Foi vice-presidente da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres entre 2012 e 2015. Integrou as equipas de investigação que avaliaram políticas públicas no domínio da igualdade, designadamente, o II e o III Planos Nacionais para a Igualdade, e a integração da perspetiva da Igualdade de Género nos Fundos Estruturais no anterior quadro comunitário (QREN 2007-2013). Tem desenvolvido projetos de investigação e de investigação ação no domínio das políticas locais de igualdade, dos mecanismos oficiais para a igualdade, e das migrações.

Vivalda Freitas (vivaldafr@hotmail.com) é mestre em Gestão de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional pelo Instituto Superior Miguel Torga. Participou no 2.º Congresso Mundial em Investigação e Saúde com um trabalho sobre as condições de trabalho das mulheres.

Fernanda Daniel (fernanda-daniel@ismt.pt) é doutorada em Psicologia — Desenvolvimento e Intervenção Psicológica; Doutoranda em Serviço Social; Membro do Conselho de Redação da revista *Interações: Sociedade e as novas modernidades*; Membro do Corpo editorial da *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*; Investigadora do CEIS-UC, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Membro do Conselho Investigadora associada do CIES-IUL, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa. Colaboradora do Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade da Universidade do Porto nos Projetos “Trajetórias do Envelhecimento” e “Redes Sociais Pessoais de Idosos”.