



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PAULA CAROLINE SANTOS OLIVEIRA

**RAÇA/COR DA PELE, GÊNERO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
PROFESSORAS E PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA DE SALVADOR-BA**

FEIRA DE SANTANA-BA

2019

PAULA CAROLINE SANTOS OLIVEIRA

**RAÇA/COR DA PELE, GÊNERO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
PROFESSORAS E PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA DE SALVADOR-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Linha de Pesquisa: Saúde, Ambiente e Trabalho.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jorgana Fernanda de Souza Soares

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Tânia Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA – BA

2019

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Oliveira, Paula Caroline Santos

O49r Raça/cor da pele, gênero e transtornos mentais comuns entre professoras e professores da educação básica de Salvador-BA./ Paula Caroline Santos Oliveira. – 2019.

94f.: il.

Orientadora: Jorgana Fernanda de Souza Soares

Co-Orientadora: Tânia Maria de Araújo

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

1. Transtornos mentais – Professores escolares. 2. Gênero e saúde. 3. Interseccionalidade. 4. Etnia e saúde. I. Soares, Jorgana Fernanda de Souza, orient. II. Araújo, Tânia Maria de, co-orient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 616.89: 373.3

Maria de Fátima de Jesus Moreira – Bibliotecária – CRB5/1120

PAULA CAROLINE SANTOS OLIVEIRA

**RAÇA/COR DA PELE, GÊNERO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE
PROFESSORAS E PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA DE SALVADOR-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Linha de Pesquisa: Saúde, Ambiente e Trabalho.

Feira de Santana, 15 de julho de 2019.

Prof^a Dr^a Jorgana Fernanda de Souza Soares
Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia

Prof^a Dr^a Edna Maria de Araújo
Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof^a Dr^a Paloma de Sousa Pinho Freitas
Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por dar saúde, sabedoria, tranquilidade e coragem para me permitir realizar mais uma etapa da minha formação e meu primeiro degrau na docência.

Agradeço à minha família que tem sido minha sustentação em todos os momentos. Meus pais, pelo amor, incentivo e compreensão; meus sobrinhos, meu cunhado e minhas irmãs Pauliny e Paloma, por trazerem leveza e alegria nos meus dias de estresse e fadiga. Minha avó Vilma, pela preocupação, por acompanhar minhas noites em claro e se fazer presente em todas as fases da minha vida.

Agradeço ao meu marido e amigo de tantos anos, Samuel, por fazer das minhas vitórias as dele, por compreender minha ausência, por me acalmar nos momentos de angústia, pela motivação e companheirismo.

Agradeço à minha turma querida pela troca de conhecimentos e parceria. Um carinho especial por minhas colegas e amigas da graduação Tami, Nati e Mila; pelas novas amigas Lore, Sam e Sarinha. Vocês tornaram esses dois anos mais felizes.

Agradeço aos amigos do Núcleo de Epidemiologia pela cumplicidade, pela amizade e pelo apoio. Tenho orgulho de fazer parte dessa equipe.

Agradeço a minha orientadora, por quem sempre tive muita admiração, professora Jorgana, que me acolheu e aceitou o desafio de me orientar à distância. Pró, muita gratidão por tudo, pelos conhecimentos e principalmente pela tranquilidade transmitida, pela paciência, por me deixar à vontade para fazer minhas escolhas e por ter acreditado e confiado no meu trabalho.

Agradeço à professora Tânia, que faz parte do meu caminhar acadêmico há tanto tempo, por me mostrar que eu poderia ir sempre mais além, por me estimular a ser cada dia melhor, por ser minha referência nesse mundo difícil da pesquisa.

Agradeço ao professor Paulo Nazareno, que tive o prazer de conhecer, por ter mergulhado no desafio de compreender minha análise, pela confiança, dedicação, ensinamentos e principalmente pela humanidade e tranquilidade que me transmitiu nesses últimos meses tão corridos.

Agradeço às professoras Edna e Paloma, por dividirem comigo esse momento, pelo interesse e dedicação na leitura da minha dissertação e pelas valorosas contribuições.

Agradeço a todos/as os/as professores/as do PPGSC da UEFS, pelos ensinamentos, pelo amadurecimento profissional adquirido e por terem me conduzido com excelência ao título de Mestre em Saúde Coletiva.

Agradeço aos funcionários do PPGSC, Jorge, Goreth, Regina e Seu Raimundo, que ficam nos bastidores, mas sem vocês nada disso seria possível. Obrigada pela colaboração e disponibilidade.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), que me concedeu uma bolsa durante a realização desse mestrado, contribuindo para viabilização dessa dissertação.

Mais uma etapa vencida! Sei que ainda é só o começo (...).

Oliveira, P.C.S. Raça/cor da pele, gênero e transtornos mentais comuns entre professoras e professores da educação básica de Salvador-BA [dissertação]. Feira de Santana: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana; 2019.

RESUMO

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) estão entre os problemas que mais acometem os professores atualmente, estando atrelados às novas configurações do mundo do trabalho provocadoras da desvalorização da categoria, com baixos salários, sobrecarga, carga horária exaustiva, pressão por produtividade, contratos temporários e ambientes de ensino inadequados. Entretanto, as condições de trabalho sozinhas não são os únicos fatores que podem desencadear o sofrimento psíquico. As características sociais, como a raça/cor da pele e o gênero também podem estar associadas e esta interação pode ser percebida através da análise de interseccionalidade. Neste contexto, a presente dissertação tem como objetivo analisar a interação entre raça e gênero no desenvolvimento de TMC entre professores/as da rede básica municipal de ensino de Salvador. A presença de TMC foi mensurada através do SRQ-20 e a prevalência segundo os quatro grupos de raça e gênero (homem não negro, homem negros, mulher não negra, mulher negra) foi calculada através da regressão logística e teste de interação estatística. Participaram do estudo 1.968 professores. Não houve associação estatisticamente significativa entre raça/cor da pele, gênero e a intersecção entre elas com a prevalência de TMC; as mulheres negras foram o grupo menos suscetível, com probabilidade de 19,91%, enquanto os homens negros foram os mais vulneráveis, com probabilidade de 24,04% de desenvolver TMC. A análise de interação mostrou que o efeito combinado dos fatores de exposição foram inferiores aos efeitos de exposição separadamente. Considera-se importante realizar novos estudos, a fim compreender a associação entres essas variáveis, além de dar visibilidade à raça e gênero nas relações sociais e avaliar os impactos das desigualdades sociais nas condições de vida e trabalho dos/as professores/as no Brasil.

Palavras-chave: professores escolares, etnia e saúde, gênero e saúde, interseccionalidade, transtornos mentais.

Oliveira, P.C.S. Race/skin color, gender and common mental disorders among teachers of basic education in Salvador-BA [dissertação]. Feira de Santana: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana; 2019.

ABSTRACT

Common Mental Disorders (CMD) are among the problems that most affect teachers today, being linked to the new configurations of the world of work that cause the devaluation of the category, with low wages, overload, exhausting workload, pressure for productivity, temporary contracts and inadequate teaching environments. However, working conditions alone are not the only factors that can trigger psychological distress. Social characteristics, such as race / skin color and gender can also be associated and this interaction can be perceived through the analysis of intersectionality. In this context, this dissertation aims to analyze the interaction between race and gender in the development of CMD among teachers from the basic municipal education network in Salvador. The presence of CMD was measured using the SRQ-20 and the prevalence according to the four groups of race and gender (non-black man, black man, non-black woman, black woman) was calculated through logistic regression and statistical interaction test. 1,968 teachers participated in the study. There was no statistically significant association between race / skin color, gender and the intersection between them and the prevalence of CMD; black women were the least susceptible group, with a 19.91% probability, while black men were the most vulnerable, with a 24.04% probability of developing CMD. The interaction analysis showed that the combined effect of the exposure factors was less than the effects of exposure separately. It is considered important to carry out new studies in order to understand the association between these variables, in addition to giving visibility to race and gender in social relations and assessing the impacts of social inequalities on the living and working conditions of teachers in Brazil.

Keywords: school teachers, ethnicity and health, gender and health, intersectionality, mental disorders.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Conceitual Adotado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

Figura 2 – Modelo Conceitual Adotado pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde/ Organização Mundial da Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos/as professores/as da educação básica de ensino público municipal por raça/cor da pele e gênero, Salvador, 2006.

Tabela 2 – Características ocupacionais e saúde vocal dos/as professores/as da educação básica de ensino público municipal por raça/cor da pele e gênero, Salvador, 2006.

Tabela 3 – Prevalência de TMC segundo as categorias de raça/cor da pele e gênero dos/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

Tabela 4 – Prevalência esperada, observada e diferença de prevalência de TMC entre os grupos de gênero e raça/cor dos/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

Tabela 5 – Resultados do modelo MPL com erros padrão robustos de White dos/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

Tabela 6 – Probabilidade em se desenvolver TMC entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

Tabela 7 – Resultados do modelo MPL estimados por MQG entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

Tabela 8 – Probabilidade em se desenvolver TMC entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

Tabela 9 – Resultados do modelo da regressão logística na determinação do TMC entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

Tabela 10 – Análise do efeito de modificação de gênero e raça/cor com TMC entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

Tabela 11 – Análise da interação nas escalas aditiva e multiplicativa entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

Tabela 12 – Probabilidade média, desvio padrão e amplitude dos valores previstos de probabilidade de TMC entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

Tabela 13 – Probabilidade média de TMC entre os grupos de professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças (CID-10)
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)
CNS	Conselho Nacional de Saúde (CNS)
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil
DSS	Determinantes Sociais da Saúde (DSS)
EF	Ensino Fundamental (EF)
EI	Educação Infantil (EI)
EM	Ensino Médio (EM)
ES	Ensino Superior (ES)
HEM	Habilitação Específica de Magistério (HEM)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
JCQ	Job Content Questionnaire
MQG	Mínimos Quadrados Generalizados (MQG),
MQO	Mínimos Quadrados Ordinários (MQO)
MDC	Modelo demanda-controle (MDC)
MPL	Modelos de Probabilidade Linear
OR	Odds Ratio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SMEC	Secretaria de Educação e Cultura do município
SRQ-20	Self-Reporting Questionnaire
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	OS ESTEREÓTIPOS DA DOCÊNCIA NO BRASIL	18
3.2	TRABALHO DOCENTE E ADOECIMENTO	20
3.2.1	Transtornos Mentais Comuns	22
3.3	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	23
3.3.1	Desigualdades em saúde na perspectiva da raça/cor da pele e gênero	28
3.3.2	Raça/cor da pele, gênero e trabalho	31
3.3.3	Interseccionalidade entre gênero e raça/cor da pele	36
4	METODOLOGIA	38
4.1	DESENHO DE ESTUDO	38
4.1.1	Campo de estudo	38
4.1.2	População do estudo	38
4.1.3	Instrumento de coleta de dados	39
4.1.4	Coleta de dados	40
4.1.5	Variáveis do estudo	41
4.1.6	Análise dos dados	42
4.1.7	Aspectos éticos	43
5	RESULTADOS	44
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	78
	ANEXO A - Instrumento de coleta de dados	

1 INTRODUÇÃO

A educação brasileira tem passado por constantes transformações no decorrer dos anos, reflexo de evoluções no mundo do trabalho que aumentaram a exigência pela profissionalização e as demandas sobre os trabalhadores. As modificações sociopolíticas, as reformas educacionais e os novos modelos pedagógicos, foram determinantes das modificações no trabalho docente (OLIVEIRA, 2004).

Atualmente, o papel do/a professor/a vai além da mediação do conhecimento e também extrapola as salas de aula. Na educação infantil, o/a professor/a, além de ensinar, deve participar da gestão e do planejamento escolar, estendendo sua relação às famílias e à comunidade (SOUZA et al., 2003). A educação ficou atrelada à solução de problemas sociais e econômicos, comprometendo o seu papel de desenvolvimento das capacidades intelectuais dos alunos, gerando pouca valorização dos conteúdos científicos e do trabalho dos/as professores/as (LIBÂNEO, 2016).

Somado a estes fatores, há a desvalorização social e econômica da categoria no Brasil (SERAFFIM et al., 2012). Além disso, as circunstâncias sob as quais os/as professores/as mobilizam as suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para atingir as exigências podem afetar, principalmente, suas funções psicofisiológicas. Dependendo do tempo de duração desta sobrecarga, das características individuais e do tempo disponível para recuperação, são precipitados sintomas clínicos que conduzem aos afastamentos do trabalho, principalmente por transtornos mentais (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

Dentre os problemas psíquicos potencialmente ocasionados pelo trabalho, destacam-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC) (SZETO; DOBSON, 2013), os quais abarcam um conjunto de sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, nervosismo, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas inespecíficas que interferem no desempenho das atividades diárias (GOLDBERG; HURXLEY, 1992). Em estudos realizados com docentes, os TMC variaram de 20,1% na educação superior (TAVARES et al., 2012) a 55,9% da educação infantil (REIS et al., 2005). Entre os aspectos da docência associados ao TMC estão repetitividade, insatisfação no desempenho das atividades, desgaste nas relações professor-aluno, ambiente intranquilo, falta de autonomia, ritmo acelerado de trabalho, falta de materiais e de equipamentos adequados nas salas de aula (ARAÚJO; CARVALHO, 2009).

Entretanto, o adoecimento do trabalhador não deve ser percebido como algo isolado ou unicausal. Além dos aspectos já citados, característicos do processo de trabalho, há

também interferência dos determinantes sociais que podem potencializar o sofrimento mental (BRASIL, 2013). Mesmo que no Brasil as diferenças sejam evidentes, aspectos relativos às desigualdades de gênero e discriminação racial muitas vezes são desconsiderados em pesquisas sobre saúde do trabalhador (PRONI; GOMES, 2015). Tais características não podem ser vistas apenas como biológicas, já que possuem um contexto histórico e social de categorização, capazes de gerar adoecimento devido às desigualdades por elas geradas.

O conceito de desigualdade é inerente às questões de classe, gênero e raça. Denota a posição dos indivíduos de uma sociedade com relação aos meios de produção, o valor diferente que lhes é dado de acordo com bens materiais, sexo, características físicas ou cor de sua pele (AGUIAR, 2007). Quando se enfoca a raça/cor da pele, percebe-se a forte presença do racismo, o qual é categorizado em três níveis: o institucionalizado, o mediado pessoalmente e o internalizado. Institucionalizado é quando ocorre uma diferença no acesso aos serviços, produtos e oportunidades por conta da cor da pele. O mediado pessoalmente é o mais comum, referente ao preconceito entre as relações sociais, quando há um tratamento diferenciado por causa da sua raça/cor. O internalizado é definido como a “aceitação pelos membros de raças estigmatizadas de mensagens negativas sobre as próprias habilidades e o valor intrínseco deles” (JONES, 2000).

Todas as manifestações do racismo afetam a saúde do indivíduo e incidem diretamente na saúde mental da população negra, correspondente a mais da metade da população brasileira. Lidar com o racismo gera um estado de tensão emocional constante - é ser perseguido, oprimido e ameaçado, é uma violência, é adoecedor. Até recentemente, predominava a percepção de que as desigualdades associadas à raça/cor da pele vinham reduzindo gradualmente, no entanto, a mobilidade social dos negros ainda é lenta e pouco visível (THEODORO, 2010). No mercado de trabalho, por exemplo, são observadas expressivas divergências, com clara situação de vulnerabilidade para os/as negros/as e as mulheres (PRONI; GOMES, 2015).

Diversas pesquisas expõem as situações de vulnerabilidade as quais a população negra está exposta. Em estudo com servidores públicos de uma universidade no Rio de Janeiro, a discriminação racial foi relatada por 14% dos negros, sendo a prevalência de hipertensão arterial mais elevada nesse grupo (FAERSTEIN et al., 2014), ou seja, os efeitos do preconceito refletem na saúde. A mortalidade infantil e materna são maiores entre indivíduos de raça/cor da pele negra (CARDOSO; SANTOS; COIMBRA, 2005; MARTINS, 2006). Os homens negros morrem mais que os brancos, principalmente devido aos transtornos mentais (uso de álcool e outras drogas); doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose e HIV/

Aids) e causas externas (homicídio) (BATISTA, 2005). Os homens negros apresentam maior perda de anos potenciais de vida, e morrem, em média, em idades mais precoces por homicídios, acidentes de trânsito e demais causas externas do que os brancos (ARAÚJO et al., 2009). As elevadas taxas de mortalidade por homicídio são diretamente proporcionais a proporção da população masculina negra em determinada área geográfica (ARAÚJO et al., 2010). Outrossim, o acesso aos serviços de saúde é, ainda hoje, marcado por situações de preconceitos e estereótipo, visto que a raça/cor influencia na percepção dos profissionais de saúde durante um atendimento (PEARCE et al., 2004).

Mesmo com todas as evidências de discriminação no Brasil, a abordagem da raça/cor em pesquisas muitas vezes é ignorada ou vem meramente sendo tratada do ponto de vista biológico, camuflando seu significado social que carrega uma forte construção histórica e cultural, além de representar um determinante da desigualdade racial em saúde (COOPER, 1984; ARAÚJO et al., 2009). Desta forma, interagindo com outros marcadores, como o gênero ou classe, a raça é peça chave na definição de uma maior ou menor exposição.

Assim como a discriminação racial, a desigualdade de gênero também afeta a saúde e as relações sociais. Embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam maior frequência de morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais os serviços de saúde. Por outro lado, as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção, o que é positivo, enquanto os homens procuram serviços de saúde geralmente por motivo de doença. Em contrapartida, as mulheres autoavaliam sua saúde pior que a dos homens (PINHEIRO et al., 2002).

Quando se fala de mercado de trabalho, inegavelmente se percebe as maiores disparidades através da “divisão sexual do trabalho”, referente à designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à reprodutiva (HIDRATA; KERGOAT, 2007). A divisão sexual do trabalho é expressa pela separação entre atividades femininas e masculinas e pela hierarquização, a qual valoriza mais as realizadas pelos homens (KERGOAT, 2009). Somado a esta condição de desvantagem feminina, está ainda a multiplicidade de papéis que as mulheres vêm assumindo, tornando suas atribuições funcionais mais exaustivas do que no passado. Isso porquê, a nova tarefa, ou seja, a sua participação no mercado de trabalho, não lhe tirou o “dever” da administração da casa e o cuidado com a família (CARREIRO et al., 2013; TAVARES; BARBOSA, 2015).

Alguns estudos demonstraram que essa realidade tem provocado maior adoecimento entre as mulheres (ARAÚJO et al., 2006; PINHO; ARAÚJO, 2012; PAULA et al., 2015), fruto de conflitos e sobrecarga, desencadeando mais fadiga, estresse e sintomas psíquicos,

quando comparadas aos homens (LOPEZ-MONTESINOS, 2013; LOPES et al., 2014). Evidências também já confirmaram a existência de desigualdades em saúde no Brasil segundo a raça (PAIXÃO et al., 2010), uma vez que a população negra é vítima de experiências históricas de discriminação e, principalmente, quando exposta às piores posições socioeconômicas, pois podem sofrer situações cotidianas de estresse, predispondo-os ao desencadeamento de transtornos mentais (TURNER; AVISON, 2003).

Com base no exposto, a análise isolada dos construtos gênero e raça/cor da pele, não responde adequadamente às inúmeras lacunas científicas e sociais existentes. Neste sentido faz-se necessário abordar a interseccionalidade, que é uma associação de sistemas múltiplos de subordinação, sendo descrita de várias formas, como discriminação composta, carga múltipla ou dupla ou tripla discriminação, concentradora de problemas, buscando capturar as consequências estruturais de dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos (CRENSHAW, 2002). Pode ser denominada como a “soma de opressões”, na qual suas formas distintas se sobrepõem e se influenciam mutuamente (RODRIGUES, 2013). Seu principal argumento é que não se tem apenas uma raça ou um gênero e seria errôneo analisá-los separadamente como se fossem independentes das interações de poder e desigualdades existentes na sociedade (CRENSHAW, 1991).

A perspectiva da interseccionalidade é capaz de revelar relações muitas vezes não observadas mesmo na análise multivariada. A interação entre as desigualdades raça e gênero, pode criar grupos mais vulneráveis (CHOR, 2013) e levar a efeitos diferentes do que cada uma dessas características analisadas separadamente. A partir disso, percebe-se que as identidades sociais não são independentes e uma análise que ajuste um dos fatores para examinar outro perderia esse efeito (BOWLEG, 2012). Portanto, a melhor forma de abordar a interseccionalidade é através do método de interação estatística, pois demonstra o valor agregado de avaliar essa convergência ao invés de analisar raça e gênero independentemente (VANDERWEELE; KNOL, 2014).

Na literatura brasileira e mundial há poucos estudos que analisaram a interação entre raça/cor da pele e gênero e seus efeitos sobre a saúde mental. Grande parte das pesquisas sobre este tema foram realizadas nos Estados Unidos (KESSLER et al., 1994; ASNAANI et al., 2010), não sendo parâmetro para os padrões culturais e históricos brasileiros. As realizadas no Brasil já comprovaram maior prevalência de TMC nas mulheres em comparação aos homens e entre negros/as em comparação aos/as não negros/as.

Estudos recentes sobre o tema foram realizados com amostras do nordeste brasileiro. Hogan e colaboradores (2018) destacaram que numa análise de intersecção entre raça, classe e

gênero, as mulheres são as mais afetadas na sua saúde mental, seja pelo contexto social ou pelas oportunidades. Em outra análise de interseccionalidade (Smolen et al., 2018), foi encontrada maior prevalência de TMC entre as mulheres negras em comparação as mulheres não negras e aos homens negros e não negros.

Assim, esse estudo poderá contribuir para a problematização de questões, análise crítica e reflexão dos profissionais da área de educação e da população quanto às diferenças existentes entre homens, mulheres, negros/as e não negros/as quando se observa o trabalho docente e suas repercussões na saúde, além de fortalecer o ativismo político das mulheres e dos negros na luta por mudanças sociais. Na saúde pública, essa pesquisa visa estimular outros estudos sobre a influência das desigualdades raciais e de gênero na configuração do mercado de trabalho, no acesso à educação, à saúde e às condições socioeconômicas.

Com base nessa percepção, o estudo tem a seguinte pergunta de investigação: Existe associação entre raça/cor da pele, gênero e transtornos mentais comuns entre professores/as?

2 OBJETIVO

Analisar a intersecção entre raça e gênero no desenvolvimento de transtornos mentais comuns (TMC) entre professores/as da rede básica municipal de ensino de Salvador.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção, abordam-se os conceitos referentes aos determinantes sociais da saúde; interseccionalidade, seu processo de formação e o que trazem as pesquisas que falam de raça e gênero entre docentes. A partir desse ponto é debatida a relação entre trabalho docente e saúde. Ao final da revisão foram abordados os transtornos mentais comuns, fruto de uma interação tanto de características laborais, quanto individuais e que se buscou aprofundar nesse estudo.

3.1 OS ESTEREÓTIPOS DA DOCÊNCIA NO BRASIL

O/A professor/a tem sido considerado elemento central em diversas esferas da sociedade ao longo dos anos, portanto, a análise do trabalho docente não pode ser feita sem levar em consideração a trajetória da educação no Brasil e a organização do trabalho escolar e universitário. As instituições de ensino, além de representarem desenvolvimento social, cultural e econômico numa sociedade, também são instrumentos históricos impositivos e determinantes do modo de viver e agir do/a professor/a (HYPOLITO, 1997).

A origem da educação brasileira data do século XVI, a partir de ações pedagógicas evangelizadoras dos jesuítas durante muitos anos. As atividades escolares eram realizadas por membros do clero em igrejas, catedrais e conventos, cujo intuito era a leitura de textos religiosos. Com a expansão deste tipo de atividade e seu acesso às camadas mais populares, surgiram as escolas e a necessidade de mais educadores. Assim, colaboradores externos à igreja assumiram a função sob juramento de fidelidade aos princípios clérigos, com isso, tornavam-se um “profeta da fé”, daí o termo “professor” (HYPOLITO, 1997).

À época, não havia uma formação de professores/as, mas recrutamento de pessoas por sacerdócio e vocação. A gênese do/a professor/a como formação, no Brasil, só emergiu de fato, após a independência de Portugal, começando pelos Ensaio Intermitentes que exigiam um preparo didático (1827-1890); seguido pelas Escolas Normais, caracterizadas por formar professores/as da educação infantil (1890-1932); a organização dos Institutos de Educação que trouxeram disciplinas específicas para o currículo (1932-1939); a organização e implantação dos Cursos de Pedagogia e de Licenciatura e consolidação do modelo das Escolas Normais como de segundo grau (1939-1971); a substituição da Escola Normal pela Habilitação Específica de Magistério (HEM). Ao curso de Pedagogia, além da formação de

professores/as para HEM, conferiu-se a atribuição de formar os especialistas em educação, aí compreendidos os diretores de escola, orientadores educacionais, supervisores escolares e inspetores de ensino (1971-1996) e mais recentemente o advento dos Institutos Superiores de Educação, Escolas Normais Superiores e o novo perfil do Curso de Pedagogia (1996-2006) (SAVIANI, 2009).

Percebe-se que a identidade do/a professor/a foi e é continuamente formada e reformulada de forma dinâmica e complexa, e em cada nível de ensino ou tipo de instituição ganha um estereótipo. Como característica principal, a carreira docente é permeada pela estratificação sexual. Na educação infantil (EI) e primeiras séries do ensino fundamental (EF) há um predomínio de mulheres, enquanto que, do ensino médio (EM) até o ensino superior (ES) percebe-se um aumento no número de docentes do sexo masculino. As diferenças salariais também acompanham essa divisão sexista, onde os/as professores/as das séries iniciais recebem os menores salários. Esta atual configuração é fruto do processo de feminização da profissão, que coincidentemente possui relação com as péssimas condições de trabalho e o rebaixamento salarial (VIANNA, 2002; VIANNA, 2013).

A inserção feminina na docência inicia-se no final do século XIX, concomitante a expansão do ensino público primário. No estado de Minas Gerais, neste período, as mulheres representavam 50% do corpo docente. No século XX, o caráter feminino do magistério primário se intensificou a tal ponto que, no final da década de 20 e início dos anos 30, a maioria já era essencialmente feminina. O Censo Demográfico de 1920 indicava que 72,5% do professorado do ensino público primário brasileiro era constituído por mulheres e, no total de docentes, de todos os níveis de ensino, elas somavam 65%. Assim, desde o século XIX, pouco a pouco os homens abandonaram as salas de aula nos cursos primários, e as escolas normais formaram mais e mais mulheres, que iniciavam sua inserção veemente no mercado de trabalho (VIANNA, 2002).

Esta aproximação feminina com o ensino primário não é algo natural e deve ser analisado sob a ótica das desigualdades de gênero. O desenvolvimento da industrialização no Brasil, fez com que surgissem, na época, novos postos de emprego, porém, priorizavam a contratação de homens, enquanto a mulher inseriu-se no mercado de forma limitada e hierarquicamente inferior a eles (OLIVEIRA; SILVA, 2017). O sexo na docência é fruto de práticas sexistas que geraram a feminização do magistério e reprodução de estereótipos pelas próprias escolas. Esse processo se intensificou com a expansão dos ensinos primário e secundário sob responsabilidade do Estado, na qual foram construídas escolas precárias e com péssimas condições de trabalho, cujas contratações não exigiam qualificação adequada para

os cargos que se davam em cursos de formação docente nas Escolas Normais cada vez mais facilitados e acelerados. Frente a esta condição de desvalorização, restou às mulheres ocupar tais cargos, fato visto ainda hoje, onde os trabalhos com as piores condições de estrutura, remuneração e qualificação são exercidos por elas (VIANNA, 2002).

Apesar do crescimento no número de homens na docência, ainda é visível uma acentuada discrepância. Os estereótipos começam ainda na formação, onde são comuns questionamentos relativos às competências masculinas no cuidado e atenção necessárias à educação de uma criança, principalmente na Educação Infantil. Isto porque as profissões ligadas à emoção, ao afeto e à sensibilidade são entendidas como espaços naturalmente femininos, enquanto que aquelas relacionadas à razão, à inteligência e à força são tomadas como apropriadas aos homens. Porém, a formação vai além de tais sentimentos, são necessárias competências e habilidades não inatas às mulheres ou, mesmo, aos homens (JAEGER; JACQUE, 2017).

Entretanto, a estratificação sexual se faz presente na formação docente, conforme afirma Fischman (2005): “o sistema escolar público expandiu-se seguindo um modelo de pirâmide patriarcal, com trabalho feminino na base e trabalho masculino no topo”. Entende-se assim que as séries iniciais e de pior remuneração são das mulheres, enquanto os níveis educacionais mais avançados podem ser ocupados por homens. Desta forma, o professor homem torna-se um corpo estranho nas séries iniciais, conforme visto no estudo de Rabelo (2013), no qual situações de discriminação lhes geram sofrimento e a maioria esteve relacionada com a homossexualidade (homofobia); a concepção de que o homem é incapaz de lidar com crianças; o pressuposto de se tratar de um trabalho feminino; o medo da pedofilia e do assédio sexual; a consideração de que a docência é um ofício pouco rentável e não adequado para homens.

3.2 TRABALHO DOCENTE E ADOECIMENTO

As atribuições impostas aos/as professores/as são cada vez maiores e incluem: ensinar como mediador do conhecimento, estimular a autonomia e o pensamento crítico do aluno, articular conteúdos mesmo não tendo formação interdisciplinar, coordenar grupos de alunos, investigar, orientar e supervisioná-los em atividades práticas e teóricas, aprender e utilizar novas tecnologias, corrigir tarefas e provas e desenvolver valores éticos em relação à vida (FREITAS, 2013). Acrescenta-se ainda, a necessidade de formação continuada,

atualização permanente e o planejamento e execução de atividades administrativas (CARLOTTO; PALAZZO, 2006; PEREIRA et al, 2013), todas estas demandas muitas vezes fora do seu horário de trabalho ou em instituições de ensino sem estrutura física adequada.

Além disso, chama-se a atenção para as condições de trabalho envolvidas nessa formação, desestimuladoras aos que estão na academia, pois adoecem não apenas quem está há mais tempo nesse percurso, mas também, os que estão chegando no mercado de trabalho pela intensificação, precarização e pouca valorização da profissão. A intensificação do trabalho ocorre tanto na extensão da jornada de trabalho na própria escola sem remuneração extra, quanto pelo aumento das exigências do trabalho no interior da jornada remunerada, ou seja, uma forma sutil de exploração, porém, muitas vezes pior. Ocorre ainda quando as exigências da instituição de ensino não são condizentes com a formação (GOUVEA, 2016).

É importante que, diante de tamanha sobrecarga, os/as professores/as mantenham equilibradas às suas condições físicas e psicológicas para exercerem com excelência o seu trabalho, pois envolve esforço físico, não somente pela necessidade de força e resistência na construção de conhecimento, mas também para o transporte de materiais, permanecer sentado ou em pé por tempo prolongado orientando, escrevendo, ensinando, além do esforço mental demandado pelas exigências cognitivas, o qual envolve gasto energético e gera alterações fisiológicas (LE MOS, 2005), potencializando o adoecimento docente.

A saúde do/a professor/a é um fator relevante que influencia o processo de ensino-aprendizagem, afetando potencialmente o rendimento dos alunos (RUIZ, 2014). Entender o/a professor/a enquanto trabalhador/a sujeito/a ao adoecimento permite à classe docente assim como a todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem (alunos, demais membros da instituição de ensino, a comunidade) refletir sobre as consequências desse (possível) fenômeno não só para o/a professor/a enquanto indivíduo, mas também para o processo didático (SIMÕES et al., 2015).

Assim como em outras atividades profissionais, o comprometimento da saúde dos/as professores/as pode estar associado às condições de trabalho. As principais causas de adoecimento e afastamento do trabalho estão ligadas a ocorrência de estresse (SANCHES; SANTOS, 2013; BRAUN; CARLOTTO, 2014; LAZARI; CODINHOTO, 2016; DALAGASPERINA; MONTEIRO, 2016; ARAÚJO et al., 2017; COSTA; SINHORELI, 2017; BARBOSA et al., 2017), transtornos mentais e comportamentais (BATISTA et al., 2010; SILVA; SILVA, 2013; TAVARES et al., 2014; FERREIRA et al., 2015; MACAIA; FISCHER, 2015; BATISTA et al., 2016; EUGÊNIO et al., 2017), doenças respiratórias, problemas de ordem física e dor musculoesquelética decorrentes de fatores ergonômicos

inadequados (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005; VEDOVATO; MONTEIRO, 2008; BALDAÇARA et al., 2014; CEBALLOS; SANTOS, 2015; EUGÊNIO et al., 2017) e utilização inadequada da voz (ROSSI-BARBOSA et al., 2015), sendo que os distúrbios psíquicos destacam-se como os mais frequentes e principais responsáveis pelos afastamentos dos professores/as de suas funções (BORRELI et al., 2014).

3.2.1 Transtornos mentais comuns

Transtorno Mental Comum (TMC) é uma condição que inicialmente não requer tratamento, porém em longo prazo pode ter impacto econômico e na saúde, evoluindo para problemas mentais mais sérios. Caracteriza-se por sintomas como ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, queixas somáticas, tristeza, dificuldade de concentração e esquecimento (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). São queixas que, embora não estejam associadas à doenças específicas, e não se enquadrem na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), são vistos como problema de saúde pública (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010), por estarem entre uma das maiores causas de incapacidade funcional e trazem custos enormes para a saúde, pois seus impactos se dão no desempenho das atividades diárias, na qualidade de vida e influenciam nas relações de trabalho, causando afastamentos, prejuízos e demandas aos serviços de saúde, podendo, inclusive, desencadear uma doença mental mais grave (ALMEIDA et al., 2007). Esses transtornos são desencadeados, geralmente, por eventos estressantes e desempenhos insatisfatórios de papéis sociais (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

Dentre os fatores que predis põem aos TMC, estão os ambientes de trabalho, cada vez mais repletos de informações, conteúdos e demandas, e esse excesso de exigências e pressões, somadas a instabilidade e a insatisfação salarial, geram o adoecimento psíquico (GUIRADO; PEREIRA, 2016). Esses transtornos são cada vez mais comuns nas diferentes organizações de trabalho e conduzem às incapacidades e absenteísmo (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Vários estudos no panorama nacional e internacional têm mostrado fatores associados aos TMC, como o sexo feminino, migração, ter filhos, sedentarismo, baixo nível de escolaridade, baixa renda, estar desempregado, alcoolismo, ter sofrido violência, possuir doença crônica, idade elevada, autoavaliar negativamente a saúde e ser divorciado (GASPARINI et al., 2006; ANSELMi et al., 2008; CARLOTTO et al., 2011).

Os transtornos mais frequentes entre as mulheres são aqueles relacionados aos sintomas de ansiedade, humor depressivo, insônia, anorexia nervosa e sintomas

psicofisiológicos; enquanto os homens apresentam maiores taxas de distúrbios de conduta, tais como comportamento antissocial, uso de drogas e abuso de álcool. Salienta-se também que fatores do ciclo da vida, tais como idade, situação conjugal, número de filhos, chefia da família e lazer, assim como o trabalho não pago, como a dupla jornada e o trabalho de cuidar da família, associados aos componentes emocionais, podem intensificar o sofrimento psíquico entre a população feminina (PINHO; ARAUJO, 2012).

Há um consenso científico sobre a diferença de gênero e os transtornos mentais. A prevalência de transtornos mentais é maior para as mulheres, comparada aos homens, exceto para os transtornos psicóticos, transtorno bipolar e transtorno por uso de substância (ALMEIDA-FILHO et al., 1997; LUDERMIR, 2008; MCLEAN et al., 2011). Existem também, fatores genéticos que aumentam o risco de depressão, mas não explicam o fato da morbidade ser mais frequente no sexo feminino. As teorias socioculturais têm evidenciado que o papel da mulher, ligado ao gênero influenciam nas diferenças da prevalência de depressão. Nas culturas onde o papel feminino é valorizado, a exemplo dos judeus ortodoxos, não foi encontrada diferença significativa na prevalência de depressão segundo gênero (PICCINELLI; WILKINSON, 2000).

Já a cor da pele se associa positivamente com o TMC em diversas pesquisas, sendo escassos estudos demonstrando essa relação entre professores/as. Dentre os estudos que analisaram a raça/cor da pele, está uma coorte finalizada em 2005, com população de Pelotas, no sul do Brasil, no qual se observou prevalência de 25,9% de TMC em brancos e 33,7% de TMC em negros (ANSELMÍ et al., 2008). No estudo transversal de Farias e Araújo (2011) com trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana, na Bahia, foi encontrada maior prevalência de TMC entre os trabalhadores de cor negra (preta 28,2% e parda 27,1%).

Apenas um dos estudos encontrados avaliou os TMC a partir da raça/cor da pele e gênero, porém não utilizou o termo “interseccionalidade”, como será realizado neste estudo. Foi encontrada prevalência de 21,9% para homens e 30% para mulheres, entre as pessoas brancas, enquanto entre as pessoas negras, a prevalência foi de 26,9% para homens e 41,1% para mulheres (ANSELMÍ et al., 2008).

3.3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Sabe-se que as doenças, sejam elas físicas ou mentais, não são unicasais. As condições econômicas e sociais influenciam diretamente na situação de saúde, porque grande

parte das doenças acontece por conta das condições nas quais as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto de fatores é denominado “determinantes sociais da saúde”, um termo que contempla os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde (CARVALHO, 2013). Dentre eles, destacam-se os que geram estratificação social, referentes aos determinantes estruturais refletor das condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito referente ao gênero, etnia ou deficiências e as estruturas políticas e de governança alimentadoras, ao invés de redutoras das desigualdades (BEHLAU, 2011; CARVALHO, 2013).

A teoria sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) ganhou especial importância quando as ciências da saúde começaram a ser entendidas como sociais. Até meados do século XIX predominava a teoria miasmática (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013), na qual a origem das doenças era explicada pelas condições socioambientais. Os estudos de *Chadwick*, sobre saneamento e mortalidade, e de *John Snow* sobre o caráter transmissível da cólera instituíram as bases metodológicas da epidemiologia e com isso, surgiram as primeiras evidências da determinação social das doenças/agravos à saúde (ROCHA; DAVID, 2015).

Isso se deu porque as diferenças de saúde entre grupos humanos não podem ser justificadas apenas por fatores biológicos, pois resultam de hábitos e comportamentos construídos socialmente e, principalmente, de fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do grupo. A investigação dos fatores individuais é importante para a identificação dos mais vulneráveis dentro de um grupo, mas as desigualdades sociais entre classes possuem maior determinação no processo saúde-doença, principalmente na produção das iniquidades de saúde (WHITEHEAD, 2000).

No Brasil, a partir de 2006, com a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), adotou-se a definição de DSS como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Segundo a CNDSS, tais determinantes estariam vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como à macroestrutura econômica, social e cultural (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adota uma definição mais sucinta sobre os DSS, os quais são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Existem vários modelos que os explicam e descrevem as relações entre diversos fatores gerais, como os de natureza social, econômica e política. O modelo de referência adotado pela CNDSS é de

Dahlgren e Whitehead de 1991 (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Tal modelo dispõe os DSS em diferentes camadas. Uma camada mais próxima dos indivíduos até uma camada onde se situam os macrodeterminantes. Isto é, são identificados quatro níveis, que não se excluem e são interrelacionados.

No modelo, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade, ou seja, os determinantes mais gerais e distais geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Em outras palavras, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social que, por sua vez, define as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e grupos (CNDSS, 2008).

Os indivíduos estão na base, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre suas condições de saúde. No primeiro nível, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Tal camada situa-se no limiar entre os fatores biológicos e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas do livre arbítrio das pessoas, mas também do acesso às informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. O segundo nível destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No terceiro nível, estão fatores relacionados às condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso aos ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que a desvantagem social significa maior risco à saúde por exposição e vulnerabilidade, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição às condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no quarto e último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização (CNDSS, 2008, p. 22) (FIGURA 1).

Figura 1 – Modelo Conceitual Adotado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde



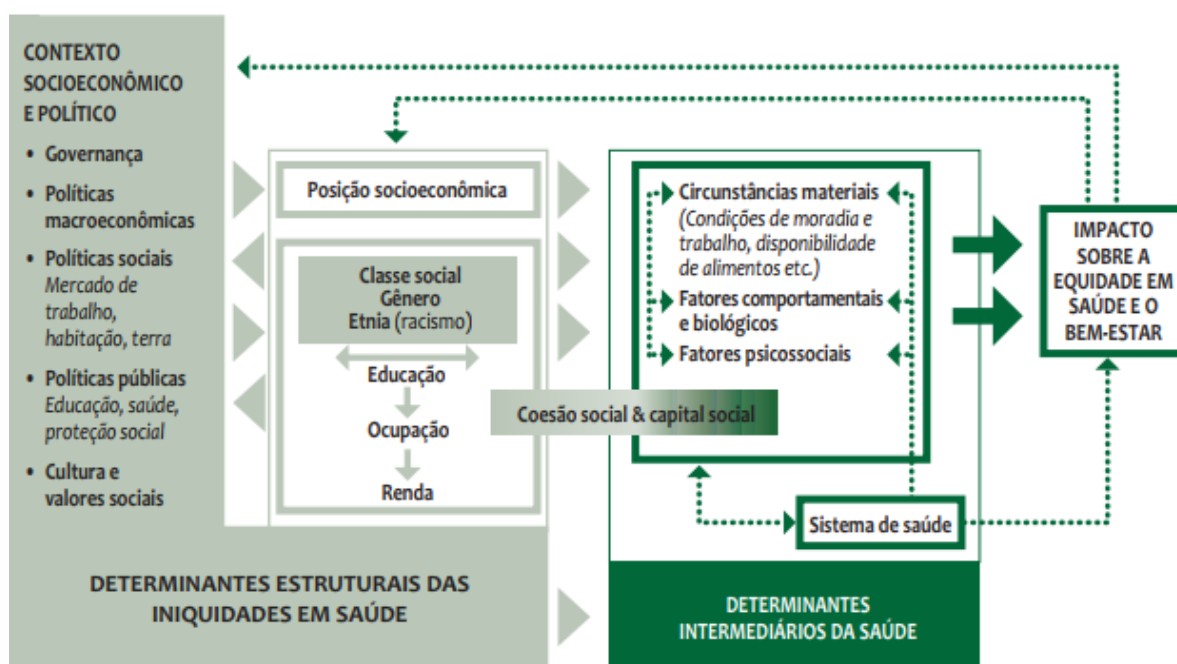
Fonte: CNDSS, 2008.

Além do modelo de Dahlgren e Whitehead, há também, o modelo adotado pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da OMS (FIGURA 2). Pelo que se interpreta do esquema, os determinantes estruturais são constituídos pelos contextos socioeconômicos e políticos, administração governamental, políticas macroeconômica, social e de saúde, bem como valores e normas culturais e sociais. Esta estrutura molda ou influencia a posição social, o nível de educação, o tipo de ocupação, rendimento e questões de gênero, raça/etnia. A relação entre estes elementos é de influência recíproca. Destes determinantes resultam as condições ou circunstâncias materiais, a coesão social, fatores psicossociais, comportamentos e fatores biológicos, que por sua vez são abordados e influenciados pelos sistemas de cuidados em saúde. Este conjunto reflete na distribuição do bem-estar e da saúde que, por sua vez, interagem com os elementos estruturais representados nos dois primeiros retângulos que representam os determinantes estruturais das iniquidades em saúde (SOLAR; IRWIN, 2010; MOREIRA, 2013; BORDE; HERNANDEZ-ALVAREZ; PORTO, 2015).

Para melhorar a situação da saúde e reduzir iniquidades, considerando essa abordagem dos determinantes sociais faz-se necessária a implantação de intervenções coordenadas e coerentes entre si nos setores da sociedade que influenciam seus determinantes estruturais – condições socioeconômicas, diferenças de classe, gênero e raça/etnia. Por sua vez, a boa saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o

desenvolvimento econômico. Isso gera um “círculo virtuoso” no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente. Portanto, adotar a abordagem dos determinantes sociais significa compreender o valor que a saúde tem para a sociedade e admitir que ela depende de ações que, muitas vezes, não têm relação direta com o setor saúde (CARVALHO, 2013).

Figura 2 – Modelo Conceitual Adotado pela Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde/ Organização Mundial da Saúde



Fonte: SOLAR; IRWIN, (2010).

Em ambos os esquemas está dada a compreensão de que a educação influencia nas possibilidades de emprego e, consequentemente, no nível de renda, bem como no acesso aos serviços médicos, a alimentação adequada, a moradia e demais bens resultantes da renda (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2014). O nível de saúde passa a ser inerente à estratificação social, ao contexto ambiental, e também ao acesso aos serviços de saúde, implicando no aumento das iniquidades. Portanto, combater a desigualdade significaria melhorar o nível de saúde (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Com base no exposto, admite-se que fatores econômicos (renda, emprego e organização do trabalho) podem interferir positiva ou negativamente na saúde de grupos populacionais; ambientes de convivência e de trabalho são capazes de gerar efeitos mais ou menos lesivos à saúde das pessoas; a cultura e os valores também podem interferir ampliando ou restringindo as possibilidades de saúde dos indivíduos, pelo valor que se atribui à vida,

reconhecimento de cidadania, concepção de saúde, e forma como cada povo lida com as diferenças de gênero, raça e até mesmo econômicas (CAMPOS, 2009).

3.3.1 Desigualdades em saúde na perspectiva da raça/cor da pele e gênero

A desigualdade remete a diferença ou dessemelhança e a desigualdade social designa a disparidade relacionada à estrutura da sociedade, que se origina na ocupação de posições distintas na organização do processo de produção e, por conseguinte, acesso a bens e serviços (PEREIRA; FURTADO, 2011). Falar em desigualdade social é referir-se a situações implicadoras em algum grau de injustiça, e quando se fala em saúde significa que essas diferenças percebíveis e mensuráveis colocam algum grupo em desvantagem com relação à oportunidade de ser e manter-se sadio, ou seja, existem discrepâncias no acesso aos serviços de saúde (BARATA, 2009; PEREIRA; FURTADO, 2011; BARRETO, 2017), refletindo, também, o (in) acesso a outros elementos impactantes na saúde.

Deste modo, as desigualdades em saúde são manifestações de determinantes sociais do processo saúde-doença. Estão fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade (BARATA, 2009). Iniquidades vão além da desigualdade, não se restringem a diferenças individuais, referem-se a situações injustas e indesejáveis ao coletivo, são evitáveis (WHITEHEAD, 1992) e de maior gravidade. Ambas, não somente, estão ligadas às diferenças materiais e carências que se expressam em adoecimento, como atinge um patamar mais complexo e dependem de outras formas de estratificação e discriminação que se somam, como, por exemplo, gêneros e raça/ cor da pele (KRIEGER, 2014).

As iniquidades podem ser exemplificadas frente às disparidades socioeconômicas de acordo com a configuração racial no Brasil, onde ocorre expressiva concentração de renda entre a população branca. Em 2017, os negros (pretos e pardos) estavam representando 75,2% das pessoas entre aqueles com 10% dos menores rendimentos, enquanto que entre os 10% maiores rendimentos eles representavam 26,3% (IBGE, 2018).

As desigualdades em saúde, na perspectiva biológica, podem ser exemplificadas pelo fato de que pessoas de 20 anos de idade desfrutam de melhor saúde do que aqueles com 60 anos (KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA-FILHO, 2002). As diferenças de saúde com base na idade são, em grande parte, inevitáveis, o que torna difícil argumentar que as discrepâncias entre pessoas mais jovens e idosas são injustas, já que os idosos foram jovens e os jovens serão idosos. Em contrapartida, as dissonâncias nas distribuições de renda entre

grupos raciais nas regiões do Brasil seriam, em parte, evitáveis, caso existisse igual acesso a educação (ARCAYA; ARCAYA; SUBRAMANIAN, 2015).

Frente a isto, entende-se que os determinantes sociais geradores das iniquidades são modulados pelos que estão na superestrutura da sociedade, ou seja, a política. Reforçando esta teoria, evidências empíricas recentes mostram que a acumulação capitalista tende a gerar mais desigualdade, sendo maior e favorecendo aqueles que já possuem melhores condições socioeconômicas (PIKETTY, 2014). Assim, as desigualdades/iniquidades em saúde estão relacionadas à posição social do indivíduo ou classe social, o que reflete no acesso aos serviços de saúde, nas condições de moradia, na escolaridade, ocupação e alimentação adequada.

Além dos aspectos já citados, há outros fatores que também são preocupantes quando se trata das desigualdades e iniquidades em saúde: a persistência das diferenças em saúde com base na nacionalidade, raça/etnia, gênero, dentre outros fatores sociais, já que são mais difíceis de serem modificados (SEN, 2002). As características biológicas carregam consigo uma trajetória própria da evolução da espécie que definem padrões sociais de comportamento, produção e consumo (BARATA, 2009), ou seja, ter determinado sexo, raça ou cor da pele, significa estar inserido num contexto histórico, socioeconômico, cultural e epidemiológico, sendo impossível dissociar ou fazer referência às desigualdades em saúde sem observar estas relações.

No Brasil, ser negro é estar em desvantagem social (MADEIRA; GOMES, 2018). Esta população se concentra nas regiões mais pobres do país, residindo em locais inadequados, limitado acesso aos serviços de saúde, menor escolaridade e baixos salários. Pode-se exemplificar estas diferenças quando se avalia a expectativa de vida – as menores são referentes aos homens e às mulheres negros/as. Homens negros morrem em idades menores e perdem 12,2 vezes mais anos potenciais de vida por homicídio, quando comparados aos brancos, conforme pesquisa realizada em Salvador, com 9.626 registros de óbitos por causas externas entre 1998 e 2003 (ARAÚJO et al., 2009). Mulheres negras tem menor acesso aos serviços de saúde e menos probabilidade de realizarem os exames de detecção de câncer de colo de útero e de mama quando comparadas às brancas (BAIRROS et al., 2011).

Essas divergências possuem relação direta com o racismo, muitas vezes ignorado, mesmo que ainda tão presente no Brasil. Para Michael Foucault (1992) apud Schucman (2010), racismo é uma ideologia social de inferioridade utilizada para dar tratamento diferente a determinados grupos étnicos/ raciais e que se justifica pela ideia da existência de uma raça superior, seja fisicamente, moralmente, intelectualmente ou esteticamente. É uma relação de

poder perpetuada através de discursos biológicos racistas, responsáveis pela discriminação, a qual gera segregação em todos os sentidos, seja ela espacial, econômica, social ou cultural. A segregação, por sua vez, conduz a menores oportunidades de acesso à educação e ao mercado de trabalho, gerando uma mobilidade social restrita (BARATA, 2009).

O acesso aos serviços de saúde, conseqüentemente, é menor para a população negra, assim como o seu perfil de adoecimento também difere tendo como agravante o estresse psíquico gerado pelas experiências racistas sofridas ao longo da vida. Determinados problemas e agravos para a saúde apresentam maior associação com a exposição a situações discriminatórias e racistas, como os transtornos mentais, hipertensão arterial, baixo peso e prematuridade, doenças cardíacas, diabetes e obesidade, abuso de álcool e drogas e tabagismo (BRASIL, 2016).

O gênero também é um importante determinante da saúde, principalmente no que se refere ao adoecimento psíquico. As diferenças biológicas determinam papéis culturais e adoção de estilos de vida, que também geram situações desiguais. No decorrer da vida a vulnerabilidade biológica feminina é aumentada pelas desvantagens sociais, responsabilidade incessante de cuidar dos outros e violência de gênero. Os padrões de sofrimento mental observado entre as mulheres diferem dos observados nos homens. Os sintomas de depressão, ansiedade e distúrbios psicológicos não especificados são duas a três vezes mais comuns entre mulheres. Além disso, quando procuram o serviço de saúde, estão sujeitas a tendência de gênero, no qual os sintomas femininos não são levados tão a sério quanto os masculinos (MALHOTRA; SHAH, 2015). Os TMC acometem predominantemente as mulheres e sua prevalência é mais elevada entre homens e mulheres não brancos, sugerindo que as experiências de discriminação racial aumentam a vulnerabilidade para o seu desenvolvimento (NUNES et al., 2016).

As diferenças na morbidade referida pelas mulheres, na maioria dos estudos, permanecem significantes mesmo após ajuste de efeito da idade, renda, educação, classe social, estado civil, desemprego e raça, ou seja, a condição de gênero independe das outras variáveis. Há maior frequência de sintomas graves, problemas crônicos, estado de saúde ruim e distúrbios psíquicos entre as mulheres (BARATA, 2009). Quanto aos homens, na maioria das pesquisas, a mortalidade é maior em todas as faixas etárias. Este fato justifica-se pela diferença de exposições a fatores de risco e situações ao longo da vida, como comportamentos nocivos, além do fator cultural que faz os homens procurarem menos os serviços de saúde. O ganho de esperança de vida ao nascer é sempre maior entre as mulheres, enquanto os homens

apresentam um risco maior de morrer por causas evitáveis (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2009).

3.3.2 Raça/cor da pele, gênero e trabalho

Raça é sinônimo de divisão dentro da mesma espécie. Sua construção é um importante marcador de desigualdades e iniquidades sociais (BARATA, 2009). No Brasil o conceito de raça é utilizado nas análises de relações entre a população branca e negra, principalmente por conta da exploração, de dominação, de discriminação e de privilégios das pessoas brancas com relação às negras (SILEIRA; NARDI, 2014).

A estratificação da raça/cor no sistema classificatório do IBGE expressa, indiretamente, valores, ideologia e contexto geopolítico remetente ao período colonial vivenciado no Brasil. Afinal, a categorização propiciada pelos sistemas classificatórios raciais no Brasil definiu o lugar político, social, econômico e cultural que deveria ser ocupado pelos diferentes grupos sociais no projeto brasileiro de nação em curso (NASCIMENTO, 2006). As desigualdades sociais entre os cinco grupos de classificação do IBGE (pretos, brancos, pardos, amarelos e indígenas) podem ser agrupados em apenas dois grupos: brancos e “não brancos”, já que apesar da variedade cromática no Brasil, o acesso às oportunidades e melhores condições obedece apenas a essa hierarquia dualista (SCHUCMAN, 2010).

O sistema de classificação racial brasileiro foi estudado pela geração de cientistas sociais dos anos de 1950 e 1960. No sistema brasileiro clássico, explicitado por Wagley (1952), Azevedo (1956), Harris e Kotak (1963) e outros, cor não é redutível à “cor da pele”, à simples tonalidade. Cor é apenas um, o principal certamente, dos traços físicos, assim como o cabelo, nariz e lábios – que, juntamente com traços culturais – “boas maneiras”, domínio da cultura europeia – formavam o gradiente evolutivo de embranquecimento: preto, pardo, branco. No grupo branco nunca se hesitaria em classificar alguém de pele escura, mas possuidor de traços “finos” (europeus) e boa educação. Entre os pardos, estavam certamente aqueles de traços físicos “negroides”, mas claros e bem-educados (GUIMARÃES, 2016).

No Brasil, desde a sua descoberta, a história é marcada pelas desigualdades raciais. A população negra chegou através dos navios de tráfico, trazidos do continente africano para serem escravizados nos engenhos e lavouras de cana-de-açúcar. Esse processo perdurou por mais de três séculos e somente em 1888 foi declarada a abolição da escravidão. Após 130 anos da sua abolição, ainda permanecem as marcas profundas deste acontecimento na nossa sociedade. O desenvolvimento capitalista brasileiro teve como base a exploração racial, e as

desigualdades perenes são prova disto. O racismo no Brasil é estrutural, ou seja, está em todas as relações socioculturais e produz hierarquização social que conduz a vulnerabilidades em saúde. Além disso, é também estruturante da democracia no país, por estereótipos que alimentam o preconceito (WERNECK, 2016).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2013 mostrou que mais da metade da população brasileira se autodeclarou negra (45% de pardos e 8,1% de pretos), enquanto 46,1% se dizem brancos e 0,8% amarelos e indígenas. Apesar do aumento no número de brasileiros se autodeclarando negros, os indicadores socioeconômicos ainda revelam desigualdades, como na distribuição de renda, com concentração dos brancos entre os mais ricos e dos pretos entre os mais pobres; os jovens brancos apresentam maiores níveis de escolaridade, enquanto os índices de analfabetismo são maiores na população negra; no mercado de trabalho há predomínio de brancos nos empregos formais e nos cargos públicos, além das questões referentes às condições de saúde (BRASIL, 2016).

Como resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde acometedoras da população negra e como reconhecimento de que suas atuais condições de vida são fruto de injustiças sociais, culturais e econômicas ao longo da história, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Esta política tem como objetivo melhorar os serviços oferecidos pelo SUS para esta população, reafirmando a universalidade e equidade do sistema através da redução do racismo institucional. O racismo institucional é caracterizado pela produção sistemática da segregação e hierarquia étnico-raciais não explícitas, através de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2013). Outro agravante é que as pesquisas sobre as desigualdades sociais em saúde no Brasil privilegiam as disparidades no perfil de saúde entre regiões e diferentes segmentos de classe social, mas poucas associam à inserção social desvalorizada da população negra na sociedade e nos indicadores de saúde (BATISTA; ESCUDER, 2005; BARATA, 1997).

A PNSIPN foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006 e tem como objetivos: garantir a equidade na efetivação do direito humano à saúde da população negra na promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência nesse segmento populacional, como por exemplo, doença falciforme, tuberculose, hanseníase diabetes *mellitus*, HIV/AIDS, doenças ocupacionais, mortes violentas, mortalidade materna e infantil, transtornos mentais, dentre outras (BRASIL, 2007). A política também tem o objetivo combater as discriminações de gênero e orientação sexual; identificar, combater e prevenir

situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral, no ambiente de trabalho; aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde; melhorar a qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, processamento e análise dos dados (WERNECK, 2016).

Numa sociedade profundamente desigual como a brasileira, ter um sistema de saúde universal não é a solução dos problemas. A PNSIPN veio pra mostrar tamanha insuficiência do SUS, que antes não supria as necessidades de grupos específicos, contribuindo para o descaso e o agravamento da saúde dos/as negros/as (BRASIL, 2007). A política, portanto, surge a fim de minimizar os efeitos da discriminação histórica no Brasil, já que esse fato reflete, ainda hoje, em vários aspectos, principalmente nas relações trabalhistas.

No mercado de trabalho, o preconceito e a discriminação racial operaram como critérios determinantes para alocação de posições, favorecendo os brancos. Por ocuparem uma posição “inferior”, os negros estão em lugares “invisíveis” nos locais de trabalho, nas relações sociais, políticas e econômicas (ALEXANDRE et al., 2015). Por outro lado, o conceito de branquitude analisa os benefícios simbólicos e materiais de ser branco (a) numa sociedade racista (BENTO, 2009). A branquitude produz uma “transparência” na experiência de vida das pessoas brancas, como se a branquitude de seus corpos fosse a norma, ficando a percepção das questões raciais minimizada. Assim, como a maioria das pessoas que ocupam as melhores posições de trabalho e culturais é branca, a branquitude se afirma como a norma e a negritude emerge como seu avesso: a diferença (SCHUCMAN, 2012).

Racismo e vulnerabilidade andam de mãos dadas. No modelo da CDSS, o racismo e sexismo estão como fatores que geram hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde. Assim, segundo o modelo, a melhor forma de enfrentamento das iniquidades geradas, seriam políticas e programas voltados para essas populações (WERNECK, 2016). Para percepção dessa vulnerabilidade, foram necessários estudos que trouxessem questões de raça/cor. A adição da pergunta “identificação racial” em pesquisas foi e é essencial para compreensão das condições sociais, políticas e econômicas da população negra, bem como do processo saúde-doença (CHEHUEN NETO et al., 2015). Entretanto, apesar do aumento de publicações ao longo dos anos, a saúde dos negros e seus determinantes ainda é pouco discutida, principalmente quando se trata das mulheres.

Tudo começa ainda no acesso à educação desde a sua base. A escolaridade como um determinante social, funciona enquanto um guia definidor da forma de inserção no mercado de trabalho. Nesse quesito, as mulheres negras têm atingido os mesmos níveis escolares das brancas, mas ainda existe a discriminação por conta do estereótipo, do cabelo, da pele, de um

modelo de beleza padrão que deve estar associado às empresas, e este estereótipo não é o delas. (BENTO, 2003). Apesar das mulheres pretas e pardas representarem uma parcela de 50,1% do total das economicamente ativas na população brasileira, estas ainda sofrem exclusão originada na junção de patriarcalismo, gênero, raça, opressão de classe e traços físicos, causando desigualdades básicas entre as pretas, pardas e brancas (PEREIRA, FONSECA, 2016).

Assim, as mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direitos, principalmente no que tange à saúde, onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo diferenciam as mulheres no acesso aos serviços, no processo de adoecimento, assim como em todas as dimensões da vida (CARNEIRO, 2002; GOES; NASCIMENTO, 2013).

A marginalização dos negros, assim como das mulheres, no mundo do trabalho é explicada por Saffiotti (1969) como processo inerente ao modo de produção capitalista, no qual o gênero e a raça são utilizados para justificar a seleção dos indivíduos para determinadas ocupações, já que não é possível absorver toda a força de trabalho nos setores mais valorizados.

O racismo é uma construção sociocultural, aprendido e, portanto, pode ser questionado e desconstruído (OLIVEIRA; SILVA, 2017), assim como o gênero, caracterizado de forma bastante limitada, como um conjunto de seres ou objetos que possuem mesma origem ou sentem-se ligados pela similaridade (BARATA, 2009).

O gênero ocupa lugar de destaque na distribuição de poder na sociedade, ser reconhecido/a socialmente como homem ou mulher é algo que ocorre através de comportamentos diversos associados (CYFER, 2015) e tal fato determina quem “manda”. Judith Butler afirma que o gênero é performativo, são "significados culturais assumidos pelo corpo sexuado", fruto dos modos de agir identificáveis como masculinos e femininos e a reprodução desses comportamentos dá a ideia de que sua origem é natural e vai além da vida social (SILVEIRA; NARDI, 2014).

Há uma relação de pertencimento a um determinado grupo e a posição atribuída a ele na hierarquia social. A partir das contribuições de Foucault, percebe-se que gênero não faz referência direta ao sexo, nem a uma condição natural dos corpos. Antes, gênero era uma representação hegemônica que opõe os dois sexos biológicos e estabelece uma relação hierárquica entre eles (LAURETIS, 1994). Sexo é biologicamente determinado, enquanto ele se constitui como um produto sociocultural.

Assim,

A existência de gêneros é a manifestação de uma desigual distribuição de responsabilidade na produção social da existência. A sociedade estabelece uma distribuição de responsabilidades que são alheias as vontades das pessoas, sendo que os critérios desta distribuição são sexistas, classistas e racistas. Do lugar que é atribuído socialmente a cada um, dependerá a forma como se terá acesso à própria sobrevivência como sexo, classe e raça, sendo que esta relação com a realidade comporta uma visão particular da mesma (CARLOTO, 2001, p.202).

O “quem somos” vai se constituindo através das relações com os outros, com o mundo. Cada indivíduo constrói as relações sociais, configurando uma identidade pessoal, uma história de vida e um projeto de vida. Neste processo, o fato de se pertencer a um gênero ou outro, ser menino ou menina também conforma as referências iniciais no mundo (CARLOTO, 2001). A tentativa de construir o ser mulher enquanto subordinado, ou melhor, como diz Saffioti (1992), como dominada-explorada, terá a marca da naturalização, portanto, inquestionável, pois “vem da natureza”, mesmo que, teoricamente, o gênero não se apoie no biológico. Todos os espaços de aprendizado, os processos de socialização reforçarão os preconceitos e estereótipos dos gêneros como próprios de uma suposta natureza (feminina e masculina), apoiando-se, sobretudo, na determinação biológica. A diferença biológica se transformará em desigualdade social e tomará uma aparente naturalidade.

Desta forma, esta relação intervém em diferentes seguimentos da vida, sobretudo no trabalho. A divisão sexual do trabalho é o princípio organizador da desigualdade nesse âmbito, fruto destas construções de gênero e uma prática social ordenadora de atividades para homens e mulheres. Caracteriza-se pela subordinação de gênero e manifesta-se não apenas na divisão de tarefas, mas nos critérios que definem a sua qualificação, os salários e as condições laborais (LOBO, 1991). A posição das mulheres e dos homens na sociedade, em termos de distribuição do trabalho doméstico, de hierarquia profissional ou de representação política nunca foi e ainda hoje não é igual. O trabalho masculino tem sempre um valor superior ao trabalho feminino (Kergoat, 2005), sendo o trabalho precário majoritariamente desenvolvido por mulheres. Essa desigualdade no mercado de trabalho é a extensão da desigualdade familiar na esfera doméstica (HIRATA, 2016). As desigualdades no trabalho doméstico ainda são maiores do que no trabalho profissional provocando uma alta sobrecarga doméstica sobre as mulheres e com isso, aumentando sua chance de desenvolver adoecimento psíquico (PINHO; ARAÚJO, 2012).

3.3.3 Interseccionalidade entre gênero e raça/cor da pele

O termo "intersecção" dá a ideia de combinações e entrelaçamentos. Vários estudos atualmente utilizam esse termo para expressar as diversas formas de poder por categorias, sobretudo as de raça, etnia, gênero, sexualidade e classe/camada social (LOPEZ, 2011; GESSER; NUERNBERG; TONELI, 2013; HIRATA, 2014; XAVIER; ROCHA, 2017).

O termo interseccionalidade foi utilizado pela primeira vez para designar a interdependência das relações de poder entre raça, sexo e classe, num texto da jurista afro-americana Kimberlé Crenshaw de 1989, porém pode-se dizer que sua origem remonta ao movimento do final dos anos de 1970, conhecido como *Black Feminism*, cuja crítica coletiva se voltou de maneira radical contra o feminismo branco, de classe média, heteronormativo (HIRATA, 2014). A interseccionalidade é ao mesmo tempo um “projeto de conhecimento” e uma arma política. Ela diz respeito às “condições sociais de produção de conhecimentos” e à questão da justiça social (COLLINS, 2014).

A problemática desse termo focaliza, sobretudo, as intersecções da raça e do gênero e aborda parcial ou periféricamente classe ou sexualidade. A interseccionalidade refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social que são as categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual (HIRATA, 2014).

Segundo Kimberlé Crenshaw (2002, p. 177), "a interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação". Essa autora propõe que os eixos de poder estabelecidos pelo patriarcado, racismo e luta de classes se cruzam como avenidas em que o fluxo do tráfego define a multiplicidade de opressões às quais a pessoa estará submetida.

O interesse teórico e epistemológico de articular sexo e raça fica claro nos achados de pesquisas que não olham apenas para as diferenças entre homens e mulheres, mas para as disparidades entre homens brancos e negros e mulheres brancas e negras, como em estudos realizados no Brasil, os quais empregaram raça e gênero para explicar desigualdades salariais ou diferenças quanto ao desemprego (GUIMARÃES, 2002; GUIMARÃES; BRITTO, 2008).

Essa formulação do início dos anos de 1990, desenvolvida posteriormente pela Crenshaw e outras pesquisadoras, tem hoje, na definição de Sirma Bilge, uma boa síntese:

A interseccionalidade remete a uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Ela refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social que são

as categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual. O enfoque interseccional vai além do simples reconhecimento da multiplicidade dos sistemas de opressão que opera a partir dessas categorias e postula sua interação na produção e na reprodução das desigualdades sociais (BILGE, 2009, p. 70, apud HIRATA, 2014, p.63).

Ao considerar a interseccionalidade entre sexo e raça, os homens brancos possuem os salários mais altos; em seguida, os homens negros e as mulheres brancas; e, por último, as mulheres negras têm salários significativamente inferiores (GUIMARÃES, 2002). Mulheres brancas e negras têm trajetórias duradouras nas ocupações de menor prestígio e de más condições de trabalho, como o emprego doméstico, atividade em que as mulheres negras são mais numerosas. Ambas estão também sobrerrepresentadas no item desemprego. Homens brancos e negros estão mais presentes no trabalho formal e autônomo, embora os últimos em menor proporção (GUIMARÃES; BRITTO, 2008).

4 METODOLOGIA

Este estudo é parte de uma pesquisa já realizada, sob coordenação da professora Tânia Maria de Araújo, intitulada “Condições de trabalho e saúde de professores da rede municipal de ensino de Salvador, Bahia”, que teve como subprojetos: 1. Levantamento de dados sobre afastamento dos professores por licença médica; 2. Diagnóstico da situação de saúde e de trabalho dos professores da rede municipal de ensino.

4.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo transversal. O desenho transversal é vantajoso pelo baixo custo e alto potencial descritivo ao investigar a exposição e o desfecho em um mesmo momento o que permite avaliações instantâneas da situação de saúde nas populações e identifica os grupos mais ou menos expostos a determinado fator ou agravo (MEDRONHO et al., 2002, p.125-150).

4.1.1 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de Salvador, na rede municipal de ensino que abrange a educação infantil (pré-escola), ensino fundamental I (1ª a 4ª série) e ensino fundamental II (5ª a 8ª série).

Segundo a Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Salvador¹, a educação básica compreende a educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, sendo os municípios responsáveis pela educação infantil e ensino fundamental. Na época da pesquisa a rede municipal de Salvador era formada por 413 escolas, 4.697 professores e 168.116 alunos.

A educação infantil oferece creches e pré-escolas e atende crianças de 0 a 5 anos, sendo a primeira etapa da educação básica. O ensino fundamental tem duração de nove anos e é composto por cinco anos iniciais formados pelo ciclo de aprendizagem I que dura três anos e pelo ciclo II que dura dois anos; e pelos quatro anos finais.

4.1.2 População do estudo

¹ Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Salvador. Disponível em: <<http://www.smecc.salvador.ba.gov.br>>. Acesso em 20 de maio de 2019.

A população do estudo foi constituída por professores/as da rede municipal de ensino de Salvador, da educação infantil ao ensino fundamental II. Os dados foram obtidos a partir de um inquérito de caráter censitário, no qual foram incluídos professores/as com todos os tipos de vínculo, no entanto, apenas 1.968 entraram nos cálculos dos modelos em decorrência de incompletude das variáveis. O inquérito foi realizado durante o recadastramento dos/as professores/as, no ano de 2006.

4.1.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta utilizado foi um questionário estruturado composto por blocos de questões relativas às informações sociodemográficas, destinadas a caracterização do/a professor/a; seu trabalho na rede municipal de Salvador; condições do ambiente de trabalho na escola; estresse ocupacional (*Job Content Questionnaire* – JCQ); saúde física (morbidade referida e diagnósticos médicos prévios); saúde mental (*Self-Reporting Questionnaire* – SRQ-20); saúde vocal e principais problemas de saúde referidos pelo/a professor/a (Anexo A).

O JCQ foi utilizado para avaliação do estresse ocupacional. É um instrumento elaborado por Karasek (1985) a partir do qual ele construiu o Modelo Demanda-Controle (*Job Strain Model*). Esse modelo privilegia duas dimensões psicossociais no trabalho: o controle sobre o trabalho e a demanda psicológica advinda do trabalho. A partir da combinação dessas duas dimensões, o modelo distingue situações de trabalho específicas que, por sua vez, estruturam riscos diferenciados à saúde (ARAÚJO et al., 2003).

A mensuração dos transtornos mentais comuns se deu através do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), instrumento originalmente desenvolvido por Harding, difundido pela OMS e validado no Brasil para o rastreamento de transtornos mentais não psicóticos (HARDING et al., 1980) e com o objetivo de avaliar os impactos dos problemas de saúde mental na atenção básica à saúde em países periféricos (SANTOS; CARVALHO; ARAÚJO, 2016). Inicialmente o instrumento era formado por 30 questões que avaliavam sintomas psicoemocionais, uso abusivo de álcool, transtornos psicóticos e crise convulsiva. Porém, em 1980, foi desenvolvida a versão com 20 questões, que aborda apenas aspectos psicoemocionais, sendo útil para triagem dos TMC, cujas respostas são “sim” ou “não”, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre sintomas emocionais (ASSUNÇÃO et al., 2013). Os sintomas avaliados referem-se ao período dos últimos 30 dias, e a cada resposta “sim”, é atribuído um ponto, sendo que ao final pode ocorrer uma variação de 0 a 20 pontos (FIOROTTI et al., 2010).

4.1.4 Coleta de dados

O questionário foi respondido durante o processo de cadastramento dos/as professores/as da rede municipal de ensino de Salvador realizado pela Secretaria de Educação e Cultura do município (SMEC). Na coleta de dados realizada pela SMEC, foi entregue ao/a professor/a um envelope contendo a ficha de cadastramento e o questionário da pesquisa, além de uma carta do Secretário de Educação e Cultura, informando que a participação do docente era de caráter voluntário. O questionário preenchido foi entregue, pelo/a professor/a, a equipe da SMEC, em envelopes lacrados e não identificados. Junto ao questionário, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.1.5 Variáveis do estudo

A variável dependente do estudo foi a suspeição de TMC, avaliada por meio do instrumento SRQ-20, composto por 20 questões com opções de resposta “sim ou não”, das quais quatro referem-se a queixas somáticas e dezesseis a sintomas psíquicos (CARVALHO et al., 2013). A cada resposta “sim” é somado um ponto, sendo o escore final a soma das respostas sim, que pode variar de zero (nenhuma resposta sim) a 20 (todas as respostas sim) (SANTOS et al., 2010). Definiu-se como ponto de corte, para ausência de TMC, pontuação menor ou igual a cinco para homens e pontuação menor ou igual a sete para mulheres. Homens com pontuação maior ou igual a seis e mulheres com pontuação maior ou igual a oito foram classificados como “suspeitos” (HARDING et al., 1980; FIOROTTI et al., 2010).

As variáveis independentes foram a intersecção de raça/cor da pele e gênero. A categorização da variável raça/cor da pele neste estudo foi a mesma utilizada pelo IBGE para o Censo (*branca, preta, parda, amarela e indígena*). As respostas de preta e parda foram agrupadas para formar o grupo *negra* e as demais a categoria *não negra*. Para realização da análise foram criados quatro grupos: homens negros, homens brancos, mulheres negras e mulheres brancas.

As variáveis descritoras compreenderam: ter filhos (sim, não), tempo de trabalho na escola (até 5 anos, mais de 5 anos), carga horária semanal de trabalho (até 20 horas, mais de 20 horas), satisfação com o trabalho (sim, não), queixa de alteração vocal (sim, não), demanda psicológica (alta, baixa), controle sobre o trabalho (alto, baixo), grupos do modelo demanda-controle (baixa exigência, trabalho ativo, trabalho passivo, baixa exigência).

4.1.6 Análise dos dados

Inicialmente foi realizada análise descritiva a fim de caracterizar a amostra, através das frequências relativas e absolutas. Os demais métodos aplicados para a análise dos dados consistiu na estimativa de análise de regressão por mínimos quadrados ordinários com estimativa robusta dos erros padrão, bem como pelo uso dos mínimos quadrados generalizados, sendo que as variáveis foram ponderadas pela raiz quadrada da variância dos resíduos da regressão. Em suma, foram estimados dois modelos de probabilidade linear (MPL). Os coeficientes do MPL foram utilizados na obtenção das probabilidades de ocorrência do TMC mediante a presença ou ausência dos fatores de exposição (raça e gênero). A interação foi medida por meio das diferenças de probabilidade. Também foram empregados modelos de regressão logística para corrigir os problemas associados à estimativa por mínimos quadrados: heteroscedasticidade e extrapolação dos limites da probabilidade. A regressão logística permitiu a obtenção dos coeficientes de regressão que foram utilizados na estimativa da interação dos fatores de exposição sob a escala aditiva e multiplicativa, por meio dos índices de razão de probabilidade (Odds Ratio-OR).

Com o objetivo de verificar a qualidade do ajuste da regressão logística, foram realizados os testes de Hosmer-Lemeshow com a estatística qui-quadrado de Pearson, assim como foram geradas as tabelas de classificação para obtenção das medidas de sensibilidade, especificidade e o percentual de acerto do modelo.

As medidas de interação aditiva e multiplicativa referentes à intersecção entre gênero e raça no desenvolvimento de TMC pelos professores da rede pública municipal de Salvador foram obtidas seguindo-se a metodologia descrita em VanderWeele e Knol (2014).

Segundo Knol et al., (2007), a interação refere-se a uma situação em que o efeito de um fator de risco (A) sobre uma doença é diferente entre os estratos de um outro fator de risco (B). Isto significa que se a interação existir, A e B não são independentes no acometimento da doença. Se o efeito combinado dos fatores for maior do que a soma dos efeitos individuais, separadamente, existirá interação na escala aditiva. A interação sob a escala multiplicativa ocorrerá quando o efeito combinado dos fatores for maior que o produto dos efeitos individuais, separadamente.

Modelagem estatística

A interação entre os fatores de exposição pode ser calculada pela interação estatística, assim como pela biológica. Conforme Knol et al., (2007) e VanderWeele e Knol (2014), as interações são, normalmente, avaliadas por meio de modelos estatísticos, destacando-se o modelo linear e o logístico.

Foram estimadas as equações para os dois modelos, embora alguns autores, como Cameron e Trivedi (2009, p.471) tenham alertado que o MPL está sujeito a problemas de heteroscedasticidade e pode ignorar a amplitude dos valores da probabilidade. Em virtude desses possíveis problemas, fez-se a estimativa da equação por mínimos quadrados ordinários (MQO) com erros padrão robustos de *White* e com o método dos mínimos quadrados generalizados (MQG) para a correção da heteroscedasticidade. Cameron e Trivedi (2009, p.464) argumentaram que o modelo logístico é o mais apropriado, contudo, o uso desses dois métodos gera resultados distintos para a avaliação da interação.

Baseado em Wooldridge (2016, p.270) e em VanderWeele e Knol (2014, p.41) têm-se nas eqs.(1) e (2) os modelos linear e logístico, respectivamente, da seguinte forma:

$$P(TMC = 1 | C = c, G = g) = \alpha_0 + \alpha_1(\text{genero}) + \alpha_2(\text{cor}) + \alpha_3(\text{genero} * \text{cor}) + \alpha_4(\text{idade}) + \alpha_5(\text{filho}) + \alpha_6(\text{reg}_{-}\text{trab}) + \alpha_7(\text{sat}_{-}\text{trab}) + \alpha_8(\text{alter}_{-}\text{voz}) + \alpha_9(\text{mdc}) + e_i \quad (1)$$

Conforme VanderWeele e Knol (2014, p.41), verifica-se que os coeficientes da eq.(1) geram as seguintes medidas das probabilidades: $\alpha_0 = p_{00}$, $\alpha_1 = p_{10} - p_{00}$, $\alpha_2 = p_{01} - p_{00}$ e que $\alpha_3 = p_{11} - p_{10} - p_{01} + p_{00}$, sendo que o coeficiente α_3 é a medida da interação estatística sob a escala aditiva. A medida da interação multiplicativa pode ser calculada utilizando as razões de risco (RR), que são definidas da seguinte forma:

$$\begin{aligned} RR_{10} &= p_{10} / p_{00} \\ RR_{01} &= p_{01} / p_{00} \\ RR_{11} &= p_{11} / p_{00} \end{aligned}$$

a medida da interação na escala multiplicativa para a RR é dada por:

$$\frac{RR_{11}}{RR_{10} \cdot RR_{01}} = \frac{p_{11} \cdot p_{00}}{p_{10} \cdot p_{01}}$$

Esta razão mede a extensão em que o efeito dos fatores de exposição conjuntos excede o produto dos efeitos dos fatores de exposição separadamente. Se $[RR_{11}/(RR_{10} \cdot RR_{01})] > 1$, então a interação na escala multiplicativa é positiva, se for menor do que 1, então a interação multiplicativa é negativa.

A eq.(2) descreve o modelo logístico e ele será utilizado para obter as razões de probabilidade (OR).

$$\begin{aligned} \text{logit}\{P(TMC = 1|C = c, G = g)\} = & \gamma_0 + \gamma_1(\text{genero}) + \gamma_2(\text{cor}) + \gamma_3(\text{genero} * \text{cor}) + \\ & + \gamma_4(\text{idade}) + \gamma_5(\text{filho}) + \gamma_6(\text{reg_trab}) + \\ & + \gamma_7(\text{sat_trab}) + \gamma_8(\text{alter_voz}) + \gamma_9(\text{mdc}) + u_i \end{aligned} \quad (2)$$

A partir da estimativa logit tem-se que $e^{\gamma_0} = p_{00}/(1 - p_{00})$, $e^{\gamma_1} = OR_{10}$, $e^{\gamma_2} = OR_{01}$ e $e^{\gamma_3} = OR_{11}/(OR_{10} \cdot OR_{01})$. Tomando-se o exponencial dos coeficientes γ_1 e γ_2 da regressão logit, tem-se as OR's dos dois fatores de exposição, separadamente. O exponencial de γ_3 fornece a medida da interação multiplicativa para as OR's. VanderWeele e Knol (2014, p.42) recomendam que se faça a estimativa das medidas de interação sob a escala aditiva e multiplicativa, assim como descrevem algumas formas de cálculo dessas medidas. A medida da interação aditiva a partir da OR é dada pela eq.(3), que descreve o excesso de risco relativo devido à interação (RERI).

$$RERI_{OR} = OR_{11} - OR_{10} - OR_{01} + 1 = e^{\gamma_1 + \gamma_2 + \gamma_3} - e^{\gamma_1} - e^{\gamma_2} + 1 \quad (3)$$

Os dados foram analisados com auxílio dos programas estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 e Stata 13.1.

4.1.7 Aspectos éticos

O projeto de origem foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia, parecer n.83/2007. Após aprovação e autorização da pesquisa, os/as professores/as foram convidados a participar da investigação e todos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar o anonimato e assegurar o sigilo e privacidade das informações envolvidas na investigação, os questionários foram identificados por um código.

5 RESULTADOS

ARTIGO

Raça/cor da pele, gênero e transtornos mentais comuns entre professores/as da educação básica: uma perspectiva interseccional

RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar a interação entre raça e gênero no desenvolvimento de transtornos mentais comuns (TMC) entre professores/as da rede básica municipal de ensino. O instrumento utilizado para mensuração do TMC foi o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). A amostra foi constituída por 1.968 professores/as estratificados em quatro grupos (homens não negros, homens negros, mulheres não negras, mulheres negras). Foi realizada análise de regressão através dos mínimos quadrados ordinários (MQO) e dos mínimos quadrados generalizados (MQG). Em seguida foi medida a interação estatística por meio das escalas aditiva e multiplicativa. Os resultados mostraram que não houve associação entre a intersecção de raça/cor e gênero com os TMC; o efeito combinado dos fatores de exposição foram inferiores aos efeitos de exposição analisados separadamente; as mulheres negras dessa amostra foram o grupo de menor prevalência de desenvolver TMC, enquanto os homens negros foram os mais vulneráveis. Esses achados diferem de alguns estudos prévios realizados com a população geral e indicam que na rede pública municipal de Salvador, as professoras negras não enfrentam situações discriminatórias que venham a desencadear os TMC. Recomenda-se novos estudos para comparações em diferentes locais, níveis e redes de ensino.

Palavras-chave: professor, interseccionalidade, raça, gênero, transtornos mentais comuns.

INTRODUÇÃO

A educação é indispensável para o desenvolvimento de uma sociedade. O avanço de um país está diretamente atrelado ao investimento nessa área. Assim, o indivíduo torna-se mais competente para disputar melhores cargos no mercado de trabalho, ou seja, sua escolarização pode garantir uma melhor posição social (VIANA; LIMA, 2010). Além da capacidade intelectual, há a garantia de uma melhor saúde mental, já que, estimula o cognitivo e a inteligência, garante confiança no trabalho, possibilita um melhor rendimento e qualidade de trabalho e de vida consequentemente, sendo assim, um meio importante de produzir riqueza material, ao mesmo tempo em que repercute positivamente na saúde (GUZZO; EUZÉBIOS FILHO, 2005).

Desse modo, o/a professor/a é peça fundamental dessa estruturação, porém nem sempre recebe o reconhecimento socioeconômico devido. Há um contraste, uma vez que sua função social é de grande importância, porém não possui valorização dos alunos, sociedade e governo (ALMEIDA; TARTUCE; NUNES, 2014). Diante desse cenário, não é de estranhar que a profissão docente possua uma taxa acima da média de comprometimento da saúde mental e psicossomática devido ao estresse relacionado ao trabalho (SEIBT et al., 2013). Assim, é necessário lidar com a saúde mental como prioridade, pois o bem-estar desses interfere na sua satisfação com o trabalho e, conseqüentemente, na qualidade do aprendizado dos estudantes (CLARO; BEDREGAL, 2003).

Dentre os problemas de saúde mental que comumente acometem os/as professores/as, os transtornos mentais comuns (TMC) merecem destaque pelas altas prevalências encontradas nas pesquisas já realizadas (CLARO; BEDREGAL, 2003; DELCOR et al., 2004; REIS et al., 2005; PORTO et al., 2006; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; TAVARES et al., 2012; SEIBT et al., 2013; BANNAI; UKAWA; TAMAKOSHI, 2015; BALDAÇARA et al., 2015; FERREIRA et al., 2015) variando de 20,1% na educação superior (TAVARES et al., 2012) a 55,9% na educação infantil (REIS et al., 2005).

Os TMC caracterizam-se por um conjunto de sinais e sintomas de ansiedade e depressão, como insônia, irritabilidade, fadiga, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (dor de cabeça, falta de apetite, tremores e má digestão) (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). É descrito como condição multifatorial, crônica, não psicótica e são altamente prevalentes em adultos, frequentemente associados à comorbidades e resultando em incapacidades consideráveis e prejuízos sociais (GOLDBERG, 1994). Além das condições inerentes ao próprio trabalho, outras características sociais podem estar associadas à ocorrência desses transtornos. Reis et al. (2005), Porto et al. (2006), Anselmi et al. (2008) e Bastos et al. (2014) perceberam que o sexo feminino e raça/cor da pele negra apresenta maior predisposição em desenvolver TMC.

As profundas desigualdades sociais, o racismo e o machismo também geram efeitos diretos nas condições e nas oportunidades educacionais, econômicas e sociais de mulheres e negros(as) (WARNER; BROWN, 2011). Essas disparidades impactam sobre a saúde da população, tanto no acesso aos serviços, quanto no sofrimento psíquico por se encontrarem em condição de maior vulnerabilidade (ser mulher e ser negro/a). Em consonância com Barata (2009, p.69), o sofrimento de algum tipo de discriminação está associado a um pior estado de saúde mental, acarretando em ansiedade e depressão, estresse, problemas graves de sono, ideação suicida, tentativas de suicídio, baixa autoestima e doenças físicas. Exemplo disso foi

o estudo realizado por Batista (2005) no estado de São Paulo, no qual se observou que mulheres negras tiveram risco 1,7 vezes maior que as brancas de morrerem por transtorno mental, já os homens negros apresentaram 3 vezes mais risco que os brancos de evoluírem a óbito pela mesma causa.

Apesar das estatísticas denunciarem e comprovarem esse tipo de discriminação e a interligação entre raça/cor da pele e sexo, a maioria das pesquisas analisa estas características separadamente. Há uma generalização dos resultados, mesmo quando a população do estudo é composta majoritariamente por mulheres, como é o caso dos professores da educação básica no Brasil (ARAÚJO; PINHO; MASSON, 2019), ou por pessoas negras. Os estudos não abordam a construção social dessas categorias e seus determinantes, raça e sexo são analisados de forma imutável e fixa (PINSKY, 2009; MUNIZ, 2010).

Neste sentido faz-se necessário abordar a interseccionalidade, que é uma associação de sistemas múltiplos de subordinação, sendo descrita de várias formas, como discriminação composta, carga múltipla ou dupla / tripla discriminação, que concentra problemas, buscando capturar as consequências estruturais de dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos (CRENSHAW, 2002). Pode ser denominada como a “soma de opressões”, na qual suas formas distintas se sobrepõem e se influenciam mutuamente (RODRIGUES, 2013). O principal argumento da interseccionalidade é de que o ser humano não é composto por apenas uma raça ou um gênero e seria errôneo analisá-los separadamente como se fossem independentes das interações de poder e desigualdades existentes na sociedade (CRENSHAW, 1991).

A perspectiva da interseccionalidade é capaz de revelar relações muitas vezes não observadas mesmo na análise multivariada. A interação entre raça e gênero, pode criar grupos mais vulneráveis (CHOR, 2013) e levar a efeitos diferentes do que cada uma dessas características analisadas separadamente. A partir disso, percebe-se que as identidades sociais não são independentes e uma análise que ajuste um dos fatores para examinar outro perderia esse efeito (BOWLEG, 2012). Portanto, a melhor forma de capturar a interseccionalidade é através do método de interação estatística, pois demonstra o valor agregado de avaliar essas interseções ao invés de analisar raça e gênero independentemente (VANDERWEELE; KNOL, 2014).

Na literatura brasileira e mundial há lacunas referentes a estudos que analisam a interação entre raça/cor da pele e gênero e seus efeitos sobre a saúde mental. Grande parte das pesquisas sobre este tema foram realizadas nos Estados Unidos (KESSLER et al., 1994; ASNAANI et al., 2010), não sendo parâmetro para os padrões culturais e históricos

brasileiros. As realizadas no Brasil geralmente são com amostras femininas e empregando métodos qualitativos (BARRETO, 2015; XAVIER; ROCHA, 2017; SOUZA; ALMEIDA; DRUMMOND, 2017). Em estudo de interseccionalidade realizado por Smolen et al. (2018), no qual avaliou-se a associação entre raça/cor da pele, gênero e TMC na população em geral, foi encontrada maior prevalência de TMC entre as mulheres negras em comparação aos outros três grupos.

Nesse sentido, esse estudo pode contribuir para a problematização de questões sociais, análise crítica sobre as desigualdades e reflexão dos profissionais da área de educação e do público interessado quanto às diferenças existentes entre homens e mulheres, negros/as e não negros/as quando se observa o trabalho do/a professor/a e suas repercussões na saúde. Assim, este estudo tem como objetivo analisar quantitativamente a interação entre raça e gênero no desenvolvimento de TMC dos/as professores/as da rede pública municipal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal realizado em 2006, cuja população foi todos/as 4.697 professores/as da rede pública municipal de ensino de Salvador. A rede municipal de ensino abrange a educação infantil (pré-escola), ensino fundamental I (1ª a 4ª série) e ensino fundamental II (5ª a 8ª série). A coleta de dados ocorreu durante o processo de recadastramento dos/as professores/as e foi realizada pela Secretaria de Educação e Cultura do município (SMEC), na qual foi entregue ao/a professor/a um envelope contendo o questionário da pesquisa, além de uma carta do Secretário de Educação e Cultura, informando que a participação do docente era de caráter voluntário. O questionário preenchido foi entregue, pelo professor à SMEC, em envelopes lacrados e não identificados.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado composto por blocos com perguntas relativas às informações sociodemográficas; características do seu trabalho na rede municipal de Salvador; condições do ambiente de trabalho; aspectos psicossociais do trabalho, mensurados através do *Job Content Questionnaire* (JCQ); saúde física (morbidade referida e diagnósticos médicos prévios); saúde mental que é avaliada por meio do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20); saúde vocal e principais problemas de saúde referidos pelo/a professor/a.

A avaliação dos TMC se deu através do SRQ-20, composto por 20 questões com opções de resposta “sim ou não”, das quais quatro referem-se a queixas somáticas e dezesseis a sintomas psíquicos (CARVALHO et al., 2013). A cada resposta “sim” foi somado um

ponto, sendo o escore final a soma das respostas sim, que podia variar de zero (nenhuma resposta sim) a 20 (todas as respostas sim) (SANTOS et al., 2010). Desta forma, a variável dependente do estudo é de natureza binária, assumindo o valor unitário para o diagnóstico positivo da TMC e zero para o diagnóstico negativo.

Definiram-se como ponto de corte entre “suspeitos” de diagnóstico positivo de TMC, homens com pontuação maior ou igual a seis e mulheres com pontuação maior ou igual a oito (HARDING et al., 1980; MARI; WILLIAMS, 1986; PORTO et al., 2006; MENDOZA-SASSI; BERIA, 2007; FIOROTTI et al., 2010; SOUZA et al., 2010). De acordo com estudo realizado por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008) esse ponto de corte estabelecido para mulheres é adequado por apresentar a sensibilidade para presença de transtorno mental não psicótico de 86,33% e a especificidade de 89,31%, com valores preditivos positivos e negativos de 76,43% e 94,21%, respectivamente. Quanto aos homens, o menor ponto de corte justifica-se ao comportamento destes frente a problemas psicoemocionais, já que possuem uma maior dificuldade em expressar-se emocionalmente, justamente pelo seu estereótipo construído de gênero.

As variáveis independentes desse estudo foram a raça/cor (negra e não negra) e a variável gênero (feminino e masculino). Essas variáveis binárias foram combinadas e geraram quatro categorias: homens não negros (grupo de referência), homens negros, mulheres não negras e mulheres negras. A categorização racial foi a mesma utilizada pelo IBGE para o censo demográfico de 2010, classificadas em cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena. As respostas de preta e parda foram agrupadas para formar o grupo negro, conforme recomendações do IBGE (OLIVEIRA, 2004), e as demais compuseram a categoria não negra.

As demais variáveis explicativas compreenderam ter filhos (sim, não); tempo de trabalho na escola, (até cinco anos; mais de cinco anos), carga horária semanal de trabalho (até 20 horas, mais de 20 horas), estar satisfeito com o trabalho (sim, não), ter alteração vocal (não, sim), e estresse ocupacional com base no modelo demanda-controle (baixa exigência; trabalho ativo; trabalho passivo; alta exigência).

Os métodos aplicados para a análise dos dados consistiu na estimativa de análise de regressão por mínimos quadrados ordinários (MQO) com estimativa robusta dos erros padrão, bem como pelo uso dos mínimos quadrados generalizados (MQG), sendo que as variáveis foram ponderadas pela raiz quadrada da variância dos resíduos da regressão. Em suma, foram estimados dois modelos de probabilidade linear (MPL). Os coeficientes do MPL foram utilizados na obtenção das probabilidades de ocorrência do TMC mediante a presença ou ausência dos fatores de exposição (raça e gênero). A interação foi medida por meio das

diferenças de probabilidade, conforme será visto adiante. Também foram empregados modelos logísticos para corrigir os limites da estimativa por mínimos quadrados referentes a heteroscedasticidade e extrapolação dos limites da probabilidade. A regressão logística permitiu a obtenção dos coeficientes de regressão que foram utilizados na estimativa da interação dos fatores de exposição sob a escala aditiva e multiplicativa, por meio das razões de probabilidade (Odds Ratio-OR).

Com o objetivo de verificar a qualidade do ajuste da regressão logística, foram realizados os testes de Hosmer-Lemeshow com a estatística qui-quadrado de Pearson, assim como foram geradas as tabelas de classificação para obtenção das medidas de sensibilidade, especificidade e o percentual de acerto do modelo.

As medidas de interação aditiva e multiplicativa referentes à intersecção entre gênero e raça no desenvolvimento de TMC pelos/as professores/as da rede pública municipal de Salvador foram obtidas seguindo-se a metodologia descrita em VanderWeele e Knol (2014).

Segundo Knol et al., (2007), a interação refere-se a uma situação em que o efeito de um fator de risco (A) sobre uma doença é diferente entre os estratos de um outro fator de risco (B). Isto significa que se a interação existir, A e B não são independentes no acometimento da doença. Se o efeito combinado dos fatores for maior do que a soma dos efeitos individuais, separadamente, existirá interação na escala aditiva. A interação sob a escala multiplicativa ocorrerá quando o efeito combinado dos fatores for maior que o produto dos efeitos individuais, separadamente.

A interação entre os fatores de exposição pode ser calculada pela interação estatística, assim como pela biológica. Conforme Knol et al., (2007) e VanderWeele e Knol (2014), as interações são, normalmente, avaliadas por meio de modelos estatísticos, destacando-se o modelo linear e o logístico.

Foram estimadas as equações para os dois modelos, embora alguns autores, como Cameron e Trivedi (2009, p.471) tenham alertado que o MPL está sujeito a problemas de heteroscedasticidade e pode ignorar a amplitude dos valores da probabilidade. Em virtude desses possíveis problemas, fez-se a estimativa da equação por mínimos quadrados 2ordinários (MQO) com erros padrão robustos de *White* e com o método dos mínimos quadrados generalizados (MQG) para a correção da heteroscedasticidade. Cameron e Trivedi (2009, p.464) argumentaram que o modelo logístico é o mais apropriado, contudo, o uso desses dois métodos gera resultados distintos para a avaliação da interação.

O projeto de origem foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia, parecer n.83/2007. Após aprovação e

autorização da pesquisa, os/as professores/as foram convidados a participar da investigação e todos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar o anonimato e assegurar o sigilo e privacidade das informações envolvidas na investigação, os questionários foram identificados por um código.

RESULTADOS

A população do estudo compreendeu 4.231² professores, 92% eram mulheres e 80,8% eram negros/as. sendo 74,1% mulheres negras, 17,8% não negras, 6,5% homens negros e 1,6% não negros. Conforme a Tabela 1, a maioria dos/as professores/as tem idade de até 45 anos, são casados/as e possuem filhos. Mulheres negras e homens negros representam maior percentual de jovens e de solteiros/as comparados/as à categoria dos não negros. Enquanto mulheres e homens não negros possuem mais viúvos/as, separados/as e divorciados/as.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos/as professores/as da educação básica de ensino público municipal por raça/cor da pele e gênero, Salvador, 2006.

Variável	Mulher negra (N=3137)		Mulher não negra (N=755)		Homem negro (N=273)		Homem não negro (N=66)	
	N	%	N	%	n	%	N	%
Faixa etária								
Até 45 anos	2181	72,2	496	68,5	192	73,0	40	63,5
Mais de 45anos	839	27,8	228	31,5	71	27,0	23	36,5
Situação conjugal								
Solteiro (a)	1225	40,2	250	33,8	107	40,2	23	36,5
Casado (a)	1428	46,8	353	47,7	140	52,6	28	44,4
Viúvo/separado/ divorciado (a)	397	13,0	137	18,5	19	7,1	12	19,0
Filhos								
Sim	1969	63,4	494	65,6	164	61,0	36	55,4
Não	1136	36,6	259	34,4	105	39,0	29	44,6

N: corresponde ao total de indivíduos de acordo com seu gênero e raça/cor, na maioria das vezes não corresponde ao “n” das variáveis em decorrência da perda de dados.

Fonte: dados da pesquisa.

Verifica-se na Tabela 2 que a maioria dos/as professores/as afirma estar satisfeitos/as com o trabalho, trabalham, majoritariamente com carga horária semanal de mais de 20 horas

² Esse valor corresponde à amostra total, utilizada para caracterizar os/as docentes apenas com prevalências relativas e absolutas. A amostra que será utilizada na estimativa dos modelos estatísticos e na interação entre os fatores gênero e raça/cor da pele será de 1.968 professores, pois foram perdidas observações devido à ausência de registro em algumas variáveis necessárias para o modelo. No entanto, os dados faltantes não comprometeram a validade do estudo.

entre as mulheres e, de até 20 horas entre os homens, sendo que o percentual de tempo de trabalho na atual instituição é de até 5 anos em todos os grupos. Segundo a Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Salvador (SMEC)³, a educação básica é de responsabilidade do município, em relação a contratação, remuneração e vínculo trabalhista. Os contratos de trabalho realizados a nível municipal são, muitas vezes, do tipo temporário. Assim, o tempo de trabalho inferior a cinco anos, predominante nesse estudo, está atrelado a esse tipo de contrato.

Os homens não negros estão há mais tempo no trabalho (42,9%) que os demais grupos. Em relação aos aspectos psicossociais do trabalho, prevaleceu o grupo de baixa demanda psicológica e alto controle, sendo a mulher não negra com maior percentual de baixa demanda (60,6%) e os homens não negros com maior prevalência de alto controle (55,1%) em comparação aos demais. Entre os quadrantes do modelo demanda-controle, a baixa exigência teve percentual mais elevado e semelhante entre todos os indivíduos. O trabalho ativo teve maior percentual entre os homens e o passivo entre as mulheres, e o trabalho de alta exigência foi mais presente entre os homens não negros (26,1%). A queixa de alteração vocal teve valores mais elevados entre as mulheres em comparação aos homens e, as professoras de raça/cor negra possuem maior prevalência (45,3%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características ocupacionais e saúde vocal dos/as professores/as da educação básica de ensino público municipal por raça/cor da pele e gênero, Salvador, 2006.

Variáveis	Mulher negra (3137)		Mulher não negra (755)		Homem negro (273)		Homem não negro (66)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Satisfação com o trabalho								
Sim	2283	76,6	536	74,4	198	76,2	47	75,8
Não	696	23,4	184	25,6	62	23,8	15	24,2
CH¹ semanal								
Até 20 horas	1322	45,6	340	48,0	140	54,5	38	60,3
Mais de 20 horas	1580	54,4	369	52,0	117	45,5	25	39,7
Tempo de trabalho								
Até 5 anos	1541	58,9	364	59,5	148	64,9	32	57,1
Mais de 5 anos	1075	41,1	248	40,5	80	35,1	24	42,9
Demanda								
Baixa	1511	57,1	395	60,6	145	58,0	31	54,4
Alta	1135	42,9	257	39,4	105	42,0	26	45,6
Controle								

³ Secretaria Municipal de Educação e Cultura de Salvador (SMEC). Disponível em: <<http://www.smec.salvador.ba.gov.br>>. Acesso em 20 de maio de 2019.

Alto	1269	51,4	301	52,3	122	54,0	27	55,1
Baixo	1199	48,6	275	47,7	104	46,0	22	44,9
MDC² (grupos)								
Baixa exigência	681	30,4	180	33,6	69	32,5	14	30,4
Trabalho ativo	476	21,3	101	18,8	49	23,1	11	23,9
Trabalho passivo	584	26,1	142	26,5	50	23,6	9	19,6
Alta exigência	497	22,2	113	21,1	44	20,8	12	26,1
Alteração vocal								
Sim	1360	45,3	305	41,8	85	33,6	20	31,7
Não	1644	54,7	424	58,2	168	66,4	43	68,3

N: corresponde ao total de indivíduos de acordo com seu gênero e raça/cor, na maioria das vezes não corresponde ao “n” das variáveis em decorrência da perda de dados.

¹ CH corresponde à carga horária de trabalho

² MDC é a sigla referente ao modelo demanda-controle

Fonte: dados da pesquisa.

A prevalência global de TMC na amostra do estudo foi de 22,8%. Quando observadas as frequências relativas e absolutas em cada categoria, esta esteve mais elevada entre os homens em comparação com as mulheres e os homens negros apresentaram o maior percentual, com 24,2% (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência de TMC segundo as categorias de raça/cor da pele e gênero dos/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

Categorias	TMC	
	N	%
Mulher negra	476	17,7
Mulher não negra	126	18,8
Homem negro	61	24,2
Homem não negro	13	22,4

Fonte: dados da pesquisa.

Estimativa da interação em uma escala aditiva por meio da análise dos riscos absoluto e relativo

Considerando o gênero (A) e a raça/cor (B) como fatores de risco no desenvolvimento de TMC (D), descreve-se na Tabela 4, os riscos absolutos e relativos em se desenvolver TMC nos grupos de análise: homem não negro e negro e, mulher negra e não negra. O grupo de referência é o de homens não negros, cuja literatura especializada, indica que este é o menos propenso em se desenvolver TMC, enquanto que o grupo de mulheres negras seria o mais propenso. Há uma probabilidade de 24% de homens não negros desenvolverem TMC e aproximadamente o mesmo percentual entre os homens negros. Nas mulheres, o percentual

nas não negras foi maior do que entre as negras, 21,66 e 19,91, respectivamente, o que significa que as professoras negras tem 1,75 menos TMC.

Tabela 4 - Prevalência esperada, observada e diferença de prevalência de TMC entre os grupos de gênero e raça/cor dos/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

		Não negro (B-)		Negro (B+)		Δ risco	Risco relativo
		N	Risco (%)	N	Risco (%)		
Homem (A-)	(D-)	76		158			
	(D+)	24	24,00	50	24,04	0,04	1,00
Mulher (A+)	(D-)	293		1030			
	(D+)	81	21,66	256	19,91	-1,75	0,92
Δ risco			-2,3		-4,1		
Risco relativo			0,90		0,83		

Fonte: dados da pesquisa.

Conforme Knol et al. (2007), a interação em uma escala aditiva é observada se o efeito combinado de A e B não for igual à soma dos efeitos de A e de B.

$$(R_{A+B+} - R_{A-B-}) \neq (R_{A+B-} - R_{A-B-}) + (R_{A-B+} - R_{A-B-}) \quad (4)$$

sendo que R é o risco absoluto em se desenvolver TMC nos grupos selecionados. O lado esquerdo da diferença representa o risco conjunto (interação), enquanto que o lado direito da diferença representa a soma separada dos efeitos dos fatores gênero e raça/cor da pele. Substituindo os valores da Tabela 7 na eq. (4) tem-se: $(19,91 - 24) \neq (21,66 - 24) + (24,04 - 24) \Rightarrow (-4,09) \neq (-2,34) + (0,04) \Rightarrow -4,09 < -2,03$

significando que existe interação negativa (ou sub-aditiva) na escala aditiva, pois o efeito combinado dos fatores é menor que a soma dos efeitos individuais dos fatores. Dividindo-se a eq. (4) por R_{A-B-} , tem-se a razão de risco (RR), e uma expressão equivalente da interação em escala aditiva.

$$\begin{aligned}
& \left(\frac{R_{A+B+} - R_{A-B-}}{R_{A-B-}} \right) \neq \left(\frac{R_{A+B-} - R_{A-B-}}{R_{A-B-}} \right) + \left(\frac{R_{A-B+} - R_{A-B-}}{R_{A-B-}} \right) \Rightarrow \\
& \left(\frac{R_{A+B+}}{R_{A-B-}} - 1 \right) \neq \left(\frac{R_{A+B-}}{R_{A-B-}} - 1 \right) + \left(\frac{R_{A-B+}}{R_{A-B-}} - 1 \right) \Rightarrow \\
& (RR_{A+B+} - 1) \neq (RR_{A+B-} - 1) + (RR_{A-B+} - 1)
\end{aligned} \tag{5}$$

substituindo-se os valores da Tabela 4 na eq. (5), tem-se que:

$$((19,91/24) - 1) \neq [(21,66/24 - 1)] + [(24,04/24) - 1] \Rightarrow -0,17 \neq -0,10 + 0,00 \Rightarrow -0,17 < -0,10$$

, ou seja, a interação na escala aditiva é negativa.

A interação na escala multiplicativa é observada se o efeito combinado de A e B não for igual ao produto dos efeitos de A e B, separadamente, ou seja:

$$(R_{A+B+}/R_{A-B-}) \neq (R_{A+B-}/R_{A-B-}) \cdot (R_{A-B+}/R_{A-B-}) \tag{6}$$

substituindo os valores da Tabela 4 na eq. (6) tem-se:

$$(19,91/24) \neq (21,66/24) \cdot (24,04/24) \Rightarrow 0,83 \neq 0,90 \cdot 1,00 \Rightarrow 0,83 < 0,90, \text{ logo a}$$

interação na escala multiplicativa é negativa, pois o efeito conjunto é menor que o produto dos efeitos dos fatores separadamente.

A quantidade de interação a partir da aditividade pode ser derivada da eq. (4) para os riscos absolutos como:

$$(R_{A+B+} - R_{A-B-}) - (R_{A+B-} - R_{A-B-}) + (R_{A-B+} - R_{A-B-}) \tag{7}$$

e a partir da eq. (5) para os riscos relativos como:

$$(RR_{A+B+} - 1) - (RR_{A+B-} - 1) + (RR_{A-B+} - 1) \tag{8}$$

Rothman (1986) apud Knol et al. (2007) chamou esta quantidade de interação de RERI. Reescrevendo a eq. (8), tem-se:

$$RERI = RR_{A+B+} - RR_{A+B-} - RR_{A-B+} + 1 \tag{9}$$

substituindo os valores do estudo na eq. (9) tem-se que $RERI = 0,83 - 0,90 - 1,00 + 1 = -0,07$, significando que o risco relativo para TMC em mulheres negras é 0,07 menor que se não existisse interação entre gênero e raça/cor da pele.

Estimativa da interação na escala aditiva e multiplicativa por meio de regressão linear

Observa-se na Tabela 5 que as associações entre as variáveis sexo (gênero) e cor, assim como a interação entre elas não se mostraram estatisticamente significantes, ou seja, as variáveis de interesse não têm efeito sobre a probabilidade em se desenvolver TMC em relação ao grupo base (homens não negros), ou seja, os efeitos separados de gênero e cor não são diferentes, estatisticamente, do grupo base, isto quer dizer que não há diferença entre homens e mulheres, assim como negros e não negros na probabilidade em se desenvolver TMC. As variáveis satisfação no trabalho e alteração de voz foram estatisticamente significativas ao nível de 1% de significância, e informam que há elevação na probabilidade em se desenvolver TMC comparativamente ao grupo base. O coeficiente da variável idade foi estatisticamente significativo ao nível de 10% de significância e diz que há redução de 0,04 pontos na probabilidade de TMC relativo ao grupo base. O modelo demanda-controle (MDC) foi estatisticamente significativo e o aumento de uma unidade no índice de MDC representa um aumento de 0,03 pontos na probabilidade de se desenvolver TMC.

Tabela 5 - Resultados do modelo MPL com erros padrão robustos de White dos/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

TMC	Coeficiente	Erro padrão	Intervalo de confiança de 95%	
			Inferior	Superior
Sexo	-0,0160 ^{n.s.}	0,0709	-0,1551	0,1230
Cor	0,0549 ^{n.s.}	0,0790	-0,0999	0,2098
Sexo*Cor	-0,0739 ^{n.s.}	0,0830	-0,2366	0,0889
Idade	-0,0379 [*]	0,0219	-0,0808	0,0050
Filho	-0,0080 ^{n.s.}	0,0205	-0,0482	0,0322
Regime	0,0010 ^{n.s.}	0,0193	-0,0369	0,0388
Satisfação	0,1165 ^{***}	0,0255	0,0666	0,1664
Alteração	0,1806 ^{***}	0,0203	0,1407	0,2205
MDC	0,0313 ^{***}	0,0087	0,0142	0,0484
Constante	0,0584 ^{n.s.}	0,0686	-0,0761	0,1928

Fonte: dados da pesquisa.

* significativo ao nível de 10% de significância

*** significativo ao nível de 1% de significância

n.s. não significativo

Conforme os resultados da Tabela 5, as probabilidades (risco) e diferenças de probabilidade em se desenvolver TMC estão descritos nas expressões abaixo, onde 00 = homens não negros, 01 = homens negros, 10 = mulheres não negras e 11 = mulheres negras:

$$\alpha_0 = p_{00} = 0,0584$$

$$\alpha_1 = p_{10} - p_{00} = -0,0160$$

$$\alpha_2 = p_{01} - p_{00} = 0,0549$$

$$\alpha_3 = p_{11} - p_{10} - p_{01} + p_{00} = -0,0739$$

$$p_{10} = \alpha_1 + p_{00} = 0,0424$$

$$p_{01} = \alpha_2 + p_{00} = 0,1133$$

$$p_{11} = \alpha_3 + p_{10} + p_{01} - p_{00} = 0,0234$$

por meio desses valores, pode-se calcular as medidas de interação na escala aditiva e multiplicativa. Conforme visto anteriormente, a escala da medida aditiva é dada pelo coeficiente de α_3 , que é o coeficiente da variável de interação entre o gênero e a raça/cor, portanto a interação aditiva é negativa, resultando na inexistência de interação, pois pelo modelo, a TMC não sofre alteração ao se modificar a variável de interação, ou seja, o efeito conjunto entre mulher negra não difere da categoria base, homem não negro.

A medida da interação na escala multiplicativa do modelo MPL é dada por:

$$\frac{RR_{11}}{RR_{10} \cdot RR_{01}} = \frac{p_{11} \cdot p_{00}}{p_{10} \cdot p_{01}} = \frac{0,0234 \cdot 0,0584}{0,0424 \cdot 0,1133} = 0,28447$$

verifica-se que a interação na escala multiplicativa é negativa, significando que o efeito combinado dos fatores de exposição não excede o produto do efeito dos fatores de exposição separadamente.

Dividindo-se a expressão do coeficiente de α_3 por p_{00} obtém-se o excesso de risco relativo devido à interação (RERI).

$$RERI_{RR} = RR_{11} - RR_{10} - RR_{01} + 1 \Rightarrow RERI_{RR} = -1,2654 < 0$$

A probabilidade dos professores da rede básica de ensino de Salvador em desenvolver TMC, mediante os grupos de gênero e raça/cor da pele podem ser visualizados na Tabela 6. As professoras negras apresentaram a menor probabilidade em se desenvolver TMC, e os professores negros foram os que apresentaram a maior, com 11,33%.

Tabela 6 - Probabilidade em se desenvolver TMC entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

	Não negro	Negro
Homem	0,0584	0,1133
Mulher	0,0424	0,0234

Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados da estimativa do modelo MPL sob a metodologia de MQG estão expostos na Tabela 7.

Tabela 7 - Resultados do modelo MPL estimados por MQG entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

TMC	Coeficiente	Erro padrão	Intervalo de confiança de 95%	
			Inferior	Superior
Sexo	0,0039877 ^{n.s.}	0,0689921	-0,1313349	0,1393103
Cor	0,0821834 ^{n.s.}	0,0777457	-0,0703087	0,2346754
Sexo*Cor	-0,0868253 ^{n.s.}	0,0811438	-0,2459824	0,0723318
Idade	-0,0135781 ^{n.s.}	0,0171531	-0,0472226	0,0200664
Filho	-0,002734 ^{n.s.}	0,0183285	-0,038684	0,033216
Regime	0,0125468 ^{n.s.}	0,0160245	-0,0188841	0,0439776
Satisfação	0,1144969 ^{***}	0,027485	0,0605872	0,1684066
Alteração	0,1730938 ^{***}	0,0216314	0,1306656	0,2155219
MDC	0,0205949 ^{**}	0,0081245	0,0046594	0,0365304
Constante	0,0441469 ^{n.s.}	0,0686037	-0,090414	0,1787077

Fonte: dados da pesquisa.

** Associação estatisticamente significativa $\alpha = 0,05$

*** Associação estatisticamente significativa $\alpha = 0,01$

n.s. Associação estatisticamente não significativa

Assim como foi observado no modelo MPL estimado por MQO com os erros padrão robustos de White, verifica-se, também, na Tabela 7 que os coeficientes dos fatores de exposição, gênero e raça/cor e a intersecção entre elas, não foram estatisticamente significante, ou seja, não há efeito dessas variáveis sobre a TMC. Os coeficientes que se mostraram estatisticamente significante foram satisfação no trabalho, alteração vocal e MDC, indicando que há elevação na probabilidade de se desenvolver TMC em relação ao grupo base para satisfação no trabalho e alteração vocal, enquanto que para MDC há elevação na probabilidade em se desenvolver TMC de 0,02 para cada valor da variável MDC. Embora esta seja estatisticamente significante, a significância prática é de magnitude reduzida.

Conforme os resultados da Tabela 7, obtém-se os valores da probabilidade em se desenvolver TMC para as 4 categorias do estudo.

$$\begin{aligned}
\alpha_0 &= p_{00} = 0,0441 \\
\alpha_1 &= p_{10} - p_{00} = 0,0040 \\
\alpha_2 &= p_{01} - p_{00} = 0,0822 \\
\alpha_3 &= p_{11} - p_{10} - p_{01} + p_{00} = -0,0868 \\
p_{10} &= \alpha_1 + p_{00} = 0,0481 \\
p_{01} &= \alpha_2 + p_{00} = 0,1263 \\
p_{11} &= \alpha_3 + p_{10} + p_{01} - p_{00} = 0,0435
\end{aligned}$$

A medida da interação na escala aditiva é dada pelo valor do coeficiente de α_3 , que é o coeficiente da variável de interação entre o gênero e raça/cor. Percebe-se que o valor é inferior a 0 (zero), resultando em uma interação negativa na escala aditiva. Este resultado corrobora com o obtido pelo método dos MQO. Ressalta-se, contudo, a não significância estatística desse coeficiente, assim como ocorreu na estimativa por MQO.

A medida da interação na escala multiplicativa do modelo MPL estimado por MQG é dada por:

$$\frac{RR_{11}}{RR_{10} \cdot RR_{01}} = \frac{p_{11} \cdot p_{00}}{p_{10} \cdot p_{01}} = \frac{0,0435 \cdot 0,0441}{0,0481 \cdot 0,1263} = 0,3158$$

verifica-se que a interação na escala multiplicativa é negativa, significando que o efeito combinado dos fatores de exposição não excede o produto do efeito dos fatores de exposição separadamente.

Dividindo-se a expressão do coeficiente de α_3 por p_{00} obtém-se o excesso de risco relativo devido à interação (RERI).

$$RERI_{RR} = RR_{11} - RR_{10} - RR_{01} + 1 \Rightarrow RERI_{RR} = -1,9682 < 0$$

A probabilidade dos professores da rede pública do ensino básico de Salvador em desenvolver TMC, mediante os grupos de gênero e raça/cor da pele estimados pelo método dos MQG, podem ser visualizados na Tabela 8.

Tabela 8 - Probabilidade em se desenvolver TMC entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

	Não negro	Negro
Homem	0,0441	0,1263
Mulher	0,0481	0,0435

Fonte: dados da pesquisa.

De forma similar ao observado na Tabela 6, verifica-se na Tabela 8 que as professoras negras apresentaram a menor probabilidade em se desenvolver TMC, e os professores negros foram os que apresentaram a maior probabilidade em desenvolver TMC, com 12,63%. Destaca-se que a diferença nos valores de probabilidade de TMC entre os professores homem não negro, mulher não negra e mulher negra são menores do que os valores encontrados na Tabela 6.

Estimando a interação na escala aditiva e multiplicativa em um modelo de regressão logística

A regressão logística permite avaliar a probabilidade p de ocorrência de um evento, baseados no comportamento das variáveis explicativas, além de avaliar os fatores de exposição na determinação da interação na escala aditiva e multiplicativa.

Observa-se na Tabela 9 os resultados da estimativa da regressão logística para obter as razões de probabilidade (OR) bem como os coeficientes das variáveis da regressão. Os valores da OR são fundamentais na estimativa das interações na escala aditiva e multiplicativa. Conforme Fávero et al. (2014), a OR de uma variável informará a magnitude da mudança na chance de ocorrência do evento de interesse ao se alterar em uma unidade esta mesma variável, *ceteris paribus*.

Tabela 9 - Resultados do modelo da regressão logística na determinação do TMC entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

TMC	Coeficiente	Erro padrão	OR	Erro padrão	IC de 95% da OR	
					Inferior	Superior
Sexo	-0,0927 ^{n.s.}	0,5049	0,9115 ^{n.s.}	0,4602	0,3389	2,4519
Cor	0,3337 ^{n.s.}	0,5320	1,3961 ^{n.s.}	0,7428	0,4921	3,9608
Sexo*Cor	-0,4659 ^{n.s.}	0,5576	0,6276 ^{n.s.}	0,3500	0,2104	1,8721
Idade	-0,2705 [*]	0,1632	0,7630 [*]	0,1245	0,5541	1,0506
Filho	-0,0567 ^{n.s.}	0,1348	0,9449 ^{n.s.}	0,1274	0,7255	1,2307
Regime	0,0066 ^{n.s.}	0,1302	1,0067 ^{n.s.}	0,1311	0,7800	1,2993
Satisfação	0,6543 ^{***}	0,1384	1,9239 ^{***}	0,2664	1,4667	2,5236
Alteração	1,1825 ^{***}	0,1349	3,2626 ^{***}	0,4403	2,5044	4,2505
MDC	0,2067 ^{***}	0,0581	1,2296 ^{***}	0,0715	1,0972	1,3780
Constante	-2,4631 ^{***}	0,5103	0,0852 ^{***}	0,0435	0,0313	0,2316

Fonte: dados da pesquisa.

Fonte: dados da pesquisa.

* Associação estatisticamente significativa $\alpha=0,1$

** Associação estatisticamente significativa $\alpha=0,05$

*** Associação estatisticamente significativa $\alpha=0,01$

^{n.s.} Associação estatisticamente não significativa

Analisando-se a Tabela 9, percebe-se que os fatores de exposição gênero e raça/cor da pele não foram estatisticamente associados aos TMC, assim como a interação entre elas. As variáveis satisfação no trabalho, alteração vocal e MDC foram associadas estatisticamente aos TMC. No presente caso, o trabalhador não satisfeito tem 1,92 vezes maior prevalência de TMC do que um trabalhador satisfeito, isso configura um aumento de 92% na probabilidade de ter TMC.

O coeficiente da variável alteração vocal indica que um professor que tenha sofrido desse problema tem 3,26 vezes maior prevalência de TMC do que um professor que não tenha tido problema vocal, ou seja, corresponde a aumento de 26% na chance de desenvolver TMC.

A OR da variável MDC indica que para cada aumento de uma unidade na MDC, há um aumento de 1,23 vezes da chance de desenvolver TMC, representa um aumento de 23% de chance de TMC para cada acréscimo de uma unidade de MDC, sendo, portanto, o grupo de alta exigência com 69% ou 3,69 vezes de chance de ter TMC do que o de baixa exigência.

A variável idade apresentou sinal negativo, indicando que quanto mais velho, menos propenso à TMC o trabalhador estará. A OR da idade indica que um professor mais velho tem 0,76 vezes menos chance de TMC do que um professor mais novo (redução de 24% na chance de desenvolver TMC).

Ao avaliar as prevalências com os respectivos IC (Tabela 10), onde curiosamente as mulheres negras apresentaram menor percentual de desenvolver TMC (19,91%), e os homens negros o maior (24,04%), não foi observada significância estatística. Os homens negros possuem 1,40 vezes mais chance de ter TMC em comparação aos demais grupos.

Tabela 10 - Análise do efeito de modificação de gênero e raça/cor com TMC entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

	Não negro (B-)		Negro (B+)	
	%	OR (95% IC)	%	OR (95% IC)
Homem	24,00	1,00 (ref)	24,04	1,40 (-0,08 - 2,87)
Mulher	21,66	0,91 (0,01 - 1,81)	19,91	0,80 (0,03 - 1,56)

Fonte: dados da pesquisa.

Visualiza-se na Tabela 11 dados globais da síntese das medidas de interação nas escalas aditiva e multiplicativa, onde ambas foram negativas. A tabela traz três formas de mensuração da interação aditiva e todas mostraram o mesmo padrão. Escala multiplicativa < que 1 e escala aditiva < que 0 indica uma interação negativa. Nesse caso, a raça e gênero não são determinantes para o desenvolvimento de TMC nesse grupo de professores/as

Tabela 11 - Análise da interação nas escalas aditiva e multiplicativa entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

	Coef.	Erro pad.	IC de 95%	
			Limite inferior	Limite superior
Interação multiplicativa	0,6276*	0,3546	-0,0675	1,3227
Interação aditiva ($RERI_{OR}$)	-0,5089 ^{n.s.}	0,8158	-2,1080	1,0901
Interação aditiva (AP)	-0,6374	0,7680	-2,1416	0,8678
Interação aditiva (S)	-0,6548	-	-	-

Fonte: dados da pesquisa.

Efeitos marginais

O uso dos modelos MPL e logístico permite a obtenção da probabilidade de ocorrência da TMC entre os professores da rede pública de ensino básico de Salvador. Os resultados dos valores médios, desvio padrão e amplitude dessas medidas de probabilidade podem ser visualizados na Tabela 12.

Tabela 12 - Probabilidade média, desvio padrão e amplitude dos valores previstos de probabilidade de TMC entre os/as professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

TMC	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
MQO	0,2006677	0,1223242	0,0088297	0,5365858
MQG	0,203356	0,1125813	0,0477755	0,5088472
Logit	0,1997552	0,1248939	0,0568658	0,6320119

Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se que a probabilidade média de um professor da rede pública de ensino básico de Salvador ser diagnosticado com TMC é de 20%, ou seja, 2 a cada 10 professores desenvolverão TMC. Os modelos MPL geraram resultados bastante parecidos. Se considerarmos apenas o MQO, verifica-se que a menor probabilidade de um professor desenvolver TMC é de 0,9% e a mais alta é de 53,7%. Na estimativa MQG, o menor valor de probabilidade é de 4,8%, enquanto que a maior é de 50,9%. A maior amplitude foi observada no modelo logístico, cuja menor probabilidade é de 5,7% e a maior é de 63,2%.

Por meio do modelo logístico atribuindo-se os valores mais elevados de cada variável explicativa, verificam-se disparidades nos valores previstos da probabilidade de desenvolver TMC entre os grupos do estudo (Tabela 13).

Tabela 13 - Probabilidade média de TMC entre os grupos de professores/as da educação básica de ensino público municipal, Salvador, 2006.

	Probabilidade	Erro padrão	IC de 95%	
			Limite inferior	Limite superior
Homem não negro	0,3201***	0,1122	0,1002	0,5400
Homem negro	0,3966***	0,0705	0,2584	0,5348
Mulher não negra	0,3003***	0,0481	0,2061	0,3945
Mulher negra	0,2733***	0,0376	0,1996	0,3470

Fonte: dados da pesquisa.

* Associação estatisticamente significativa $\alpha=0,1$

** Associação estatisticamente significativa $\alpha=0,05$

*** Associação estatisticamente significativa $\alpha=0,01$

Em um cenário em que foram atribuídos os valores máximos para todas as variáveis explicativas, verificou-se que as professoras negras tiveram a menor probabilidade em se desenvolver TMC, com 27,33%. Ainda segundo a Tabela 13, verifica-se que os professores negros foram o que apresentaram a maior chance de desenvolver TMC, com quase 40% de probabilidade. Verifica-se também que as mulheres, mesmo sendo o grupo mais vulnerável, foram menos suscetíveis do que os homens em desenvolver TMC.

DISCUSSÃO

A maioria dos/as professores/as dessa amostra tem idade de até 45 anos, são casados/as e possuem filhos. Essas características são semelhantes às de outros estudos realizados com professores/as (DELCOR et al., 2004; REIS et al., 2005; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; PORTO et al., 2006; BALDAÇARA et al., 2015), além de ser uma amostra predominantemente de mulheres negras.

O nível de satisfação com o trabalho foi elevado em todos os grupos. A satisfação tem sido relacionada ao melhor desempenho e à qualidade do ensino (RAMOS et al., 2016), assim como a insatisfação resulta numa menor qualidade do processo ensino-aprendizagem (PEDRO; PEIXOTO, 2006). A satisfação no trabalho está diretamente relacionada à realização pessoal, qualidade de vida e saúde. Enquanto que, na visão dos/as professores/as, a insatisfação relaciona-se a: indisciplina escolar, descontentamento salarial, infraestrutura escolar precária, sobrecarga de trabalho, desvalorização, relação professor-aluno conturbada, pressão de tempo, problemas emocionais, quantidade excessiva de alunos por turma, relacionamento ruim entre os colegas, falta de suporte e de apoio organizacional (RAMOS et

al., 2016). Entretanto, a maioria das pesquisas demonstra que apesar de tudo a satisfação ainda predomina no trabalho docente (FERREIRA, 2011; ALVES; AZEVEDO; GONÇALVES, 2014; CAMADA; ARAÚJO; PORTO, 2016; OLIVEIRA; RIBEIRO; AFONSO, 2018) e os professores da educação infantil ainda são os mais satisfeitos (MENON; PAPANASTASIOU; ZEMBYLAS, 2008).

A carga horária semanal predominante nesse estudo foi de mais de 20 horas entre as mulheres, em concordância com Porto et al. (2006) e Gasparini, Barreto e Assunção (2006) e de menos de 20 horas entre os homens. É provável que a maioria dos homens utilize o ensino como complemento da renda e já possuam outra ocupação nas demais horas. Entretanto é fato que as mulheres sempre perceberão trabalharem por mais horas por realizarem atividades ocupacionais extra-classe simultaneamente com o trabalho não pago (MEDEIROS; PINHEIRO, 2018), doméstico. Os homens geralmente fazem seu trabalho em maior parte na escola e chegar em casa é sinônimo de descanso, enquanto as mulheres continuam sua jornada no ambiente doméstico, mesclando preparação de aulas e correções de exercícios com o cuidado dos filhos e da casa.

Os contratos temporários por tempo determinado estão cada vez mais comuns e reforçam a tendência de desqualificar ainda mais o trabalho docente. Nessa situação o vínculo empregatício ocorre enquanto a instituição de ensino necessita, para cobrir a falta de professores efetivos, seja por não ter sido possível admitir professores por concurso, seja em caso de afastamentos e licenças (BASÍLIO; ALMEIDA, 2018). Em todo o país, percebe-se o predomínio de mulheres nesse tipo de “vínculo”. Essa diferença também se expressa no rendimento mensal, revelando a desigualdade de gênero. O salário do efetivo é composto pelo valor base conforme carga horária de contratação, e o adicional calculado por exposição a situações de risco, adicional por tempo de serviço, entre outros. Já o temporário recebe apenas pelas horas de aulas dadas (LENNERT, 2011). O reflexo desse tipo de contratação é que os não efetivos tendem a condições desfavoráveis no geral, pois além da redução do valor pago e da instabilidade, não há reconhecimento, valorização ou estímulo a um plano de carreira.

Em relação aos aspectos psicossociais do trabalho, a combinação entre os percentuais mais elevados de baixa demanda e alto controle gera uma situação de baixa exigência no trabalho, que foi encontrado em maior percentual nesse estudo e assemelhou-se ao estudo de Reis et al. (2006). Esse grupo do MDC é considerado o de menor exposição ao estresse ocupacional, pois significa que há controle sobre o trabalho, permitindo o uso de habilidades pessoais, criatividade e tomada de decisão; e há baixa demanda psicológica correspondente a

menor pressão de tempo, baixa concentração, trabalho sem interrupções e sem dependência de esperar pelo serviço de colegas para exercer sua função, ou seja, é uma função ideal.

Esse estudo identificou que a queixa de alteração vocal obteve um percentual maior entre as mulheres, corroborando com outros estudos com docentes (ARAÚJO et al., 2008; MARÇAL; PERES, 2011; LOPES et al., 2018). Pesquisas afirmam que diferenças biológicas explicam esta divergência entre os sexos. Os homens possuem maior quantidade de ácido hialurônico na laringe, proteína responsável por promover hidratação das pregas vocais e reduzir os danos durante as aulas (BUTLER; HAMMOND; GRAY, 2001). Outra explicação é que as mulheres continuam a utilizar a voz na educação dos filhos ao chegar em casa, o que contribui para pior avaliação vocal (VILKMAN, 2004). A carga horária masculina inferior a 20 horas, nesse estudo, também pode colaborar para menor prevalência de queixas vocais.

A prevalência global de TMC (22,8%) foi bem menor do que a maioria dos estudos brasileiros com professores/as dos mesmos níveis de ensino (DELCOR et al., 2004; REIS et al., 2005; PORTO et al., 2006; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; BALDAÇARA et al., 2015), aproximando-se apenas ao estudo de Silva e Silva (2013) na educação infantil, que foi de 17,8%. Menores prevalências foram encontradas em pesquisas com docentes do ensino superior (TAVARES et al., 2012; FERREIRA et al., 2015). Porém, por ser um distúrbio transitório, possivelmente, a menor prevalência esteja associada ao período do ano no qual ocorreu a coleta (primeiro trimestre letivo), quando a sobrecarga de atividades laborais é menor e os docentes, habitualmente, gozam férias letivas.

Após análise de regressão, as variáveis: satisfação no trabalho, alteração vocal e aspectos psicossociais (MDC) foram associadas estatisticamente aos TMC. Neste estudo, o trabalhador não satisfeito tem mais TMC do que os satisfeitos, corroborando com resultados de estudos já realizados com professores/as (CLARO; BEDREGAL, 2003; NAGAI et al., 2007). Um ambiente de trabalho repleto de cargas psíquicas e físicas, como a sala de aula, é capaz de gerar insatisfação e acarretar desgaste físico e psíquico (LIMA et al., 2014). As relações sociais também são relacionadas à satisfação com o trabalho e ao comprometimento da saúde mental na docência (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006).

Este estudo também identificou que um professor que sofreu alteração vocal, tem 26% mais chance de desenvolver TMC do que os que não relataram tal problema, resultado também encontrado em outras pesquisas (JARDIM; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2007; SOUZA et al., 2011; ROCHA; SOUZA, 2013; ROCHA et al., 2017). Esse achado pode ser explicado por situações de estresse laboral dos professores (GIANNINI; LATORRE; FERREIRA, 2012) ou pela carga de trabalho superior a 20 horas semanais (SOUZA et al.,

2011). Ambos fatores justificam a associação entre alteração vocal e os distúrbios psíquicos em professores/as.

O grupo de alta exigência é 69% mais vulnerável ao TMC do que o de baixa exigência, assemelhando-se a estudos já realizados (REIS et al., 2005; PORTO et al., 2006; TAVARES et al., 2012). Já é consenso na literatura que o trabalho em situações de alta exigência (baixo controle e alta demanda) é nocivo à saúde mental, por ser de maior exposição ocupacional (ARAÚJO et al., 2003; DELCOR et al., 2004; REIS et al., 2005; PORTO et al., 2006; ARAÚJO; CARVALHO, 2009; SANTOS, 2016).

A variável idade apresentou valor negativo, indicando que quanto mais velho, menos propenso à TMC o trabalhador estará, semelhante ao estudo de Claro e Bedregal (2003) realizado no Chile com mesmo nível educacional. A OR da idade indica que um professor mais velho tem 0,76 vezes menos chance de TMC do que um professor mais novo (redução de 24% na chance de desenvolver TMC). A hipótese para esse resultado indica que professores mais jovens possuem uma maior expectativa em relação ao trabalho, pois não passaram por tantas experiências negativas e acabam não sabendo como lidar e se frustrando mais facilmente quando diante de alguma limitação ou problema (CLARO; BEDREGAL, 2003). Por outro lado, pessoas com mais idade, que provavelmente estão há mais tempo na atividade, tendem a criar estratégias defensivas. Tais estratégias minimizam a percepção que o trabalhador tem do sofrimento, tornando as situações suportáveis (MENDES, 2007; FREITAS; FACAS, 2013).

Os homens desse estudo apresentaram maior prevalência de TMC, com mínima variação entre negros e não negros. A prevalência é semelhante à encontrada por Porto et al. (2006), de 21,3% entre os professores, em pesquisa com mesmo nível de ensino. Porém inferior à encontrada por Reis et al. (2005) e por Baldaçara et al. (2015), de 34% e 40%, respectivamente. Entretanto, em nenhum desses estudos as mulheres apresentaram menor prevalência como foi observado nessa pesquisa. Talvez essa disparidade esteja relacionada à diferença no ponto de corte adotada para cada sexo no presente estudo.

Em um cenário em que foram atribuídos os valores máximos para todas as variáveis explicativas, verificou-se que as professoras negras estavam menos propensas a desenvolver TMC, com 27,33%. Esse resultado diverge dos resultados encontrados por Anselmi et al. (2008) em Pelotas e por Smolen et al. (2018) em Feira de Santana, nos quais as mulheres negras apresentaram maior suscetibilidade em desenvolver TMC. Os professores negros foram os que apresentaram maior probabilidade de desenvolver TMC, com quase 40%.

Verifica-se também que as mulheres, no geral, se mostraram menos suscetíveis que os homens em se desenvolver TMC.

Ao avaliar as prevalências com os respectivos IC (Tabela 10), onde curiosamente as mulheres negras apresentaram menor percentual de desenvolver TMC (19,91%), e os homens negros o maior (24,04%), não foi observada significância estatística. Não foram encontrados estudos para justificar a menor prevalência nas mulheres negras, já que a literatura aponta o contrário. Talvez a composição da educação básica municipal, majoritariamente feminina e de raça/cor negra, seja um fator protetor para esse grupo, já que representam maioria. Assim, talvez não sofram situações discriminatórias no trabalho, quanto uma mulher negra inserida em locais de trabalho predominantemente de mulheres ou homens não negros. Contudo, este é um dado que necessita ser estudado de maneira mais detalhada para melhor compreensão.

O fato de a pesquisa original ter sido autorizada e acompanhada pelo gestor, e feita concomitante com o recadastramento, também pode ter interferido nas respostas das professoras, que minimizaram os sintomas de TMC por medo de perder ou não renovar o contrato, já que mulheres negras têm mais dificuldade de acesso e estabilidade no trabalho. Por outro lado, o crescente empoderamento feminino, e em especial, a mulher negra que tem estado à frente do movimento negro como militante, é um fator que afeta positivamente na saúde mental e na percepção da mesma.

Quanto aos homens negros, estes são minoria na educação básica, e os poucos, são cercados de julgamentos por atuarem em um campo predominantemente feminino e marcado por estereótipos (SILVA; MARTINS, 2016). O professor torna-se um corpo estranho nas séries iniciais, sendo que situações de discriminação lhes geram sofrimento e a maioria relaciona-se com a homossexualidade (homofobia); a concepção de que o homem é incapaz de lidar com crianças; o pressuposto de se tratar de um trabalho feminino; o medo da pedofilia e do assédio sexual; a consideração de que a docência é um ofício pouco rentável e não adequado para homens (RABELO, 2013). Associado a isso, o fato de ser negro agrava ainda mais essa situação, sendo esta população vítima incessante de sofrimento mental, como tensão emocional, angústia, ansiedade e depressão (SILVA, 2005).

O estudo apresentou limitações importantes, primeiramente, como todo estudo transversal, os dados sobre exposição e desfecho são coletados em um único momento, o que prejudica a ordem cronológica dos fatos; outro fator é o efeito do trabalhador sadio, visto que os/as professores/as doentes ou com alguma incapacidade não estavam exercendo suas funções, portanto, não participaram da coleta; a incompletude do banco de dados também representou um viés, visto que muitos dados foram perdidos durante a análise interseccional;

outra limitação foi o uso da inferência estatística, comum em estudos censitários, quando os resultados podem ser generalizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perspectiva da interseccionalidade utilizada demonstrou que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis raça/cor da pele e gênero com os TMC. Entre professores/as da educação básica da rede municipal de Salvador, as mulheres negras foram o grupo de menor exposição, discordando da literatura especializada. Enquanto que os homens negros representaram o grupo de maior vulnerabilidade aos TMC. Os índices aditivos e multiplicativos foram negativos (ou sub-aditivos), ou seja, o efeito combinado dos fatores de exposição foram inferiores aos efeitos de exposição separadamente. Apenas as variáveis que envolvem as características do trabalho tiveram associação positiva com os TMC.

Os achados desse estudo sugerem que o ambiente e as condições de trabalho dos/as professores/as merecem atenção especial quando se fala em saúde mental. Os homens ainda sofrem discriminação quando envolvidos nas primeiras séries de ensino e este é um ponto a ser discutido, já que conduzem a um maior risco de adoecimento psíquico. Curiosamente as mulheres negras estão menos suscetíveis aos TMC provavelmente pela composição da rede municipal de ensino em questão contribuiu para este resultado, visto que é formada quase que totalmente por mulheres negras, o que pode reduzir a percepção de discriminação no trabalho e, sendo o trabalho uma parte importante do ser humano, isso reverbera na vida pessoal.

Recomenda-se outros estudos de intersecção com diferentes amostras de professores/as, com outros níveis de ensino, localidades e rede de ensino, para explorar se há associação ou não entre estar na docência, ter determinada raça e gênero e desenvolver TMC.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.A.; TARTUCE, G.L.B.P.; NUNES, M.M.R. Quais as razões para a baixa atratividade da docência por alunos do Ensino Médio? **Psicologia Ensino & Formação**, Brasília, v.5, n.2, p.103-121, 2014.

ALVES, M.G.; AZEVEDO, N.R.; GONCALVES, T.N.R.. Satisfação e situação profissional: um estudo com professores nos primeiros anos de carreira. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.40, n.2, p.365-382, Jun. 2014.

ANSEMI, L.; BARROS, F.C.; MINTEN, G.C.; GIGANTE, D.P.; HORTA, B.L.; VICTORA, C.G. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, supl.2, p. 26-33, Dez. 2008.

ARAUJO, T.M.; GODINHO, T.M.; REIS, E.J.F.B.; ALMEIDA, M.M.G. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.1117-1129, Dez. 2006.

ARAUJO, T.M.; PINHO, P.S.; MASSON, M.L.V. Trabalho e saúde de professoras e professores no Brasil: reflexões sobre trajetórias das investigações, avanços e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, supl.1, e00087318, 2019.

ARAUJO, T.M.; REIS, E.J.F.B.; CARVALHO, F.M.; PORTO, L.A.; REIS, I.C.; ANDRADE, J.M. Fatores associados a alterações vocais em professoras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1229-1238, Jun. 2008.

ASNAANI, A.; RICHEY, J.A.; DIMAITE, R.; HINTON, D.E.; HOFMANN, S.G. A cross-ethnic comparison of lifetime prevalence rates of anxiety disorders. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v.198, n.8, p.551-555, Ago. 2010.

BALDACARA, L.; SILVA, A.F.; CASTRO, J.G.D.; SANTOS, G.C.A . Common psychiatric symptoms among public school teachers in Palmas, Tocantins, Brazil. An observational cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v.133, n.5, p.435-438, Out. 2015.

BANNAI, A.; UKAWA, S.; TAMAKOSHI, A. Long working hours and psychological distress among school teachers in Japan. **Journal of Occupational Health**. v.57, n.1, p.20-27, 2015.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 120 p.

BARRETO, P.C.S. Gênero, raça, desigualdades e políticas de ação afirmativa no ensino superior. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n.16, p.39-64, Abr. 2015.

BASILIO, J.R.; ALMEIDA, A.M.F. Contratos de trabalho de professores e resultados escolares. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v.23. 2018.

BASTOS, J.L.; BARROS, A.J.D.; CELESTE, R.K.; YIN, P.; FAERSTEIN, E. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.175-186, Jan. 2014.

BATISTA, L.E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.71-80, Mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Temático Saúde da População Negra**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. v.7, n.10, 2016. 82p.

BOWLEG, L. The Problem with the Phrase Women and Minorities: Intersectionality an Important Theoretical Framework for Public Health. **American Journal of Public Health**, v.102, n.7, 2012.

BUTLER, J.E.; HAMMOND, T.H.; GRAY, S.D. Gender-related differences of hyaluronic acid distribution in the human vocal fold. **Laryngoscope**, v.111, n.5, p.907-911, Mai. 2001.

CAMADA, I.M.; ARAÚJO, T.M.; PORTO, L.A. Trabalho docente e saúde mental: a importância do apoio social. **Cadernos de Educação**, n.54, p.81-97, 2016.

CAMERON, A.C.; TRIVEDI, P.K. **Microeconometrics: methods and applications**. New York: Cambridge, 2009. 1034p.

CARVALHO, C.N.; MELO-FILHO, D.A.; CARVALHO, J.A.G.; AMORIM, A.C.G. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.62, n.1, p.38-45, 2013.

CHOR, D. Health inequalities in Brazil: race matters. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.7, p.1272-1275, 2013.

CLARO, S.T.; BEDREGAL, P.G. Aproximación al estado de salud mental del profesorado en 12 escuelas de Puente Alto, Santiago, Chile. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v.131, n.2, p.159-167, Fev. 2003.

CRENSHAW, K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**, v.43, n.6, p.1241-1299, 1991.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.1, p.171-188, Jan. 2002.

DAMASCENO, M.G.; ZANELLO, V.M.L. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.38, n.3, p.450-464, Set. 2018.

DELCOR, N.S.; ARAÚJO, T.M.; REIS, E.J.F.B.; PORTO, L.A.; CARVALHO, F.M.; SILVA, M.O.; BARBALHO, L.; ANDRADE, J.M. Condições de trabalho e saúde dos

professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.187-196, Fev. 2004.

FÁVERO, L.P.; BELFIORE, P.; TAKAMATSU, R.T.; SUZART, J. **Métodos quantitativos com Stata**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 264p.

FERREIRA, A.C.M. **Satisfação no trabalho de docentes de uma instituição pública de ensino superior [manuscrito]: reflexos na qualidade de vida**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. Goiás, p.126. 2011.

FERREIRA, R.C.; SILVEIRA, A.P.; SÁ, M.A.B.; FERES, S.B.L.; SOUZA, J.G.S.; MARTINS, A.M.E.B.L. Transtorno mental e estressores no trabalho entre professores universitários da área da saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, supl.1, p.135-155, 2015.

FIOROTTI, K.P.; ROSSONI, R.R.; BORGES, L.H.; MIRANDA, A.E. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.59, n.1, p.17-23, 2010.

FORTES, S.; VILLANO, L.A.B.; LOPES, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.30, n.1, p.32-37, Mar. 2008.

FREITAS, L.G.; FACAS, E.P. Vivências de prazer-sofrimento no contexto de trabalho dos professores. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 7-26, Abr. 2013.

GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNCAO, A.Á. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2679-2691, Dez. 2006.

GIANNINI, S.P.P.; LATORRE, M.R.D.O.; FERREIRA, L.P. Distúrbio de voz e estresse no trabalho docente: um estudo caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, p.2115-2124, Nov. 2012.

GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.385, p.66-70. 1994.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GONCALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.380-390, Fev. 2008.

GUZZO, R.S.L.; EUZEBIOS FILHO, A. Desigualdade social e sistema educacional brasileiro: a urgência da educação emancipadora. **Escritos sobre educação**, Ibirité, v.4, n.2, p.39-48, Dez. 2005.

HARDING, T.W.; ARANGO, M.V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C.E.; IBRAHIM, H.H.; LADRIDO-IGNACIO, L.; MURTHY, R.S.; WIG, N.N. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v.10, n.2, p.231-241, Mai. 1980.

IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 108p.

JARDIM, R.; BARRETO, S.M.; ASSUNCAO, A.Á. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2439-2461, Out. 2007.

KESSLER, R.C.; MCGONAGLE, K.A.; ZHAO, S.; NELSON, C.B.; HUGHES, M.; ESHLEMAN, S.; WITTCHEN, H.U.; KENDLER, K.S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, v.51, p.8-19, 1994.

KNOL, M.J.; TWEEL, I. van der.; GROBBEE, D.E.; NUMANS, M.E.; GEERLINGS, M.I. Estimating interaction on an additive scale between continuous determinants in a logistic regression model. **International Journal of Epidemiology**, v.36, n.5, p.1111-1118, Out. 2007.

LENNERT, A.L. Condições de trabalho do professor de Sociologia. **Cadernos CEDES**, Campinas, v.31, n.85, p.383-403, Dez. 2011.

LIMA, L.; PIRES, D.E.P.; FORTE, E.C.N.; MEDEIROS, F. Job satisfaction and dissatisfaction of primary health care professionals. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.17-24, Mar. 2014.

LOPES, M.C.L.A.; FAGUNDES, S.N.; MOUSINHO, K.C.; CORREIA, M.G.C.; RIBEIRO, C.M.B.; VANDERLEI, A.D. Fatores associados à saúde vocal e a qualidade de vida em professores. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.20, n.4, p.515-531, Ago. 2018.

MARÇAL, C.C.B.; PERES, M.A. Self-reported voice problems among teachers: prevalence and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.3, p.503-511, Jun. 2011.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SQR-20) in primary care in the city of São Paulo, **British Journal of Psychiatry**, v.148, p.23-26, 1986.

MARIN-LEON, L.; OLIVEIRA, H.B.; BARROS, M.B.A.; DALGALARRONDO, P.; BOTEAGA, N.J. Social inequality and common mental disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.29, n.3, p.250-253, Set. 2007.

MEDEIROS, M.; PINHEIRO, L.S. Desigualdades de gênero em tempo de trabalho pago e não pago no Brasil, 2013. **Sociedade e Estado**, Brasília, v.33, n.1, p.159-185, Abr. 2018.

- MENDES, A.M. **Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho**. In: MENDES, A. M. (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- MENDOZA-SASSI, R.A.; BERIA, J.U. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.341-346, Fev. 2007.
- MENON, M.; PAPANASTASIOU, E.; ZEMBYLAS, M. Examining the relationship of job satisfaction to teacher and organisational variables: evidence from Cyprus. **International Studies in Educational Administration**, v.36, n.3, p.75-86, 2008.
- MUNIZ, J.O. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v.18, n.36, p.277-291, Jun. 2010.
- NAGAI, M.; TSUCHIYA, K.J.; TOULOPOULOU, T.; TAKEI, N. Poor mental health associated with job dissatisfaction among school teachers in Japan. **Journal of Occupational Health**, v.49, n.6, p.512-522, Nov. 2007.
- OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.18, n.50, p.57-60, Abr. 2004.
- OLIVEIRA, I.B.; RIBEIRO, J.A.B.; AFONSO, M.R. Satisfação com a profissão: um estudo com professores de educação física. **Pensar a prática**, Goiânia, v.21, n.1, p.82-95, Mar. 2018.
- PEDRO, N.; PEIXOTO, F. Satisfação profissional e autoestima em professores dos 2.º e 3.º ciclos do Ensino Básico. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.24, n.2, p.247-262, Abr. 2006.
- PINSKY, C.B. Estudos de Gênero e História Social. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.17, n.1, p.159-189, Abr. 2009.
- PORTO, L.A.; CARVALHO, F.M.; OLIVEIRA, N.F.; SILVANY NETO, A.M.; ARAÚJO, T.M.; REIS, E.J.F.B.; DELCOR, N.S. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.5, p.818-826, Out. 2006.
- RABELO, A.O. Professores discriminados: um estudo sobre os docentes do sexo masculino nas séries do ensino fundamental. **Educação & Pesquisa**, São Paulo, v.39, n.4, p.907-925, Dez. 2013.
- RAMOS, M.F.H.; FERNANDEZ, A.P.O.; FURTADO, K.C.N.; RAMOS, E.M.L.S.; SILVA, S.S.C.; PONTES, F.A.R. Satisfação no trabalho docente: uma análise a partir do modelo social cognitivo de satisfação no trabalho e da eficácia coletiva docente. **Estudos de psicologia (Natal)**, Natal, v.21, n.2, p.179-191, Jun. 2016.
- REIS, E.J.F. B.; ARAÚJO, T.M.; CARVALHO, F.M.; BARBALHO, L.; SILVA, M.O. Docência e exaustão emocional. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.27, n.94, p.229-253, Abr. 2006.

REIS, E.J.F.B.; CARVALHO, F.M.; ARAÚJO, T.M.; PORTO, L.A.; SILVANY NETO, A.M. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1480-1490, Out. 2005.

ROCHA, L.M.; BACH, S.L.; AMARAL, P.L.; BEHLAU, M.; SOUZA, L.D.M. Risk factors for the incidence of perceived voice disorders in elementary and middle school teachers. **Journal of voice**, v.31, n.2, p. 258.e7-258.e12, Mar. 2017.

ROCHA, L.M.; SOUZA, L.D.M. Voice Handicap Index Associated With Common Mental Disorders in Elementary School Teachers. **Journal of voice**, v.27, n.5, p.595-602, Set. 2013.

RODRIGUES, C. Atualidade do conceito de Interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero, 2013, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Anais eletrônicos ISSN: 2179510X. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em: http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1373303618_ARQUIVO_cristianorodriguesFG2013.pdf. Acesso em: 12 mai. 2019.

SANTOS, D.A.S. **Estresse ocupacional e transtornos mentais comuns entre professores universitários**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, p.157, 2016.

SANTOS, K.O.B.; ARAÚJO, T.M.; PINHO, P.S.; SILVA, A.C.C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.544-560, Set. 2010.

SILVA, J.R.; MARTINS, V.L. O professor homem na educação infantil: um olhar acerca do preconceito. **Revista Intraciência**, São Paulo, v. 11, Jun. 2016.

SEIBT, R.; SPITZER, S.; DRUSCHKE, D.; SCHEUCH, K.; HINZ, A. Predictors of mental health in female teachers. **International Journal of Occupational Medicine Environmental Health**, Germany, v.26, n.6, p.856-869, Dez. 2013.

SILVA, L.G.; SILVA, M.C. Condições de trabalho e saúde de professores pré-escolares da rede pública de ensino de Pelotas, RS, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p.3137-3146, Nov. 2013.

SILVA, M.L. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: Seminário saúde da população negra do Estado de São Paulo: Instituto de Saúde. p.129-132. 2004. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec_saude_sp_saudepopnegra.pdf. Acesso em 26 mai. 2019.

SMOLEN, J.R.; ARAÚJO, E.M.; OLIVEIRA, N.F.; ARAÚJO, T.M. Intersectionality of race, gender, and common mental disorders in northeastern Brazil. **Ethnicity and Disease**, v.28, n.3, p.207-214, Jul. 2018.

SOUZA, C.L.; CARVALHO, F.M.; ARAÚJO, T.M.; REIS, E.J.F.B.; LIMA, V.M.C.; PORTO, L.A. Fatores associados a patologias de pregas vocais em professores. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.5, p.914-921, Out. 2011.

SOUZA, N.R.; ALMEIDA, V.A.; DRUMMOND, D.R. Poder, resistência e interseccionalidade: as disputas discursivas por identidade no seriado brasileiro «Sexo e as Negras». **Ex aequo**, Lisboa, n.35, p.65-82, Jun. 2017.

SOUZA, S.F.; CARVALHO, F.M.; ARAÚJO, T.M.; PORTO, L.A. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.4, p.710-717, Ago. 2010.

TAVARES, J.P.; BECK, C.L.C.; MAGNAGO, T.S.B.S.; ZANINI, R.R.; LAUTERT, L. Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes de universidades. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.1, Fev. 2012.

VANDERWEELE, T.J.; KNOL, M.J. A tutorial on interaction. **Epidemiologic Methods**, v.3, n.1, p.33-72, Mai. 2014.

VIANA, G.; LIMA, J.F. Capital humano e crescimento econômico. **Interações**, Campo Grande, v.11, n.2, p.137-148, Dez. 2010.

VILKMAN, E. Occupational safety and health aspects of voice and speech professions. **Folia Phoniatria et Logopaedica**, v.56, n.4, p.220-253, Ago. 2004.

WOOLDRIDGE, J.M. **Introdução à econometria**: uma abordagem moderna. São Paulo: Cengage Learning, 2016. 823p.

XAVIER, E.C.; ROCHA, K.B. Subjetividade e interseccionalidade: experiências de adoecimento de mulheres negras com doença falciforme. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v.35, n.2, p.267-282, Ago. 2017.

WARNER, D.F.; BROWN, T.H. Understanding how race/ethnicity and gender define age-trajectories of disability: an intersectionality approach. **Social Science and Medicine**, v.72, n.8, p.1236-1248, Mar. 2011.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres em todo o mundo ainda ocupam posições mais desfavorecidas no mercado de trabalho. Mesmo sendo maioria em alguns postos, como na docência, ainda são destinadas aos cargos de menor prestígio e salário. Da mesma forma acontece com a população negra, que apesar da recente inserção no ensino superior no Brasil, ainda sofrem preconceito quando desejam ocupar vagas formais de emprego.

Esse tipo de configuração discriminatória afeta a saúde física e mental dos indivíduos. Assim, é necessário analisar o comportamento desses dois processos de forma conjunta para perceber de que forma, juntos, afetam ou não a saúde. A interseccionalidade, através de análise de interação, é capaz de revelar grupos mais vulneráveis a determinada exposição. Poucos estudos adotaram essa metodologia, e, para compor esse estudo foram selecionados os/as docentes, uma categoria desvalorizada, que já sofre impactos referentes às condições de trabalho, além de possuírem uma elevada prevalência de TMC.

Esse estudo visou provocar reflexões quanto às identidades sociais – raça e gênero – e suas relações com o adoecimento psíquico entre os/as professores/as. Poucos estudos incluíram essas variáveis de forma sociológica na sua análise, comumente são utilizados apenas quantitativamente. Observada essa lacuna, foi desenvolvido este estudo de interseccionalidade, o qual revelou que ao contrário do que se esperava, as mulheres negras foram o grupo menos exposto aos TMC, enquanto os homens negros foram os mais expostos. Contudo, são resultados que precisam ser mais bem avaliados em outros estudos com população semelhante.

Seus resultados confirmam a interferência direta das condições de trabalho no adoecimento mental dos/as professores/as e demonstraram a necessidade de mais pesquisas para avaliar a saúde psíquica docente através da raça e gênero. Variáveis capazes de revelar o que está por trás dos transtornos mentais, muito além de fatores visíveis ou palpáveis.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D.M.X.; CESAR, C.C.; FRANCA, E.B. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p.2672-2682, Dez. 2009.
- AGUIAR, M.M. A construção das hierarquias sociais: classe, raça, gênero e etnicidade. **Cadernos de Pesquisa do CDHIS**, São Paulo, v.20, n.36/37, p.83-88, Jun. 2007.
- ALBUQUERQUE, G.S.C.; SILVA, M.J.S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p.953-965, out-dez, 2014.
- ALEXANDRE, D.S.; SILVA, E.E.G.; SILVA, R.C.; LINS, M.A.T. A criminalização do trabalhador brasileiro negro no cenário da crise estrutural do capital. **Cadernos de graduação: ciências humanas e sociais**, v.3, n.1, p.29-46, Nov. 2015.
- ALMEIDA, A.M.; GODINHO, T.M.; BITENCOURT, A.G.V.; TELES, M.S.; SILVA, A.S.; FONSECA, D.C. et al. Common mental disorders among medical students. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.56, n.4, p.245-251, 2007.
- ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E.; FRANÇA, J.F.; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S.B. et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates. **The British Journal of Psychiatry**, v.171, p.524-529. 1997.
- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, v.33, n.83, p.13-36, Dez. 2009.
- ALVES, M.G.M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C.S.; WERNECK, G.L. Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.2, p.164-171, Abr. 2004.
- ANSELMI, L.; BARROS, F.C.; MINTEN, G.C.; GIGANTE, D.P.; HORTA, B.L.; VICTORA, C.G. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, supl.2, p.26-33, Dez. 2008.
- ARAÚJO, E.M.; COSTA, M.C.N.; HOGAN, V.K.; ARAÚJO, T.M.; BATISTA, A.; OLIVEIRA, L.O.A. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n.31, p.383-394, Dez. 2009.
- ARAÚJO, E. M.; COSTA, M.C.N.; HOGAN, V.K.; MOTA, E.L.A.; ARAÚJO, T.M.; OLIVEIRA, N.F. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p.405-412, Jun. 2009.
- ARAÚJO, E.M.; COSTA, M.C.N.; OLIVEIRA, N.F.; SANTANA, F.S.; BARRETO, M.L.; HOGAN, V.K.; ARAÚJO, T.M. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/skin color in an intra-urban Brazilian space. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.13, n.4, p.549-560, Dez. 2010.

ARAUJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E.M. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. **Ciência & saúde coletiva**, São Paulo, v.8, n.4, p.991-1003, Out. 2003.

ARAUJO, T.M.; GODINHO, T.M.; REIS, E.J.F.B.; ALMEIDA, M.M.G. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.1117-1129, 2006.

ARAÚJO, T.M.; CARVALHO, F.M. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. **Educação & Sociedade**, 2009, v.30, p.427-449, 2009.

ARAÚJO, V.A.; FREIRE, J.M.; OLIVEIRA, M.V.M. Síndrome de Burnout em professores das escolas públicas do município de Buenópolis, MG. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v.15, n.52, p.5-10, abr./jun., 2017.

ARCAYA, M.C.; ARCAYA, A.L.; SUBRAMANIAN, S.V. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.38, n.4, p.261-271, Out. 2015.

ASNAANI, A. et al. A cross-ethnic comparison of lifetime prevalence rates of anxiety disorders. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v.198, n.8, p.551-555, Ago. 2010.

ASSUNÇÃO, A.A. et al. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil, **Occupational Medicine**, v.63, n.3, p.234-237, Abr. 2013.

BAIROS, F.S. et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.12, p.2364-2372, Dez. 2011.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009, 120 p.

BARRETO, M.L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p.2097-2108, Jul. 2017.

BASTOS, J.L. et al. Age, class and race discrimination: their interactions and associations with mental health among Brazilian university students. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.175-186, Jan. 2014.

BATISTA, J.B.V. et al. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa, PB. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.13, n.3, p.502-512, Set. 2010.

BATISTA, L.E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.71-80, Mar. 2005.

BATISTA, J.B.V. et al. Transtornos mentais em professores universitários: estudo em um serviço de perícia médica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.8, n.2, p.4538-4548, Abr. 2016.

BEHLAU, M. Editorial. **Revista da sociedade brasileira de fonoaudiologia**, São Paulo, v.16, n.4, p.vii-viii, Dez. 2011.

BILGE, S. "Théorisations féministes de l'intersectionnalité". *Diogenes*, v. 1, n. 225, p. 70-88, 2009.

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R.; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1585-1596, Jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília. 78p. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília. 60 p. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2 ed.36 p. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 3 ed. 44 p. 2017.

BRASIL. Painel de Indicadores do SUS. **Temático Saúde da População Negra**. Ministério da Saúde. Brasília, v. 7, n. 10, 82 p. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas : elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Acompanhamento mensal dos benefícios auxílios-doença acidentário concedidos, segundo os códigos da CID: 10 janeiro a junho de 2013. Brasília, DF, 2013.

BRAUN, A.C.; CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout: estudo comparativo entre professores do ensino especial e do ensino regular. **Psicologia Escolar e Educacional**. Maringá, v.18, n.1, p.125-132, Jun. 2014.

BOWLEG, L. The Problem with the Phrase Women and Minorities: Intersectionality—an Important Theoretical Framework for Public Health. **American Journal of Public Health**, v.102, n.7, 2012.

BORDE, E.; HERNANDEZ-ALVAREZ, M.; PORTO, M. F. S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p.841-854, Set. 2015.

BORRELLI, I. et al. Working conditions and mental health in teachers: a preliminary study. **Occupational Medicine (Lond)**.v.64, n.7, p.530-532, 2014.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2009. p.41-80.

CARDOSO, A.M.; SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.A. Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1602-1608, Out. 2005.

CARLOTO, C.M. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v.3, n.2, p.201-213. Jun. 2001.

CARLOTTO, M.S. et al. Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011.

CARVALHO, A.I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. vol. 2. p. 19-38.

CARVALHO, C.N. et al . Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.62, n.1, p.38-45, 2013.

CEBALLOS, A.G.C.; SANTOS, G.B. Fatores associados à dor musculoesquelética em Professores(as): Aspectos sociodemográficos, saúde geral e bem-estar no trabalho. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.18, n.3, p.702-715, Set. 2015.

CHEHUEN NETO, J.A.; FONSECA, G.M.; BRUM, I.V.; SANTOS, J.L.C.T.; RODRIGUES, T.C.G.F.; PAULINO, K.R.; FERREIRA, R.E. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, Jun. 2015.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. CDC health disparities and inequalities report – Estados Unidos, 2011. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2011;60: 49–51.

CHOR, D. Health inequalities in Brazil: race matters. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.7, p.1272-1275, 2013.

CNDSS. COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:

<http://determinantes.saude.bvs.br/docs/mini_relatorio_cndss_portugues_web.pdf>. Acesso em: 20.Out.2017.

COOPER, R.A. Note on the biologic concept of race and its application in epidemiologic research. **American Heart Journal**, v.108, n.3, p.715-22, 1984.

COSTA, Z.L.S.; SINHORELI, N.S.P. Síndrome de Burnout na Rede de Educação Pública Estadual de um município do RS. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, v.5, n.2, p.9-19, Jun. 2017.

CRENSHAW, K. **Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory, and Antiracist Politics**. University of Chicago Legal Forum, 14, p.538-54. 1989.

CRENSHAW, K.. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Rev.**, v.43, n.6, p.1241-1299, 1991.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.1, p.171-188, jan. 2002.

CRUZ, M.H.S. Refletindo sobre a diversidade de gênero no campo da Educação. In: **Revista Saberes em Perspectivas**, v.2, n.2, p.13-32, jan/abr, 2012.

CYFER, I. Afinal, o que é uma mulher? Simone de Beauvoir e "a questão do sujeito" na teoria crítica feminista. **Lua Nova**, São Paulo, n.94, p.41-77, Abr. 2015.

DALAGASPERINA, P.; MONTEIRO, J. K. Estresse e docência: um estudo no ensino superior privado. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v.16, n.1, p.36-51, Abr. 2016.

DELCOR, N.S. et al. Condições de trabalho e saúde dos Professores(as) da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 187-196, 2004.

DIVYA, R. et al. Influence of occupational stress on health among the medical transcribers. **International Journal of Pharma & Bio Sciences**, v.4, n.1, p. 1101-1106, 2013.

DORLIN, E. (org.). **Black feminism: anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000**. Paris, l'Harmattan. 2008.

EUGENIO, B.; SOUZAS, R.; DI LAURO, A. D. Trabalho e adoecimento do professor da educação básica no interior da Bahia. **Laplage em Revista**, v. 3, n. 2, p. 179-194, jun. 2017.

FAERSTEIN, E. et al. Race and perceived racism, education, and hypertension among Brazilian civil servants: the Pró-Saúde Study. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.17, supl.2, p.81-87, 2014.

FARIAS, T. F. **Voz do professor: relação saúde e trabalho** 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 2004.

FARIAS, M.D.; ARAÚJO, T.M. Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da zona urbana de Feira de Santana-BA. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v.36, n.123, p.25-39, Jun. 2011.

FERREIRA, L.L.; ARAÚJO, T.M.; BATISTA, J.H.L. **O trabalho de professores na educação básica na Bahia**. São Paulo: Fundacentro, 2009. 80p.

FERREIRA, R.C. et al. Transtorno mental e estressores no trabalho entre Professores(as) universitários da área da saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v.13, supl.1, p.135-155, 2015.

FINCO, D. Igualdad de género en las instituciones educativas de la primera infancia brasileña. **Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez e juventud**, Manizales, v.13, n.1, p.85-96, Jan. 2015.

FIOROTTI, K.P. et al. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.59, n.1, p.17-23, 2010.

FISCHMAN, G.E. Imágenes de la docencia: neoliberalismo, formación docente y género. **REDIE**, Ensenada, v.7, n.2, p.01-28, 2005.

FONSECA, M.L.G.; GUIMARÃES, M.B.L.; VASCONCELOS, E.M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: Uma revisão bibliográfica. **Revista APS**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.285-294. 2008.

FONT-RIBERA et al. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. **Gaceta sanitaria**, Barcelona, v.28, n.4, p.316–325, 2014.

FONTANA, R.T.; PINHEIRO, D.A. Condições de saúde autorreferidas de Professores(as) de uma universidade regional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.2, p.270-276, 2010.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREITAS, L.G. de. Docentes, seu trabalho e a dinâmica de prazer-sofrimento. In. Freitas, L. G. **Prazer e sofrimento no trabalho docente: pesquisas brasileiras**. Curitiba, Juruá, 2013, 176p.

GALVÃO, T.F.; PANSANI, T.S.A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.24, n.2, p.335-342, Jun. 2015.

GALVAO, T.F.; PEREIRA, M.G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p.183-184, Mar. 2014.

GARBOIS, J.A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.23, n.4, p.1173-1182, 2014

GASPARINI, S.M. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em Professores(as) da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2679-2691, 2006.

GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNCAO, A.A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.31, n.2, p.189-199, Ago. 2005.

GESSER, M.; NUERNBERG, A.H.; TONELI, M.J.F. Constituindo-se sujeito na intersecção gênero e deficiência: relato de pesquisa. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.18, n.3, p.419-429, Set. 2013.

GOES, E.F.; NASCIMENTO, E.R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 571-579, Dez. 2013.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GONCALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.380-390, Fev. 2008.

GOUVEA, L.A.V.N. As condições de trabalho e o adoecimento de professores na agenda de uma entidade sindical. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.111, p.206-219, Dez. 2016.

GUIMARÃES, A.S.A. Formações nacionais de classe e raça. **Tempo Social**, São Paulo, v.28, n.2, p.161-182, Set. 2016.

GUIMARÃES, N.A. Os desafios da equidade: reestruturação e desigualdades de gênero e raça no Brasil. **Cadernos Pagu**, v.17, n.18, p.237-266. 2002.

GUIMARÃES, N.A.; BRITTO, M.M.A. **Genre, race et trajectoires professionnelles: une comparaison São Paulo et Paris**. In: Maruani, M., Hirata, H. & Lombardi, M. R. (orgs.). Travail et genre: regards croisés. France Europe Amérique Latine. Paris, La découverte, pp. 46-60. [Em português, em Oliveira Costa et al. (orgs.). Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais. Rio de Janeiro, fgv, 2008, pp. 69-87.

GUIRADO, G.M.P.; PEREIRA, N.M.P. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. **Caderno de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.92-98, Mar. 2016.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v.10, n.2, p.231-241, May. 1980.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, São Paulo, v.26, n.1, p.61-73, Jun. 2014.

HIRATA, H. Mulheres brasileiras: relações de classe, de “raça” e de gênero no mundo do trabalho, *Confins* [En ligne], 26 | 2016, mis en ligne le 22 février 2016, consulté le 27 juin 2018. URL : <http://journals.openedition.org/confins/10754> ; DOI : 10.4000/confins.10754

HOGAN, V.K. et al. “We black women have to kill a lion everyday”: An intersectional analysis of racism and social determinants of health in Brazil. **Social Science & Medicine**. v.199, p.96-105, Fev. 2018.

HYPOLITO, A.M. **Trabalho docente, classe social e relações de gênero**. Campinas: Papyrus, 1997, 120p.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores de cor ou raça, segundo a Pesquisa Mensal de Emprego março de 2009. Brasília, DF, 2009.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2012.

JAEGER, A.A.; JACQUES, K. Masculinidades e docência na educação infantil. **Revista Estudos Feministas** Florianópolis, v.25, n.2, p.545-570, Ago. 2017.

JONES, C.P. Levels of Racism: A theoretic framework and gardener’s tale. **American Heart Journal**, v. 90, p. 1212-1215, 2000.

KARASEK, R.A. **Job Demand, job decision latitude, and mental strain**: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, p.285-308. 1979.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.V.; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. **Journal of Epidemiology and Community Health**. v.56, p.647-652, 2002.

KERGOAT, D. Penser la différence des sexes : rapports sociaux et division du travail entre les sexes, in Maruani, M (dir) **Femmes, genre et sociétés**, Paris, La Découverte, coll. L’état des savoirs, p.94-101. 2005.

KERGOAT, D. **Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho**. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Orgs.) *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

KERNER, I. Tudo é interseccional?: Sobre a relação entre racismo e sexismo. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n.93, p.45-58, Jul. 2012.

KESSLER, R.C.; MCGONAGLE, K.A.; SHANYANG, Z. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. **Archives of General Psychiatry**, v.51, p.8-19, 1994.

KITCHENHAM, B. Guidelines for performing Systematic Literature Reviews. In Software Engineering, Technical Report EBSE-2007-01, Departament of Computer Science Keele University, Keele, 2007.

KNOL, M.J.; VANDERWEELE, T.J. Recommendations for presenting analyses of effect modification and interaction. **International Journal Epidemiology**, v.41, p.514-520, 2012.

KNOL, M.J.; VANDERWEELE, T.J. A tutorial on interaction. **Epidemiology Methods**, v.3, n.1, p.33-72, 2014.

KRIEGER, N. Discrimination and health inequities. **International Journal Health Services**. v.4, n.44, p.643-710, 2014.

LAURETIS, T. **A tecnologia de Gênero**. In: HOLLANDA, Heloísa Buarque (org.). Tendências e Impasses – O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LEMOS J.C. **Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em Professores(as) universitários** [tese]. Florianópolis: Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

LIBANEO, J.C. Políticas educacionais no Brasil: desfiguramento da escola e do conhecimento escolar. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v.46, n.159, p.38-62, Mar. 2016.

LIBERATI, A. et al. The PRISMA statement for reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies that Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. **Annals of Internal Medicine**, v.151, n.4, 2009.

LIPP, M.N. (org). **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Papirus, 2004.

LOBO, E.S.A **Classe operária tem dois sexos**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

LOPEZ, L.C. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. **Saúde & sociedade**, São Paulo, v.20, n.3, p.590-603, Set. 2011.

LUDERMIR, A.B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Revista de Saúde Coletiva**, v.18, n.3, 2008.

LUDERMIR, A.B.; MELO FILHO, D.A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.2, p. 213-221, Abr. 2002.

LUDKE, M.; BOING, L.A. Caminhos da profissão e da profissionalidade docentes. **Educação e Sociedade**, Campinas, v.25, n.89, p.1159-1180, Dez. 2004.

MACAIA, A.A.S.; FISCHER, F.M. Retorno ao trabalho de professores após afastamentos por transtornos mentais. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.24, n.3, p.841-852, 2015.

MADEIRA, Z.; GOMES, D.D.O. Persistentes desigualdades raciais e resistências negras no Brasil contemporâneo. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.133, p.463-479, Dez. 2018.

MALHOTRA, S.; SHAH, R. Women and mental health in India: An overview. **Indian Journal Psychiatry**, v.57, suppl S2, p.205-211. 2015.

MANCIBO, D. Trabalho docente: subjetividade, sobreimplicação e prazer. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.74-80, 2007.

MARIZ, R.S.; NUNES, C.G.F. O contexto do trabalho dos professores(as) na educação superior: as mudanças no mundo do trabalho e o trabalho no mundo do trabalho. In: FREITAS, L.G. et al. **Prazer e sofrimento no trabalho docente: pesquisas brasileiras**. Curitiba: Juruá, 2013. p.49-67.

MARTINS, A.L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.2473-2479, Nov. 2006.

MARTINS, J.T. et al. Pesquisa epidemiológica da saúde do trabalhador: uma reflexão teórica. **Revista Semina: Ciências biológicas e da saúde**, Londrina, v.35, n.1, p.163-174, Jan. 2014.

MCLEAN, C.P.; ASNAANI, A.; LITZ B.T. et al. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness, **Journal of Psychiatric Research**, v.45, n.8, 2011.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2002. 493p.

MOREIRA, M. C. Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013.

NASCIMENTO, A.S. Classificação Oficial e Extra-Oficial: Raça e Cor em debate. **Perspectivas**, São Paulo, v.29, p.133-148, jan. 2006.

NOGUEIRA, R.P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NUNES, M.A. et al . Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.38, n.2, p.91-97, Jun. 2016.

OLIVEIRA, D.A. A reestruturação do trabalho docente: precarização e flexibilização. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.25, n.89, p.1127-1144, Dez. 2004.

OLIVEIRA, D. Dilemas da luta contra o racismo no Brasil. Dossiê: Marxismo e Questão Racial. **Margem Esquerda**, São Paulo, n.27, 2º sem. 2016.

OLIVEIRA, M.G.; SILVA, P.V.B. Educação Étnico-Racial e Formação Inicial de professores: a recepção da Lei 10.639/03. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.42, n.1, p.183-196, Mar. 2017.

OMS (2010). **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na Saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal. Organização Mundial da Saúde

PAIXÃO, M. et al. Laboratório de Análises Econômicas, Históricas, Sociais e estatísticas das Relações Raciais (LAESER). **Relatório Anual das Desigualdades Raciais; 2009-2010: Constituição Cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetria de cor ou raça**. 2010.292p.

PARANHOS, I.S. **Interface entre trabalho docente e saúde dos Professores(as) da Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2002.

PEARCE, N. et al. Genetics, race, ethnicity, and health. **British Medical Journal**, v.328, n.7447, p.1070-1072, Mai. 2004.

PEREIRA, E.M.; FONSECA, D.J. Interseccionalidade das desigualdades de gênero e de raça nos cargos de elite. **Interfaces Científicas - Direito**, Aracaju, v.5, n.1, p.27-38, Out. 2016.

PEREIRA, J.A.; FURTADO, C. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2011.

PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. Gender differences in depression: a critical review. **British Journal of Psychiatry**, v.177, p.486-492, 2000.

PIKETTY T. Capital in the twenty-first century. Cambridge: The Belknap Press; 2014.

PINHEIRO, R.S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PINHO, P.S.; ARAUJO, T.M.; Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.15, n.3, Set. 2012.

PINTO, T.O.; LOPES, M.F. Entretenimiento en el espacio de la calle y la delimitación de los géneros en la niñez. **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales**, Niñez y Juventud, v.7, n.2, p.861- 885. 2009.

PINTO E.A., SOUZA R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n. 5, p. 1144-1145. 2002.

PRONI, M.W.; GOMES, D.C. Precariedade ocupacional: uma questão de gênero e raça. **Estudos avançados**, São Paulo, v.29, n.85, p.137-151, Dez. 2015.

PUCCINI L.R.S. et al. Comparativo entre as bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico com o foco na temática Educação Médica. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n.28, p.75-82, Ago. 2015.

RABELO, A.O. Professores discriminados: um estudo sobre os docentes do sexo masculino nas séries do ensino fundamental. **Educação & Pesquisa**, São Paulo, v.39, n.4, p.907-925, Dez. 2013.

REIS, E.J.F.B. et al . Trabalho e distúrbios psíquicos em Professores(as) da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, Out. 2005.

ROCHA, P.R.; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n.1, p.129-135, fev. 2015.

ROCHA, S.V. et al . Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.13, n.4, p.630-640, Dez. 2010.

RODRIGUES, C. Atualidade do conceito de Interseccionalidade para a pesquisa e prática feminista no Brasil. Seminário Internacional Fazendo Gênero (Anais Eletrônicos), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ROSENFELD, S. Triple jeopardy? Mental health at the intersection of gender, race and class. **Social Science & Medicine**, v.74, p.1791-1801, 2012.

ROSSI-BARBOSA, L.A. et al. Self-Reported Acute and Chronic Voice Disorders in Teachers. **Journal of Voice**, v.3, 2015.

RUIZ, M.J.F. A democratização da escola pública no estado do Paraná (1983 a 2010). Londrina: EDUEL, 2014.

SAFFIOTI, H.I.B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. (Orgs.) **Uma Questão de gênero**. São Paulo; Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992

SAFFIOTTI, H.I.B. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Quatro Artes. Brasil. 1969.

SAFFIOTTI, H.I.B. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. **Série Estudos e Ensaios/ Ciências Sociais/ FLACSO-Brasil**, jun. 2009.

SANT'ANNA W. **Dossiê assimetrias raciais no Brasil: alerta para a elaboração de políticas**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2003.

SANTOS, K.O.B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.34, n.3, p.544-560, jul/set. 2010.

SANTOS, K.O.B.; CARVALHO, F.M.; ARAUJO, T.M. Consistência interna do self-reporting questionnaire-20 em grupos ocupacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.50, n.6, 2016.

SANTOS, V.O. **Trabalho imaterial e teoria do valor em Marx**. 1ª edição. São Paulo: Expressão popular, 2013. 167 p.

- SAVIANI, D. Formação de professores: aspectos históricos e teóricos do problema no contexto brasileiro. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v.14, n.40, p.143-155, Abr. 2009.
- SCHUCMAN, L.V. Racismo e antirracismo: a categoria raça em questão. **Revista psicologia política**, São Paulo, v.10, n.19, p.41-55, Jan. 2010.
- SEN, A. Why health equity?. **Health Economics**, v.11, p.659–66, 2002.
- SERAFIM, A.C. et al . Riscos psicossociais e incapacidade do servidor público: um estudo de caso. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v.32, n.3, 2012.
- SILVA, L.G.; SILVA, M.C. Condições de trabalho e saúde de professores pré-escolares da rede pública de ensino de Pelotas, RS, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p.3137-3146, Nov. 2013.
- SILVEIRA, R.S. NARDI, H.C. Interseccionalidade gênero, raça e etnia e a lei Maria da Penha. **Psicologia & Sociedade**, v.26, n. esp., p.14-24, 2014.
- SIMÕES, J.A. et al. Processos de Ensino-Aprendizagem e a Síndrome de Burnout: Reflexões sobre o Adoecimento do Professor e suas Consequências Didáticas. **Revista ADM.MADE**, Rio de Janeiro, ano 15, v.19, n.3, p.34-55, dez, 2015.
- SMOLEN, J. Raça/cor da pele, gênero e transtornos mentais comuns na perspectiva da interseccionalidade. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2016.
- SOUTO, D. F. **Saúde no Trabalho**: uma revolução em andamento. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2004.
- SOUZA, D.O.; SILVA, S.E.V.; SILVA, N.O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013.
- SOUZA, K.R. et al. Trajetória do Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro (SEPE-RJ) na luta pela saúde no trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.4, p.1057-1068, 2003.
- SZETO, A.C.H., DOBSON, K.S. Mental disorders and their association with perceived work stress: an investigation of the 2010 Canadian Community Health Survey. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.18, n.2, p. 191-197, 2013.
- TAVARES, J.P. et al . Prevalência de distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.407-414, Set. 2014.
- THEODORO, M. **Desigualdade racial e políticas públicas no Brasil in Documento para Audiência Publica sobre as políticas de ação afirmativa de acesso ao ensino superior**- STF; Brasília-IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010.

TURNER, R.J.; AVISON, W.R. Status variations in stress exposure: Implications for the interpretation of research on race, socioeconomic status and gender. **J Health Soc Behav**, v.44, n.4, p.488-505, Dez. 2003.

VANDERWEELE, T.J.; KNOL, M.J. A tutorial on interaction. **Epidemiologic Methods**, v.3, n.1, p.33-72, Mai. 2014.

VEDOVATO T.G., MONTEIRO M.I. Perfil sociodemográfico e condições de saúde e trabalho dos Professores(as) de nove escolas estaduais paulistas. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.42, n.2, p.290-297, 2008.

VIANNA, C.P. O sexo e o gênero da docência. **Caderno Pagu**, Campinas, n.17-18, p.81-103, 2002.

VIANNA, C.P. **A feminização do magistério na educação básica e os desafios para a prática e a identidade coletiva docente**. In: Trabalhadoras: análise da feminização das profissões e ocupações [S.l: s.n.], p.302, 2013.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade** [online]. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549. 2016.

WERNICK, R. **Condições de saúde e trabalho dos docentes da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA**. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2000.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Service**, v.22, n.3, p.429-45. 1992.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2000.

WHO. Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization (WHO). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: WHO; 2008.

WHO. World Conference on Social Determinants of Health. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro: WHO; 2011.

XAVIER, E.C.; ROCHA, K.B. Subjetividade e interseccionalidade: experiencias de adoecimento de mulheres negras com doença falciforme. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v.35, n.2, p.267-282, Ago. 2017.

YOO, M.; LEE, S.; KANG, M. Gender and educational level modify the relationship between workplace mistreatment and health problems: a comparison between South Korea and EU countries. v.57, n.5, p.427-437, 2015.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M.F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde & Sociedade**, v.16, n.3, p.26-34. 2007.

ANEXO A
PESQUISA SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE
EM PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE SALVADOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – NÚCLEO DE

REGIONAL: 1-Centro 2-Cidade Baixa 3-SãoCaetano 4-Liberdade

NUM. QUEST

5-Orla 6-Itapuã 7-Cabula 8-Pirajá 9-Subúrbio 10-Cajazeiras 11-Subúrbio II

--	--	--	--

1. Informações Gerais

Idade: _____ anos

Sexo 1() Masculino 2() Feminino

Cor da pele (cor) 1() Negra 2() Parda 3() Amarela 4() Branca

Situação Conjugal 1() Solteiro 2() Casado 3() Viúvo 4() Separado/
Divorciado

Nível de Escolaridade: 1() Médio 2() Superior em curso 3() Superior completo 4() Mestrado/
Doutorado

Tem filhos? 0() Não 1() Sim Quantos? _____ filhos

Há quanto tempo trabalha como professor? _____ anos

2. Informações sobre o seu trabalho na rede municipal de ensino de Salvador

Nome da escola em que possui a maior carga horária na rede municipal:

Tempo de trabalho nessa escola: _____ anos.

Turnos de trabalho nessa escola: 1() Matutino 2() Vespertino 3() Noturno

Qual o nível das turmas em que você ensina? 1() Educação infantil 2() Fundamental I 3() Fundamental II

Quantas turmas, em média, você ensina atualmente nessa escola: _____ turmas.

Qual a média do número de alunos por turma nessa escola? _____ alunos.

Qual a sua carga horária total de trabalho por semana nessa escola? _____ horas/semana

Trabalha em mais de uma escola da rede municipal? 0() Não 1() Sim Carga horária: _____ horas

Trabalha em outra escola fora da rede municipal? 0() Não 1() Sim

Se sim: Qual o número de outras escolas em que trabalha: _____ escolas.

Qual o número de horas de trabalho por semana fora da rede municipal? _____ horas/semana

Além da atividade docente, você possui outra atividade remunerada? 0() Não 1() Sim

Qual atividade? _____ 8() Não se aplica

escola em que você trabalha fica próxima ou no mesmo bairro de sua residência? 0() Não 1() Sim

3. Marque com um "X" a situação que você considera característica do seu ambiente de trabalho na escola

Salas de aula

Ventilação	0() Adequada	1() Inadequada	Acústica	0() Adequada	1() Inadequada
Luminosidade	0() Adequada	1() Inadequada	Tamanho	0() Adequado	1() Inadequado
Mobiliário	0() Adequado	1() Inadequado			

Umidade	0() Não	1() Sim	Calor	0() Não	1() Sim
Pó de giz	0() Não	1() Sim	Poeira	0() Não	1() Sim

Microfone para uso	0() Não	1() Sim	Ruído excessivo	0() Não	1() Sim
---------------------------	----------	----------	------------------------	----------	----------

Ruído externo excessivo 0() Não 1() Sim

Número excessivo de alunos 0() Não 1() Sim

Local específico para descanso dos professores 0() Não 1() Sim

Fiscalização contínua do seu desempenho 0() Não 1() Sim

Pressão da direção da escola 0() Não 1() Sim

Desgaste nas relações professor-aluno 0() Não 1() Sim

Satisfação no desempenho das atividades 0() Não 1() Sim

Boa relação com os colegas 0() Não 1() Sim

Intervalo entre as aulas suficiente para descanso 0() Não 1() Sim

Dificuldade de acesso à escola (localização/ transporte) 0() Não 1() Sim

Desempenho das atividades sem materiais e equipamentos adequados.....	0() Não	1() Sim		
4. Você tem diagnóstico médico de alguma das doenças abaixo? (Marque um X) 1 () Diabetes 2 () Hipertensão arterial 3 () Rinite/Sinusite 4 () Asma 5 () LER /DORT 6 () Perda Auditiva 7 () Doença cardíaca 8 () Varizes dos membros inferiores 9 () Depressão 10() Faringite crônica 11() Infecção urinária 12() Anemia 13() Úlcera 14() Gastrite 15() Patologias das cordas vocais (nódulos, calos, cisto, fendas) 16() Outros - Especificar: _____				
5. Nos últimos 12 meses, você faltou ao trabalho por problemas de saúde? 0() Não 1() Sim Se sim, em média, quantos dias de trabalho você faltou no último ano por problema de saúde? _____ dias				
6. No último ano, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho? 0() Não 1() Sim Qual o motivo _____ 8() Não se aplica				
7. Abaixo estão descritas algumas características de trabalho. Considerando as características do seu trabalho como professor nessa escola, indique o seu grau de concordância ou de discordância com essas afirmativas, marcando X na opção correspondente (Discordo, Discordo Fortemente, Concordo ou Concordo Fortemente).				
Característica do Trabalho	Discordo 1	Discordo Fortemente 2	Concordo 3	Concordo Fortemente 4
Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.				
Meu trabalho envolve muita repetitividade.				
Meu trabalho requer que eu seja criativo.				
Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta.				
Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.				
Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo.				
Em meu trabalho, eu posso fazer muitas coisas diferentes.				
O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.				
No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.				
Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.				
Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.				
Eu estou livre de demandas conflitantes feitas por outros.				
Eu não sou solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho.				
O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente para concluí-las.				
Meu trabalho exige muito esforço físico.				
8. As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS, responda SIM. Se você não sentiu a situação, responda NÃO				

Dorme mal?	0() Não	1() Sim
Tem má digestão?	0() Não	1() Sim
Tem falta de apetite?	0() Não	1() Sim
Tem tremores nas mãos?	0() Não	1() Sim
Assusta-se com facilidade?	0() Não	1() Sim
Você se cansa com facilidade?	0() Não	1() Sim
Sente-se cansado (a) o tempo todo?	0() Não	1() Sim
Tem se sentido triste ultimamente?	0() Não	1() Sim
Tem chorado mais do que de costume?	0() Não	1() Sim
Tem dores de cabeça frequentemente?	0() Não	1() Sim
Tem tido idéia de acabar com a vida?	0() Não	1() Sim
Tem dificuldade para tomar decisões?	0() Não	1() Sim
Tem perdido o interesse pelas coisas?	0() Não	1() Sim
Tem dificuldade de pensar com clareza?	0() Não	1() Sim
Você se sente pessoa inútil em sua vida?	0() Não	1() Sim
Tem sensações desagradáveis no estômago?	0() Não	1() Sim
Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado(a)?	0() Não	1() Sim

Tem dificuldades no serviço? Seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento? 0() Não 1() Sim
 Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias? 0() Não 1() Sim

9. ALTERAÇÃO VOCAL é definida como: “Toda e qualquer dificuldade ou alteração na emissão normal da voz, caracterizando um distúrbio que limita a comunicação oral”

Atualmente, você tem alguma alteração vocal? 0() Não 1() Sim
Se Sim, esta alteração vocal já dura **mais de quatro semanas**? 0() Não 1() Sim 8() Não se aplica
Nas duas últimas semanas você tem sentido cansaço para falar?
 0() Não 1() De vez em quando 2() Diariamente
Nas duas últimas semanas você percebe piora na qualidade da sua voz?
 0() Não 1() De vez em quando 2() Diariamente
Atualmente, você está gripado? 0() Não 1() Sim
 Você já recebeu alguma informação sobre cuidados com a voz? 0() Não 1() Sim
 Sua voz foi avaliada em seu exame pré-admissional como professor? 0() Não 1() Sim

10. Por favor, responda a estas questões sobre a sua voz (Marque X):	Nunca 1	Quase nunca 2	As vezes 3	Quase sempre 4	Sempre 5
A minha voz faz com que seja difícil os outros me ouvirem					
As pessoas têm dificuldade em me compreender num local ruidoso.					
As pessoas perguntam ‘O que se passa com a minha voz?’					
Sinto como se tivesse de me esforçar para produzir voz.					
As minhas dificuldades com a voz limitam a minha vida pessoal e social.					
A clareza da minha voz é imprevisível.					
Sinto-me fora das conversas por causa da minha voz.					
O meu problema de voz causa-me problemas económicos.					
O meu problema de voz preocupa-me.					
A minha voz me faz sentir deficiente.					

11. Frequência do uso de sua voz durante as aulas (marque X):

Uso da voz	Nunca 1	Quase nunca 2	Às vezes 3	Freqüentemente 4	Sempre 5
Falar alto					
Gritar					
Cantar					

12. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale 0. Se você sente o problema, assinale com que frequência que ele acontece.

0 = Nunca 1 = Raramente 2 = Pouco Frequente 3 = Frequente 4 = Muito Frequente

Problema	0	1	2	3	4	Problema	0	1	2	3	4
Rouquidão						Cansaço mental					
Perda da voz						Nervosismo					
Cansaço ao falar						Dor nos braços					
Dificuldade em projetar a voz						Sonolência					
Falhas na voz						Insônia					
Dor/ ardor na garganta ao falar						Falta de ar					
Esquecimento						Azia/Queimação					
Problemas de pele						Fraqueza					
Dor nas pernas						Redução da visão					
Dor nas costas/ coluna						Irritação nos olhos					
Dor no peito						Palpitações					

Muito Obrigado por sua colaboração!