



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

**DENISE SANTOS DA SILVA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE O TRABALHO PROFISSIONAL E TRABALHO  
DOMÉSTICO E OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS**

Feira de Santana  
2013

**DENISE SANTOS DA SILVA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE TRABALHO PROFISSIONAL E TRABALHO DOMÉSTICO  
E OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do grau de mestre pela Universidade estadual de feira de Santana.

**Área de concentração:** Epidemiologia

**Linha de Pesquisa:** Saúde, Trabalho e Ambiente

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo

Feira de Santana  
2013

**Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado**

S578	<p>Silva, Denise Santos da</p> <p>Associação entre trabalho profissional e trabalho doméstico e ocorrência de transtornos mentais comuns / Denise Santos da Silva. – Feira de Santana, 2013.</p> <p>119 f.: il.</p> <p>Orientadora: Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo</p> <p>Mestrado (dissertação) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.</p> <p>1. Mulher – trabalho profissional. 2. Mulher – trabalho doméstico. 3. Transtornos mentais comuns I. Araújo, Tânia Maria de, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.</p> <p>CDU: 396:159.9</p>
------	---

**DENISE SANTOS DA SILVA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE TRABALHO PROFISSIONAL E TRABALHO DOMÉSTICO  
E OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Banca Examinadora**

---

Tânia Maria de Araujo – Orientadora  
Doutora em Saúde Pública  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Johelle de Santana Passos Soares  
Doutora em Saúde Pública  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Roberval Passos de Oliveira  
Doutor em Saúde Pública  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia/BA



## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por ter sido minha fortaleza e meu escudo durante toda esta caminhada.

A meus pais, pela constante fonte de otimismo, amor e dedicação.

A minha orientadora Tânia pelos ensinamentos e por me mostrar que nenhum desafio é grande quando acreditamos que somos capazes de vencê-lo;

Ao Núcleo de Epidemiologia, principalmente a Kionna e Talles, por sempre estiverem disponíveis a me ajudar; Vocês foram importantes para esta conquista.

A todos que diretamente ou indiretamente participaram desta caminhada, meu muito obrigado!!!

## RESUMO

Observa-se nos últimos anos um aumento significativo da mão de obra feminina no mercado de trabalho. A mulher, antes restrita à esfera familiar e doméstica, vista essencialmente como mãe, passou a se inserir no mundo do trabalho remunerado, agregando, em suas atividades rotineiras, responsabilidades profissionais. Este estudo objetivou avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres, comparando diferentes situações de trabalho profissional e doméstico. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo corte transversal, de caráter descritivo. O campo de estudo foi a zona urbana da cidade de Feira de Santana, avaliando-se amostra representativa deste município, aleatoriamente selecionada. Os dados foram coletados por meio de formulário, aplicado por entrevistadores previamente treinados. Foram estudadas 4.170 pessoas com idade maior de 15 anos, 2.819 do sexo feminino. Neste estudo foram incluídas apenas as mulheres que referiram ter trabalho profissional (n= 846) ou que eram donas de casa (n= 694), totalizando uma amostra de 1.540. Foram analisadas características sociodemográficas, trabalho profissional, atividades domésticas, hábitos de vida e saúde mental, medida pelo Self- Reporting Questionnaire (SRQ-20). O indicador de sobrecarga considerou as atividades lavar, passar, limpar e cozinhar, ponderadas pelo número de moradores do domicílio. Foi realizada a seleção das variáveis de interesse e a criação de quatro grupos de análise: trabalhadoras em baixa sobrecarga doméstica, trabalhadoras em alta sobrecarga, donas de casa em baixa sobrecarga doméstica e donas de casa em alta sobrecarga. Inicialmente foi feita a caracterização das mulheres estudadas. Em seguida foi avaliada a associação entre as variáveis de interesse e a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC). Posteriormente foram realizadas análise estratificada e em seguida três modelos de regressão logística visando avaliar as variáveis selecionadas. Encontrou-se elevada proporção de alta sobrecarga doméstica entre as mulheres estudada. A prevalência de TMC no estudo foi de 32,1%, sendo mais acentuada entre as mulheres em alta sobrecarga doméstica. Os resultados obtidos neste estudo permitiu comparar a prevalência de TMC em diferentes situações de trabalho profissional e doméstico, dando assim visibilidade aos fatores que podem contribuir para o adoecimento psíquico nas mulheres.

**Palavras-chave:** Mulher, donas casa, trabalhadora, sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns.

## ABSTRACT

It is observed in recent years a significant increase in female labor force in the labor market. The woman, previously restricted to family and domestic sphere, seen essentially as a mother, began to enter the world of paid work, adding, in their routine activities, professional responsibilities. This study aimed to evaluate the prevalence of common mental disorders in women, comparing different situations of professional and domestic work. This is an epidemiological study cross sectional, descriptive character. The field of study was the urban area of the city of Feira de Santana, evaluating representative sample of this municipality, randomly selected. Data were collected using a questionnaire, administered by trained interviewers. 4,170 persons aged greater than 15 years, 2,819 women were studied. This study included only women who reported having professional work ( $n = 846$ ) or who were homemakers ( $n = 694$ ), a total sample of 1,540. Sociodemographic characteristics, professional occupational, household, lifestyle and mental health, as measured by the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) were analyzed. Overload indicator considered the washing, ironing, cleaning and cooking activities, weighted by the number of household members. Domestic workers in low overhead, workers in high overhead, housewives in low overhead and domestic housewives in high overhead: the selection of the variables of interest and the creation of four groups analysis was conducted. Initially the characterization of the women studied was made. Then the association between the variables of interest and the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) was evaluated. Later analyzes were performed stratified and then three logistic regression models to evaluate the selected variables. Met high proportion of high domestic workload among women studied. The prevalence of CMD in the study was 32.1%, which was more pronounced among women in high domestic workload. The results obtained in this study allowed comparing the prevalence of CMD in different situations of professional and domestic work, thus giving visibility to the factors that can contribute to mental illness in women.

**Keywords:** Female, housewives, working, housework overload and common mental disorders.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>ARTIGO .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1</b>	<b>MODELOS CONJUGADOS PARA AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOMÉSTICA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS CONSIDERANDO A SITUAÇÃO OCUPACIONAL EM MULHERES.....</b>	<b>12</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>
	<b>APÊNDICE</b>	
	<b>APÊNDICE A – PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>37</b>
	<b>ANEXOS</b>	
	<b>ANEXO A – Aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP.....</b>	<b>108</b>
	<b>ANEXO B – Questionário da pesquisa.....</b>	<b>109</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nas últimas três décadas têm sido profundas as mudanças sociais, econômicas e culturais promovidas pela decadência do modelo de desenvolvimento exportador, aumento desenfreado da população e a implantação de grandes empresas multinacionais. A incorporação de inovações tecnológicas e organizacionais na esfera produtiva reconfigurou as relações de gênero e trabalho e contribuiu para um aumento significativo da absorção da mão de obra feminina no mercado de trabalho (SICSÚ; CASTELAR, 2009). No Brasil, os dados do IBGE/PNAD mostraram que, em 1976, a participação feminina no mercado de trabalho era de 30,3% e, em 2002, passou a ser de 35,8%, indicando um crescimento desta taxa.

A mulher, antes restrita à esfera familiar e doméstica, vista essencialmente como mãe, passou a se inserir também em atividades laborais fora de casa, agregando, em suas atividades rotineiras, responsabilidades profissionais.

Nesse novo contexto social, a mulher passou a transpor novos horizontes e a competir com o homem pelo espaço externo de trabalho. Conforme Oliveira (1999), a inserção feminina no mercado de trabalho aconteceu de forma intensa e diversificada, e, diferentemente do que aconteceu com os homens, não apresentou declínio com as crises econômicas. Ao contrário, a partir das crises econômicas se intensificou a participação feminina no mercado produtivo. No caso brasileiro, em 1970, 18% das mulheres brasileiras trabalhavam fora de casa em 2002, a metade delas estava em atividade (FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS, 2007).

A participação feminina no mercado de trabalho é fruto de vários fatores econômicos e culturais (TEXEIRA, 2007). Inicialmente foi incentivada pelas transformações ocorridas com o processo de industrialização; Posteriormente se intensificou devido a crescente urbanização. As rebeliões acontecidas no final dos anos 60 e a queda das taxas de fecundidade também foram marcos cruciais para o processo de feminização do mercado de trabalho. Outros fatores como o desejo de desenvolver uma carreira, a necessidade econômica, ou ainda, as novas necessidades de consumo também impulsionaram esse processo.

O progressivo e expressivo aumento da inserção feminina no mercado de trabalho tem expostos as mulheres a longas jornadas de trabalho, visto que seu ingresso no mercado de trabalho não representou necessariamente diminuição de sua responsabilidade com as atividades domésticas; elas passaram a executar atividades remuneradas concomitantes ao trabalho não remunerado realizado anteriormente (MATOS, 2009; ARAÚJO; ROTENBERG, 2011).

Pesquisa realizada pelo IBGE, em 2009, com trabalhadores, apontou que, além da jornada no mercado de trabalho, 90% das mulheres ocupadas realizavam tarefas referentes às atividades domésticas, ao contrário do que ocorria com a população masculina, tendo apenas uma parcela inferior a 49,7% destes inseridos nessas atividades. Este cenário aponta para desigualdades de gênero relacionadas à execução deste tipo de trabalho, constituindo dupla jornada laboral para a população feminina.

Sendo uma realidade no cenário feminino, a duplicidade de papéis tem sido um obstáculo ao avanço profissional das mesmas. A necessidade de executar múltiplos papéis tem proporcionado às mulheres trabalhos precários, menos valorizados e com baixa remuneração (BARROSO, 1982; ABREU, JORGE, 1994; BRUSCHINI; LOMBARD, 2003; ARAÚJO et al., 2006).

Estudos têm mostrado que situações de precariedade associado a execução de múltiplos papéis proporciona diversas repercussões negativas sobre a saúde mental das mulheres (OLIVEIRA; CARNEIRO; STTORTT, 1993; ROCHA; DEBERT-RIBEIRO, 2001; LIMA, 2003).

A epidemiologia psiquiatria tem encontrado associação positiva entre transtornos mentais comuns e variáveis relativas ao modo de vida e a estrutura ocupacional das mulheres (LUDERMIR, MELLO FILHO; 2002). Apesar de vários autores assinalarem maior ocorrência de TMC em mulheres, há um número limitado de estudos voltados para avaliar a prevalência de TMC considerando as características do trabalho e as atividades domésticas entre as mulheres (LENNON, ROSENFELD, 1992; OMS, 2001; ARAÚJO et. al., 2006; LOPES et al., 2003; VOLCAN et al., 2003; PINHO; ARAUJO, 2012).

Este estudo teve por objetivo avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres residentes em Feira de Santana, comparando diferentes situações de trabalho profissional e doméstico. Além de disponibilizar informações que possam impulsionar e sustentar políticas de saúde pública de proteção às mulheres, este estudo pretendeu dar visibilidade aos fatores relacionados ao trabalho doméstico que podem contribuir para o adoecimento psíquico das mulheres.

Esta dissertação está apresentada sob a forma de artigo, contendo um trabalho intitulado “Modelos conjugados para avaliação da sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns considerando a situação ocupacional em mulheres”. Este artigo avaliou a prevalência de TMC em mulheres comparando situações de trabalho profissional e doméstico.

O projeto de pesquisa é apresentado como apêndice e o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana ( protocolo nº 018/2008), bem como o questionário da pesquisa estão apresentados em anexo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAL**

Avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres comparando situações de trabalho profissional e doméstico.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Descrever características sociodemográficas da população em estudo.
- ✓ Descrever as características do trabalho profissional da população estudada.
- ✓ Descrever as características do trabalho doméstico da amostra estudada.
- ✓ Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns na amostra selecionada.
- ✓ Comparar prevalência de transtornos mentais em diferentes situações do trabalho profissional e do trabalho doméstico.



### **3 ARTIGO**

#### **3.1 MODELOS CONJUGADOS PARA AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOMÉSTICA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS CONSIDERANDO A SITUAÇÃO OCUPACIONAL EM MULHERES**

#### **CONJUGATES MODELS FOR ASSESSMENT OF MENTAL DISORDERS OVERLOAD AND DOMESTIC COMMON OCCUPATIONAL CONSIDERING THE SITUATION IN WOMEN.**

**Denise Santos da Silva**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

E-mail: deniseenf@ig.com.br

**Tânia Maria de Araújo**

Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

E-mail: araujo.tania@uefs.br

**Kionna Oliveira Bernardes Santos**

Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana

E-mail: kionnabernardes@hotmail.com

**Talles da Costa Lobê Pereira**

Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana

Email: lobepereira@yahoo.com.br

## RESUMO

O aumento substancial da participação feminina no mercado de trabalho não alterou o estereótipo socialmente construído em torno do trabalho doméstico. As mulheres continuam predominantemente responsáveis pela execução dessas atividades. Objetivo: Avaliar a associação entre situação de trabalho, sobrecarga doméstica e a ocorrência de transtornos mentais comuns em mulheres da zona urbana do município de Feira de Santana - BA. Foi realizado estudo de corte transversal, incluindo mulheres donas de casa e que tinham trabalho profissional, com idade igual ou superior a 15 anos, que residiam na zona urbana do município, totalizando uma amostra de 1540 mulheres (45,1% eram donas de casa e 54,9% eram trabalhadoras). Utilizou-se ficha domiciliar, um questionário contendo questões sobre características sociodemográficas, trabalho profissional, trabalho doméstico, aspectos psicossociais do trabalho, atividades de lazer e saúde mental. Para medir os transtornos mentais comuns foi utilizado o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). O indicador de sobrecarga doméstica foi criado a partir das atividades: lavar, passar, limpar e cozinhar, ponderadas pelo número de moradores do domicílio. A amostra foi agrupada em quatro grupos de análise: donas de casa em alta sobrecarga doméstica, donas de casa em baixa sobrecarga doméstica, trabalhadoras em alta sobrecarga e trabalhadoras em baixa sobrecarga. A prevalência de TMC foi de 32,1%. Esta taxa foi 16% maior em donas de casa do que em trabalhadoras. Donas de casa em alta sobrecarga doméstica apresentaram prevalências de TMC mais elevadas. Na análise de regressão logística múltipla a razão de prevalência bruta entre sobrecarga doméstica e TMC em donas de casa com alta sobrecarga foi 1,23 maior que entre trabalhadoras com baixa sobrecarga doméstica, ajustada pelas variáveis: escolaridade, raça/cor, modelo demanda controle e tempo suficiente para lazer. Mesmo não tendo encontrado associações com significância estatística, os achados obtidos sugeriram que o trabalho doméstico em alta sobrecarga pode produzir efeitos deletérios a saúde psíquica.

**Palavras-chave:** Mulher, trabalho profissional, trabalho doméstico, transtornos mentais comuns.

## ABSTRACT

### ABSTRACT

The substantial increase in female participation in the labor market did not change the stereotype of the socially constructed around housework. Women continue predominante responsible for performing these activities. Objective: To evaluate the association between employment status, household burden and the occurrence of common mental disorders in women in the urban area of the city of Feira de Santana - BA. Was conducted cross-sectional study, including women and housewives who had professional work, aged less than 15 years, residing in the urban area, resulting in a sample of 1540 women (45.1% were housewives and 54.9% were working). We used household plug, a questionnaire containing questions about sociodemographic characteristics, employment, domestic work, psychosocial aspects of work, leisure and mental health activities. To measure the common mental disorders was used the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). The domestic overload indicator was created from the activities: washing, ironing, cleaning and cooking, weighted by the number of household members. The sample was divided into four groups for analysis: housewives in high domestic workload, housewives in domestic low overhead, workers in high overhead and workers in low overhead. The prevalence of CMDs was 32.1%. This rate was 16% higher in housewives than in working. Housewives in high domestic workload had higher prevalences of TMC. In multiple logistic regression analysis of the ratio of gross domestic burden and prevalence of CMDs housewives with high overhead was 1.23 higher than among workers with low domestic burden, adjusted for the variables education, race / color, model and demand control sufficient time for leisure. Even finding no statistically significant associations with the obtained findings suggested that housework for high overload can produce deleterious mental health effects.

Keywords: Female, professional work, domestic work, common mental disorders.

## 1. INTRODUÇÃO

A sociedade tem passado por muitas transformações decorrentes da reorganização da economia mundial e da adaptação do mundo do trabalho a estas transformações. Entre elas pode-se citar aumento da inserção feminina no mercado produtivo, o que tem provocado mudanças significativas no modo de viver das mulheres, visto que esta nova função passou a ser executada concomitante à outras atividades historicamente realizada pelas mulheres, as atividades domésticas (MATOS, 2009; ARAUJO; ROTENBERG, 2011).

Ao analisar historicamente as sociedades, percebe-se que o trabalho doméstico é uma atribuição predominantemente feminina. Durante anos se perpetuou a idéia de que os homens eram responsáveis pela subsistência familiar, dedicado ao trabalho produtivo e remunerado, sendo direcionado às mulheres apenas as atividades de cunho doméstico.

A inserção feminina no mercado de trabalho não necessariamente desobrigou as mulheres de suas demandas domésticas; ao contrário, elas passaram a agregar às suas atividades rotineiras outras atribuições agora de caráter remunerado. Esta duplicidade de papéis tem proporcionado uma situação de vulnerabilidade, pois, além de serem provedoras, continuam sendo as principais responsáveis pelas atividades domésticas, o que tem ampliado sua carga global de trabalho. Essa situação, além de provocar uma recomposição socioprofissional com a ampliação das atividades desempenhadas, tem gerado um fenômeno social muito comum para a população feminina: a dupla jornada de trabalho. (AQUINO E MENZES, 1998; MATOS, 2009; ARAÚJO, ROTENBERG; 2011; ROTENBERG, 2012).

Apesar do intenso ingresso das mulheres no mercado de trabalho, o valor de sua atuação continua associado ao universo do mundo doméstico, o qual é marcado pela invisibilidade social, sendo visto apenas como fruto do amor dedicado aos filhos, à família e ao lar; tendo sua prática considerada como “natural”, não adquirindo, assim, valor mercantil (PACHECO, 2005; SIMÕES; HASHIMOTO, 2012).

Além da dupla jornada de trabalho, as mulheres tem sido obrigadas a buscar o melhor modo de conciliação para execução dessas atividades. O desejo ou a necessidade de conciliar as demandas domésticas e laborais tem modificado completamente seu modo de vida e proporcionado inúmeras repercussões sobre sua saúde psíquica (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012).

Vários estudos tem demonstrado que a superposição de responsabilidades na família, casa e trabalho tem sido um grande gerador de estresse para as mulheres, podendo provocar

sentimentos de baixa estima e doenças mentais (MATTHEWS et al., 1998; LIMA, 2003; ARAÚJO et al., 2005; PINHO; ARAÚJO, 2012; ROTENBERG, 2012).

Outros autores acrescentam que o tipo de trabalho, a falta de controle, frequência das atividades domésticas, o número de horas de trabalho, a existência de crianças na família e o modo de divisão das tarefas domésticas também tem gerado conflito no dia-dia das mulheres e contribuído para o aparecimento de diferentes níveis de ansiedade e estresse (SINA, 2005; SIMÕES; HASHIMOTO, 2012).

Estudos concordam que conciliar demandas laborais com as domésticas torna-se requisito essencial para se viver uma vida equilibrada e para garantir um bom relacionamento no trabalho e na família. É sugerido que, num sistema onde todos os papéis (conjugal, parental e profissional) estão integrados registram-se níveis mais elevados de bem-estar e, consequentemente, situações de melhor saúde mental (ARAÚJO et al., 2005; PINHO, ARAÚJO, 2012; ROTENBERG, 2012). Por outro lado, a ausência de conciliação satisfatória entre esses papéis sociais vem gerando adoecimento

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) têm-se constituído importante problema de saúde pública, no Brasil, com elevados custos de atenção médica e impactos negativos na vida dos indivíduos. Caracterizam-se por sintomas que compreendem ansiedade, depressão, melancolia e sintomas somáticos leves, os quais denotam situação de sofrimento mental (PEREIRA, 1995; ARAÚJO et al., 2006).

A literatura tem revelado que há diferenças consistentes entre os sexos na ocorrência dos transtornos mentais comuns em todas as sociedades. As mulheres têm apresentado consideravelmente mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que os homens. A literatura tem apontado alguns fatores que intensificam este quadro entre as mulheres: acesso à escola, violência intradomiciliar, oportunidades de emprego e sobrecarga doméstica (LENNON, 1995; ARAÚJO et al., 2005; ARAÚJO, ROTENBERG, 2011).

Estudos realizados com o objetivo de avaliar as consequências da superposição de tarefas e/ou do dilema para conciliar as demandas laborais e domésticas entre as mulheres têm mostrado uma forte associação dessas características com a ocorrência de TMC (LENNON, ROSENFELD, 1992; WALTERS et al., 1996; ARAÚJO et al., 2006). Observa-se que demandas familiares, combinadas com situações pobres de trabalho estão diretamente associadas a uma maior frequência de sintomas de depressão entre mulheres do que quando há apenas uma dessas condições. Estas autoras têm demonstrado, através de seus estudos, fortes evidências de que as condições de trabalho associadas às características da vida familiar podem ou não favorecer a saúde mental das mulheres.

No estudo realizado por Lennon e Rosenfiel (1992), o qual comparou mulheres que tinham trabalho profissional com outras mulheres que tinham apenas o trabalho doméstico, foi observado que fatores distintos produziam adoecimento psíquico e recompensa entre esses dois tipos de ocupação. Entretanto, ambas as ocupações apresentaram, em média, níveis similares de sintomas depressivos.

Outros autores corroboram com a hipótese de que a superposição de responsabilidades com a família, casa e trabalho é um grande gerador de estresse para as mulheres, podendo provocar doenças mentais e sentimentos de baixa estima (LIMA, 2003; ARAÚJO et al., 2006; PINHO, ARAÚJO, 2012).

Os achados da literatura consistentemente evidenciam a necessidade de se compreender os fatores desencadeantes dos TMC, principalmente no que diz respeito à interação entre trabalho doméstico e condições de trabalho profissional: ambientes laborais inadequados, a forma como as atividades de trabalho são organizadas, baixa valorização do trabalhador, participação insatisfatória nas decisões do trabalho, demandas laborais excessivas, horários de trabalho em turnos, baixos salários, realização de trabalho sem visibilidade, complexidade do trabalho, ausência de lazer, entre outros fatores, a fim de propor intervenções que evitem ou minimizem a ocorrência desses agravos.

Nesse contexto, este estudo objetivou avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres comparando situações de trabalho profissional e doméstico.

## 2. MÉTODOS

Este estudo é um recorte dos dados coletados no projeto “Caracterização das condições de Saúde Mental de Feira de Santana, BA, Brasil” que foi realizada pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS. Trata-se de um estudo de corte transversal, realizado na zona urbana do município de Feira de Santana, utilizando amostra representativa da população feminina, com 15 anos ou mais de idade. A seleção das áreas de estudo foi realizada a partir de amostragem estratificada, adotando-se procedimento aleatório, a partir de dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). O processo de seleção incluiu: sorteio dos setores censitários em cada subdistrito da zona urbana; em cada setor censitário, foram selecionadas as ruas; todos os domicílios das ruas sorteadas foram visitados; todas as mulheres com 15 anos ou mais de idade foram entrevistadas por equipe previamente treinada.

Foram visitadas 4170 pessoas e estudadas 2.819 mulheres. Neste estudo foram incluídas apenas as mulheres que referiram ter trabalho profissional (n= 846) ou as que tinham trabalho doméstico, que eram as donas de casa (n= 691), totalizando uma amostra de 1.528 mulheres. Trabalho profissional foi definido como o exercício de qualquer atividade com rendimento mensal, independente do tipo e do vínculo empregatício. Trabalho doméstico foi definido em função da realização exclusiva de atividades no domicílio, sem fim lucrativo.

Para coleta das informações foram utilizados dois questionários estruturados: uma ficha domiciliar, contendo dados sobre o domicílio e moradores, e outro questionário individual contendo informações sobre características sociodemográficas, características do trabalho profissional, saúde reprodutiva, trabalho doméstico, atividades de lazer, saúde mental, hábitos de vida e vitimização. Os instrumentos de pesquisa foram testados em um estudo piloto. O presente estudo utilizou blocos de questões referentes às características sociodemográficas, trabalho profissional, atividades domésticas, aspectos psicossociais do trabalho utilizando *Job Content Questionnaire* (JCQ), atividades de lazer e saúde mental, avaliada pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).

Todos os domicílios das ruas sorteadas foram visitados e todas as pessoas com idade de 15 anos ou mais de idade foram consideradas elegíveis para o estudo e entrevistadas por pesquisadores previamente treinados. Para reduzir o percentual de perdas, adotou-se o procedimento de realizar até três visitas por domicílio para aplicar o questionário.

A variável desfecho foi a suspeição de transtornos mentais comuns (TMC), os quais foram avaliados utilizando o SRQ-20, instrumento adotado para avaliação da saúde mental, recomendado pela Organização Mundial de Saúde e desenvolvido por Harding et al. (1980). Trata-se de um questionário autoaplicável, composto por 20 questões com respostas dicotômicas (Sim/Não) para detectar morbidade psíquica não psicótica. De modo similar a outros estudos, considerou-se aqui caso suspeito de TMC aquele com 7 ou mais respostas positivas (PINHO; ARAÚJO, 2012).

As variáveis de exposição foram sobrecarga doméstica e atividade profissional. A sobrecarga doméstica foi avaliada com base no somatório de quatro atividades domésticas (lavar, passar, limpar e cozinhar), ponderada pelo número de pessoas que residiam no domicílio, excluindo a mulher entrevistada,  $[SD = (\text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (M - 1)]$ . Inicialmente, esta variável foi avaliada em tercís (baixa, média e alta). Posteriormente, foi dicotomizada em baixa sobrecarga (composto por mulheres que não realizavam atividade doméstica ou que as realizavam moderadamente) e alta sobrecarga (formada por mulheres que realizavam a maior parte das atividades domésticas). As atividades profissionais consistem em qualquer trabalho remunerado realizado em empresas, nas ruas, ou no próprio domicílio.

A combinação entre sobrecarga doméstica e realização de atividades profissionais deu origem a quatro grupos: grupo I- trabalhadoras em baixa sobrecarga doméstica; grupo II- trabalhadoras em alta sobrecarga; grupo III- donas de casa com baixa sobrecarga doméstica; e grupo IV- donas de casa com alta sobrecarga.

Aspectos psicossociais do trabalho foram avaliados por meio do modelo demanda-controle. O cálculo dos indicadores de demandas psicológicas e controle sobre o trabalho foram feitos conforme instruções do JCQ Center ([www.jcqcenter.org](http://www.jcqcenter.org)). Demandas psicológicas e controle sobre o trabalho foram dicotomizados em alto e baixo segundo a média dos escores obtidos. Em seguida, as categorias foram combinadas para formar as quatro situações de trabalho: baixa exigência, trabalho passivo, trabalho ativo e alta exigência. Trabalho em baixa exigência foi a categoria de referência.

As variáveis analisadas foram agrupadas em:

- *Características sociodemográficas*: idade, cor da pele/raça, escolaridade, situação conjugal, renda mensal, condição na família e ter empregados domésticos;
- *Características do trabalho*: situação de trabalho (dona de casa ou trabalhadora profissional) e aspectos psicossociais do trabalho avaliados pelo modelo demanda-controle;



- *Hábitos de vida e saúde*: atividades de lazer, tempo suficiente para o lazer, consumo de bebidas alcoólicas, hábito de fumar e diagnóstico de alguma doença crônica (hipertensão, diabetes, cardiopatias e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho).

As variáveis foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas. Em seguida, estimou-se a prevalência geral de TMC. A análise bivariada avaliou, em cada grupo, a associação entre características sociodemográficas, do trabalho e de hábitos de vida e saúde e TMC por meio de razões de prevalências brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança.

Foram elaborados três modelos de regressão. O primeiro avaliou a exposição situação de trabalho e o desfecho TMC. O segundo avaliou a associação entre sobrecarga doméstica e TMC. O terceiro investigou a combinação das categorias de sobrecarga doméstica e situação de trabalho e o desfecho TMC. Tal combinação resultou em um modelo conjugado no qual a variável foi composta por quatro categorias: trabalhadoras com alta sobrecarga doméstica, trabalhadoras com baixa sobrecarga doméstica, donas de casa em alta sobrecarga doméstica e donas de casa em baixa sobrecarga doméstica. A categoria de referência do modelo conjugado foi trabalhadoras em baixa sobrecarga doméstica.

Todos os modelos de regressão incluíram as demais covariáveis do estudo e seguiram os mesmo critérios estatísticos. A seleção das variáveis que permaneceram no modelo foi feita por meio de procedimento *Backward*, usando o nível de significância de 0,25 no teste de razão de verossimilhança. Modificadores de efeito foram testados por meio da inserção de termos produtos, os quais foram retirados um a um de acordo com o nível de significância de 0,10 no teste de razão de verossimilhança.

Os modelos foram avaliados quanto a bondade de ajuste por meio do teste de Le Cessie-van Houwelingen-Copas-Hosmer, com nível de significância  $<0,10$ . A capacidade de discriminação do modelo foi avaliada por meio da área sob a curva ROC.

O modelo de regressão logística produz medidas de odds ratio. Como o desfecho do estudo teve prevalência maior que 10%, tais medidas não são adequadas. Portanto, o método delta foi utilizado para a estimação das razões de prevalências e respectivos intervalos de 95% de confiança.

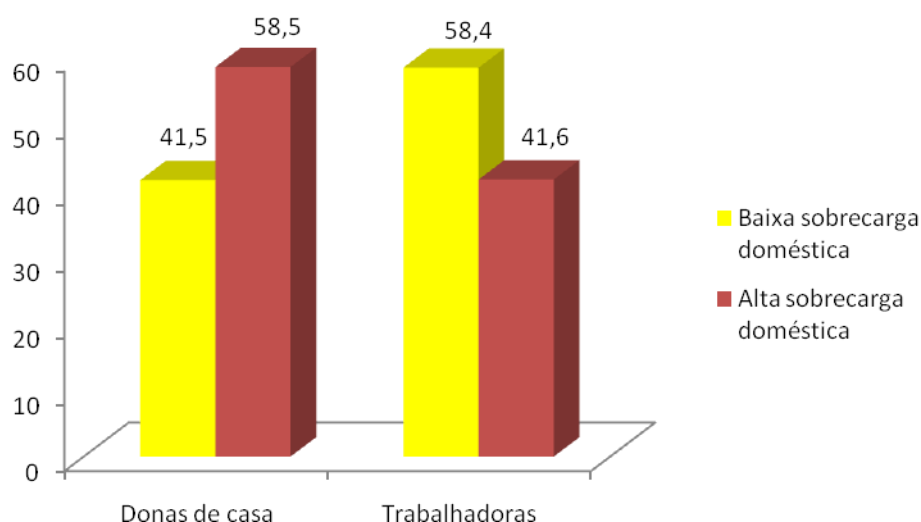
A análise de dados foi realizada com os pacotes estatísticos SPSS for Windows versão 9.0, Epi Info versão 3.15 e R versão 2.15.1.

Este estudo atendeu aos princípios éticos estabelecidos na resolução 466/12. O projeto foi aprovado sob o protocolo Nº 018/2008 (CAAE 0018.0.059.000-08), através do comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana.

### 3. RESULTADOS

Foram analisadas 1.540 mulheres, sendo que 45,1% eram donas de casa e 54,9% eram trabalhadoras profissionais. A frequência de baixa sobrecarga doméstica foi de 50,4%, enquanto a alta sobrecarga doméstica foi encontrada em 48,8%. Alta sobrecarga doméstica, como esperado, foi mais elevada entre as donas de casa (58,5%). No estrato das que tinham trabalho profissional, 41,6% das trabalhadoras profissionais apresentaram uma elevada sobrecarga (Figura 1).

Gráfico 1: Frequência de trabalhadoras segundo sobrecarga doméstica e situação de trabalho.



No presente estudo, houve predomínio (independente do nível de sobrecarga) das mulheres com 30 a 49 anos, da raça/cor preta e que referiram ser casadas. A maioria referiu receber ajuda para realizar as atividades domésticas e apresentaram maiores percentuais em situação de trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e de alta exigência (baixa demanda e baixo controle). Observaram-se diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de baixa e alta sobrecarga para a variável faixa etária, escolaridade, situação conjugal, ajuda no trabalho doméstico e participação em atividades de lazer.

Quando analisados os hábitos de vida e saúde, houve um maior percentual de mulheres que não realizavam atividades de lazer entre as quais relataram alta sobrecarga doméstica

(18,5%) contra 12,2% entre aquele com baixa sobrecarga. O tempo para práticas dessas atividades foi considerado suficiente por cerca de 67%. Quanto à escolaridade, 54% das mulheres com baixa sobrecarga doméstica referiram ter o ensino médio ou superior, enquanto 50,5% das mulheres com alta sobrecarga tinham apenas o ensino fundamental (Tabela 1).

Observaram-se diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de baixa e alta sobrecarga para as variáveis faixa etária, escolaridade, situação conjugal, ajuda nos trabalhos domésticos e participação em atividades de lazer.

Tabela 1 – Características gerais da amostra de mulheres segundo sobrecarga doméstica no município de Feira de Santana/BA, 2007.

Características gerais	Baixa sobrecarga		Alta sobrecarga		Valor P
	N	%	N	%	
<b>Faixa etária (n = 1528)</b>					
15 a 29 anos	238	30,7	190	25,3	<0,001
30 a 49 anos	323	41,6	409	54,4	
Mais de 50 anos	215	27,7	153	20,3	
<b>Raça/cor (n = 1465)</b>					
Não pretos	124	18,1	129	17,8	0,773
Pretos	604	81,9	598	82,3	
<b>Escolaridade (n = 1520)</b>					
Nunca foi a escola/lê e escreve o nome	31	3,0	42	5,6	<0,001
Fundamental I e II	324	42,0	378	50,5	
Ensino médio/superior	417	54,0	328	43,8	
<b>Situação conjugal (n = 1521)</b>					
Casada	419	54,3	506	67,6	<0,001
Solteira	223	28,9	157	21,0	
Divorciada/desquitada/separada /viúva	130	16,8	86	11,4	
<b>Recebe ajuda nos trabalhos domésticos (n = 1498)</b>					
Sim	448	59,6	501	67,2	0,003
Não	304	40,4	245	32,8	
<b>Aspectos psicossociais do trabalho (n = 1450)</b>					
Baixa exigência	107	14,5	99	13,9	0,368
Trabalho passivo	342	46,4	305	42,8	
Trabalho ativo	83	11,3	82	11,5	
Alta exigência	205	27,8	227	31,8	
<b>Lazer (n = 1528)</b>					
Sim	681	87,8	613	81,5	<0,001
Não	95	12,2	139	18,5	
<b>Tempo suficiente para o lazer (n = 1267)</b>					
Sim	448	67,2	413	68,8	0,566
Não	219	32,8	187	31,2	

Ao considerar o nível de sobrecarga doméstica entre os grupos das donas de casa, observaram-se diferenças estatisticamente significantes nas frequências relativas à faixa etária, situação conjugal, ajuda nos trabalhos domésticos, aspectos psicossociais do trabalho e lazer. Já entre as trabalhadoras, observaram-se diferenças, estatisticamente significantes, relacionadas à faixa etária, escolaridade e ajuda nos trabalhos domésticos.

Na análise estratificada, observou-se que as donas de casa tinham menor nível de escolaridade em relação àquelas que realizavam trabalhos profissionais. Dentre as mulheres em baixa sobrecarga observou-se que a maior parte das donas de casa não recebia ajuda para realização do trabalho doméstico (52,4%), já as trabalhadoras 67% referiam receber este tipo de ajuda. No estrato das mulheres em alta sobrecarga a maioria delas referiu receber ajuda nas atividades domésticas, independente da categoria inserida. Situações de trabalhos passivos e de alta exigência foram comuns entre as mulheres, independente da ocupação e do nível de sobrecarga doméstica (Tabela 2).

Tabela 2 - Características gerais da amostra de mulheres segundo sobrecarga doméstica e situação de trabalho no município de Feira de Santana/BA, 2007.

Características gerais	Donas de casa				Valor p	Trabalhadoras				Valor p
	Baixa Sobrecarga		Alta Sobrecarga			Baixa sobrecarga		Alta Sobrecarga		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Faixa etária</b>										
15 a 29 anos	71	24,7	81	20,0	<b>&lt;0,001</b>	167	34,2	109	31,3	<b>0,003</b>
30 a 49 anos	96	33,4	210	52,0		227	46,4	199	57,2	
Mais de 50 anos	120	41,9	113	28,0		95	19,4	40	11,5	
<b>Raça/cor</b>										
Não pretos	58	21,3	76	20,1	0,690	76	16,3	50	15,0	0,621
Pretos	214	78,7	315	79,9		390	83,7	283	85,0	
<b>Escolaridade</b>										
Nunca foi a escola/lê e escreve o nome	26	9,2	36	8,4	0,949	5	1,0	8	2,3	<b>0,002</b>
Fundamental I e II	155	54,6	222	55,2		169	34,6	156	45,1	
Ensino médio/superior	103	36,3	146	36,3		314	64,3	182	52,6	
<b>Situação conjugal</b>										
Casada	196	68,5	320	79,6	<b>0,002</b>	233	45,9	186	53,6	0,088
Solteira	36	12,6	41	10,2		187	38,5	116	33,4	
Divorciada/desquitada/separada/viúva	54	18,9	41	10,2		76	15,6	45	13,0	
<b>Recebe ajuda nos trabalhos domésticos</b>										
Sim	136	47,6	247	61,6	<b>&lt;0,001</b>	312	67,0	254	73,6	<b>0,041</b>
Não	150	52,4	154	38,4		154	33,0	91	26,4	
<b>Aspectos psicossociais do trabalho</b>										
Baixa exigência	35	13,1	51	13,4	0,573	72	15,4	48	14,4	0,157

Trabalho passivo	157	58,6	182	47,9		185	39,4	123	36,9	
Trabalho ativo	17	6,3	47	12,4		66	14,1	35	10,5	
Alta exigência	59	22,0	100	26,3		146	31,1	127	38,1	
<b>Lazer (n = 1528)</b>										
Sim	251	87,5	315	78,0	<b>0,001</b>	430	87,9	298	85,6	0,329
Não	36	12,5	89	22,0		59	12,1	50	14,4	
<b>Tempo suficiente para o lazer</b>										
Sim	183	74,4	224	72,3	0,573	265	62,9	189	65,2	0,544
Não	63	25,6	86	27,7		156	37,1	101	34,8	

Entre as donas de casa, a prevalência de TMC foi mais elevada na situação de alta sobrecarga doméstica (40,1%). No entanto a associação bruta não foi estatisticamente significativa.

A associação entre sobrecarga doméstica e TMC foi avaliada segundo variáveis de interesse (Tabela 3) para averiguar alteração no comportamento da associação principal avaliada nos estratos dessas variáveis.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre as prevalências de TMC por níveis de sobrecarga segundo características sociodemográficas, ajuda nas tarefas domésticas, atividades de lazer, tempo para o lazer e aspectos psicossociais do trabalho (demanda psicológica, controle sobre o próprio trabalho e grupos do modelo demanda-controle). Apesar das diferenças encontradas em alguns estratos das variáveis avaliadas, estas não foram significativas o suficiente para alterar a associação entre sobrecarga e TMC obtida na avaliação bruta.

No entanto, cabe registrar algumas diferenças que foram observadas, especialmente nas diferenças das prevalências quando se comparou a situação sem exposição e a situação com a presença de ambas as exposições (Tabela 3). Por exemplo, as donas de casa não pretas e com baixa sobrecarga (sem exposição) apresentaram prevalência de TMC de 31,4%, enquanto aquelas pretas e com alta sobrecarga apresentaram prevalência de 42,7%. As demais situações com a presença de apenas uma exposição apresentaram prevalências intermediárias. O mesmo ocorreu com variáveis: tempo suficiente para o lazer (sem exposição: 30,1%; com ambas as exposições: 52,4%), demandas psicológicas (sem exposição: 35,1%; com as duas exposições: 45,3%) e controle sobre o próprio trabalho (sobrecarga baixa e controle alto: 35,4%; sobrecarga alta e controle baixo: e 41,8%).

Cabe notar também as diferenças entre as razões de prevalências de TMC nos estratos de baixa e alta sobrecarga doméstica no grupo de donas de casa de nível superior (43% maior

no grupo de alta sobrecarga), na faixa etária de 50 anos ou mais de idade (21% maior na situação de alta sobrecarga), e no grupo das mulheres divorciadas/desquitadas/separadas ou viúvas (39% maior).

Tabela 3 - Associação entre sobrecarga doméstica e TMC segundo covariáveis de interesse no grupo de donas de casa

Características	Prev. (%)		RP	IC 95%
	Baixa SD	Alta SD		
<b>Associação bruta</b>	<b>37,1</b>	<b>40,1</b>	<b>1,08</b>	<b>0,88; 1,58</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>				
15 a 29	43,1	33,3	0,78	0,52; 1,31
30 a 49	29,4	38,3	1,30	0,82; 1,81
≥ 50	39,8	48,5	1,21	0,81; 1,63
<b>Escolaridade</b>				
Sem acesso à escola/ Fundamental I e II	42,8	40,8	0,97	0,75; 1,25
Ensino Médio/ Superior	27,6	39,5	1,43	0,86; 2,00
<b>Raça cor da pele</b>				
Não preta	31,4	31,5	1,00	0,58; 1,75
Preta	39,7	42,7	1,05	0,82; 1,34
<b>Situação conjugal</b>				
Solteira	50,0	34,2	0,76	0,41; 1,42
Casada/ união estável	35,5	40,1	1,12	0,84; 1,42
Divorciada/desquitada/viúva	34,9	48,6	1,39	0,71; 2,25
<b>Recebe ajuda nas tarefas domésticas</b>				
Sim	37,5	40,1	1,06	0,77; 1,43
Não	36,3	39,6	1,06	0,77; 1,47
<b>Participa de atividades regulares de lazer</b>				
Sim	33,3	37,1	1,08	0,84; 1,40
Não	60,0	50,0	0,89	0,50; 1,35
<b>Tempo de lazer é suficiente</b>				
Sim	30,1	31,4	1,03	0,74; 1,45
Não	39,7	52,4	1,31	0,80; 1,82
<b>Demandas psicológicas</b>				
Baixa	35,1	37,4	1,06	0,79; 1,49
Alta	41,7	45,3	1,06	0,75; 1,53
<b>Controle sobre o próprio trabalho</b>				
Alto	35,4	37,1	1,03	0,63; 1,71
Baixo	38,4	41,8	1,08	0,83; 1,37
<b>Aspectos psicossociais do trabalho</b>				
Baixa exigência	37,5	35,5	0,96	0,51; 1,80
Trabalho passivo	34,8	39,2	1,09	0,79; 1,50
Trabalho ativo	31,3	39,0	1,18	0,49; 2,82
Alta exigência	46,2	46,8	1,01	0,67; 1,52

SD= Sobrecarga doméstica; Prev.: prevalência; RP: razão de prevalência; IC: Intervalo e Confiança

Entre as mulheres com trabalho remunerado (trabalhadoras), a prevalência de TMC foi mais elevada na situação de alta sobrecarga doméstica (35,4%), no entanto a associação bruta não foi estatisticamente significativa (Tabela 4). Também se avaliou a associação sob foco segundo covariáveis com o intuito de observar o comportamento da associação principal nos estratos dessas variáveis.

De modo similar ao encontrado com as donas de casa, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre as prevalências de TMC por níveis de sobrecarga segundo os estratos das variáveis analisadas.

Com relação à variável idade, observou-se elevação das prevalências com o aumento da faixa etária. Entre as trabalhadoras mais jovens (de 15 a 29 anos) em situação de baixa sobrecarga doméstica observou-se a menor prevalência de TMC (30,8%), enquanto entre as mais velhas (50 anos ou mais) e com alta sobrecarga doméstica observou-se prevalência mais elevada (48,6%). A razão de prevalência de TMC no estrato de 50 anos ou mais, foi 22% maior no grupo de alta sobrecarga comparado ao de baixa sobrecarga (Tabela 4).

Também foram observadas diferenças nas prevalências quando se comparou a situação sem exposição e a situação com a presença de ambas as exposições para as variáveis cor da pele, ajuda nas atividades e participação em atividades de lazer (Tabela 4). As trabalhadoras não pretas e com baixa sobrecarga (sem exposição) apresentaram prevalência de TMC de 18,2%, enquanto as pretas e com alta sobrecarga apresentaram prevalência de 37,3%. Também para as trabalhadoras, as situações com a presença de apenas uma das exposições consideradas apresentaram prevalências intermediárias.

Para a variável “receber ajuda para realizar as tarefas domésticas”, a prevalência de TMC de 32,9% entre as mulheres que recebiam ajuda e tinham baixa sobrecarga doméstica, alcançando 43,4% entre aquelas que não recebiam ajuda e tinham elevada sobrecarga. O mesmo ocorrendo com participação em atividades de lazer (com lazer e baixa sobrecarga: 31,6%; sem atividades de lazer e alta sobrecarga: 56,0%).

Para a variável demanda psicológica do trabalho, quando a demanda era baixa e a sobrecarga baixa, a prevalência de TMC foi de 28,5% e na situação de alta demanda e alta sobrecarga, a prevalência elevou-se para 45,1%.

Trabalhadoras em alta exigência do trabalho apresentaram prevalências de TMC mais elevadas do que as trabalhadoras em baixa exigência, independente do nível de sobrecarga. Na situação de baixa exigência e baixa sobrecarga doméstica, a prevalência de TMC foi de 25,8% e na situação de alta exigência do trabalho e elevada sobrecarga doméstica, a prevalência foi de 48,7%.

Tabela4 - Associação entre sobrecarga doméstica e TMC segundo covariáveis de interesse no grupo de mulheres com trabalho profissional

Características	Prev. (%)		RP	IC 95%
	Baixa SD	Alta SD		
Associação bruta	32,6	35,4	1,08	0,89; 1,33

<b>Faixa etária (anos)</b>				
15 a 29	30,8	35,5	1,15	0,75; 1,64
30 a 49	32,4	32,6	1,01	0,74; 1,37
≥ 50	36,5	48,6	1,22	0,75; 1,99
<b>Escolaridade</b>				
Sem acesso à escola/ Fundamental I e II	42,1	44,3	1,04	0,78; 1,38
Ensino Médio/ Superior	27,7	27,4	0,99	0,71; 1,38
<b>Raça cor da pele</b>				
Não preta	18,2	20,5	1,12	0,50; 2,43
Preta	35,1	37,3	1,06	0,83; 1,32
<b>Situação conjugal</b>				
Solteira	32,1	34,6	1,06	0,73; 1,53
Casada/ união estável	32,5	36,6	1,09	0,81; 1,48
Divorciada/desquitada/viúva	34,8	33,3	0,97	0,55; 1,71
<b>Recebe ajuda nas tarefas domésticas</b>				
Sim	32,9	32,3	0,99	0,76; 1,29
Não	35,1	43,4	1,23	0,80; 1,70
<b>Participa de atividades regulares de lazer</b>				
Sim	31,6	31,4	1,00	0,78; 1,27
Não	39,7	56,0	1,41	0,80; 1,99
<b>Tempo de lazer é suficiente</b>				
Sim	27,1	25,8	0,96	0,68; 1,36
Não	39,9	40,0	1,00	0,70; 1,43
<b>Demandas psicológicas</b>				
Baixa	28,5	27,6	0,97	0,69; 1,37
Alta	36,6	45,1	1,23	0,87; 1,54
<b>Controle sobre o próprio trabalho</b>				
Alto	31,5	22,7	0,77	0,46; 1,28
Baixo	32,9	40,6	1,23	0,91; 1,49
<b>Aspectos psicossociais do trabalho</b>				
Baixa exigência	25,8	16,3	0,68	0,30; 1,54
Trabalho passivo	30,1	32,7	1,06	0,73; 1,55
Trabalho ativo	37,3	32,3	0,90	0,47; 1,71
Alta exigência	36,4	48,7	1,33	0,88; 1,70

SD= Sobrecarga doméstica; Prev.: prevalência; RP: razão de prevalência; IC: Intervalo e Confiança SD= Sobrecarga doméstica; Prev.: prevalência; RP: razão de prevalência; IC: Intervalo e Confiança

A prevalência de TMC foi 1,16 vezes maior em donas de casa que em trabalhadoras. Não houve associação significativa entre situação de trabalho e TMC após o ajuste pelas variáveis confundidoras (Tabela 5).

Tabela 5. Associação entre situação de trabalho e TMC em mulheres de Feira de Santana/BA, 2007

	N	n	%	RP	IC 95%	RP <sub>ajustada</sub>	IC 95%
<b>Situação de trabalho</b>							
Donas de casa	619	242	39,1	<b>1,16</b>	<b>1,01 - 1,34</b>	1,12	0,95 - 1,31
Trabalhadoras	751	253	33,7	1,00	-	1,00	-

Ao analisar a prevalência de TMC segundo níveis de sobrecarga doméstica percebeu-se que esta foi ligeiramente mais elevada entre as mulheres que tinham alto nível de sobrecarga doméstica (11% maior neste grupo). Observa-se a mesma razão de prevalência (RP=1,08) entre as donas de casa e trabalhadoras quando analisados os níveis de sobrecarga



doméstica e TMC. Nenhuma desta associação apresentou significância estatística, mesmo após o ajuste por potenciais variáveis confundidoras (Tabela 6).

Tabela 6. Associação entre sobrecarga doméstica e TMC em mulheres de Feira de Santana/BA, 2007

	N	N	%	RP	IC 95%	RP <sub>ajustada</sub>	IC 95%
<b>Sobrecarga doméstica</b>							
Alta	677	257	38,0	1,11	0,96-1,28	1,05	0,87-1,27
Baixa	683	234	34,3	1,00	*	*	
<b>Sobrecarga doméstica (donas de casa)</b>							
Alta	369	148	40,1	1,08	0,88 - 1,58	1,12	0,86 - 1,47
Baixa	248	92	37,1	1,00	*	*	
<b>Sobrecarga doméstica (trabalhadoras profissionais)</b>							
Alta	308	109	35,4	1,08	0,89 - 1,33	1,00	0,76 - 1,29
Baixa	435	142	32,6	1,00	*	*	
<b>Modelo de regressão “Situações de trabalho e sobrecarga doméstica”, ajustado por escolaridade, raça/cor, modelo demanda controle, tempo de lazer suficiente.</b>							
Teste de Le Cessie-van Howelingen-Copas-Hosmer: p = 0,992							
Área sob a curva ROC: 0,629							

No modelo conjugado de situação de trabalho e sobrecarga doméstica, a prevalência de TMC em donas de casa com alta sobrecarga doméstica foi 1,23 vezes maior que em trabalhadoras com baixa sobrecarga doméstica. Porém, essa associação foi limítrofe. Não houve associação entre situação de trabalho e TMC após os ajustes por potenciais confundidores. Na análise das variáveis que permaneceram no modelo, a escolaridade, raça/cor, aspectos psicossociais do trabalho e tempo suficiente para o lazer estiveram associadas com TMC (Tabela 7).

Tabela 7 – Modelo conjugado de situação de trabalho, sobrecarga doméstica na avaliação de TMC

	N	N	%	RP	IC 95%
<b>Situações de trabalho e sobrecarga doméstica</b>					
Trabalhadora com baixa sobrecarga doméstica	435	142	32,6	1,00	-
Trabalhadora com alta sobrecarga doméstica	308	109	35,4	1,08	0,89 - 1,33
Donas de casa com alta sobrecarga doméstica	369	148	40,1	<b>1,23</b>	<b>1,02 - 1,48</b>
Donas de casa com baixa sobrecarga doméstica	248	92	37,1	1,14	0,87 - 1,71
<b>Modelo de regressão “Situações de trabalho e sobrecarga doméstica”, ajustado por escolaridade, raça/cor, modelo demanda controle, tempo de lazer suficiente.</b>					
Teste de Le Cessie-van Howelingen-Copas-Hosmer: p = 0,992; Área sob a curva ROC: 0,629					

## DISCUSSÃO

A alta sobrecarga doméstica foi expressiva no presente estudo, confirmando, mais uma vez, o predomínio das mulheres na execução das tarefas domésticas básicas (cozinhar, lavar, limpar e passar), independente da sua inserção no mercado de trabalho. Apesar das mulheres terem conquistado direitos políticos, educacionais e o reconhecimento profissional, a manutenção da identidade socialmente construída em torno do trabalho doméstico pouco se alterou. Estudos realizados anteriormente reforçam a concepção de que o ambiente doméstico é prioritariamente feminino (GLASS, FUJIMOTO; 1994; ARAÚJO, ROTENBERG; 2011).

Os transtornos mentais comuns (TMC) configura grave problema de saúde pública. No presente estudo, a prevalência global de TMC foi elevada, mostrando o quanto é expressiva no sexo feminino. Vários estudos voltados para avaliar prevalência TMC e os diferenciais de gênero sempre demonstram proporção mais elevada entre as mulheres (LOPES et al., 2003; ARAÚJO et al., 2006; ANSELMi et al., 2008).

Neste estudo, tanto as donas de casa quanto as mulheres que possuem trabalho profissional apresentaram prevalências elevadas de TMC. Outras pesquisas encontraram resultados semelhantes (LENNON; 1992). Entretanto os fatores associados à ocorrência de adoecimento psíquico tenham sido distintos para cada grupo.

As prevalências nas situações de alta sobrecarga domésticas também foram maiores do que em baixa sobrecarga para ambos os grupos. Porém, as diferenças encontradas não foram estatisticamente significantes; não se confirmando, assim, associação entre alta sobrecarga doméstica e TMC.

Quando avaliada a ocorrência de TMC considerando os níveis de sobrecarga doméstica e a situação de trabalho observou-se que as maiores prevalências foram encontradas entre as mulheres que eram donas de casa e estavam em alta sobrecarga. Apesar desta associação não ter apresentado significância estatística após ajuste para potenciais confundidores, estes resultados foram semelhantes aos encontrados em outros estudos (ARAÚJO et al., 2006; PINHO; ARAÚJO, 2012).

Apesar da execução de atividades domésticas (cuidar dos filhos, marido, casa, dentre outros) proporcionarem recompensas interpessoais subjetivas, como prazer e apoio social, diversos estudos tem mostrado que altas exigências e demandas domésticas, muitas vezes monótonas e repetitivas, associado ao pouco reconhecimento institucional que estas atividades possuem potencializam o risco de TMC (MATTHEWS et al., 1998; ARAÚJO et al., 2005; PACHECO, 2005; ARAÚJO et al., 2006).

Lennon (1994) acrescenta que, apesar das donas de casa ter mais autonomia para a realização de suas atividades, elas sofrem constantemente interrupções, tem pressão do tempo, do horário para realização de suas atividades (alimentação, escola, etc.), tem mais superposições de tarefas, um maior grau de exigência física, além de desempenharem trabalhos mais monótonos. Características as quais, segundo a literatura, apresentam fortes associações com a ocorrência de TMC (RODRIGUES et al., 1992; SILVANY et al., 2000).

Outra questão que pode ter contribuído para este resultado é a ausência do trabalho remunerado na vida destas mulheres. Dejours (1987) define trabalho como o maior fator de integração social. Ele aparece como mediador central da autoconstrução e do desenvolvimento da sua identidade, uma vez que seu papel transformador proporciona momentos de satisfação, de realização dos seus projetos e materialização de sua subjetividade, mesmo que, em alguns momentos o trabalho possa ser fonte de ansiedade, opressão e desumanização.

O significado do trabalho para os indivíduos vai muito mais além de ser uma fonte de renda; a sua prática permite que o ser humano se reconheça como parte integrante de uma sociedade, cria oportunidade de desenvolvimento das potencialidades, atuando como uma importante fonte de auto-realização. Fatores que, segundo a literatura, contribuem para o alicerce da constituição psíquica das pessoas (SELIGMANN-SILVA, 1994).

As trabalhadoras que estavam expostas a altos níveis de sobrecarga doméstica também apresentaram expressivas prevalências de TMC. Trabalhar fora de casa tem proporcionado às mulheres uma carga excessiva de trabalho e impactos na sua saúde mental, hipótese predominante nos estudos (LENNON, ROSENFELD, 1992; LIMA, 2003; ARAÚJO, ROTENBERG, 2011).

Outros autores acrescentam que demandas familiares combinadas com condições psicossociais adversas no trabalho estão diretamente associadas a maiores taxas de morbidade psíquica (WALTERS et al., 1996; SILVANY et al., 2000).

Quanto à faixa etária, as mulheres com idade acima dos 50 anos, independente da situação de trabalho, foram mais afetadas por TMC. Lopes (2003) afirma que os efeitos do envelhecimento na saúde física e mental das pessoas podem estar condicionados a forma como os indivíduos agem e reagem perante as vicissitudes trazidas pelo processo de envelhecimento.

Envelhecer está associado a uma maior exposição a eventos psicossociais estressantes como isolamento, perda da autonomia e aumento da dependência com relação aos familiares. As mulheres idosas sofrem, na maioria das vezes, de doenças crônicas debilitantes, o que

permite afirmar que a vida prolongada das mulheres se caracteriza pela multi-morbididade, incapacidade e consequente dependência, fato que as torna mais expostas a ocorrência de TMC (MENEZES, 2002).

A prevalência de TMC associada à cor da pele é uma temática bastante discutida. Observou-se, neste estudo, que o maior percentual de TMC ocorreu entre as mulheres que referiram ser de cor preta. O processo de discriminação social e econômica a que os indivíduos negros e do sexo feminino são submetidos em nosso país, principalmente por causa do perfil sócio-econômico-cultural, pode agir como fator de risco para o desenvolvimento de TMC.

Observou-se, neste estudo, uma importante relação entre escolaridade e TMC nos dois grupos avaliados. Quanto menor a escolaridade, maiores foram as taxas de TMC encontradas, independente do nível de sobrecarga doméstica exposta. Associações estatisticamente significantes foram encontradas nesta análise. Este achado nos mostra o quanto o grau de instrução influencia na saúde psicológica das pessoas. Ter níveis mais elevados de escolaridade aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia aspirações, gera auto-estima e aquisição de novos conhecimentos que podem motivar atitudes e comportamentos. (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Na avaliação do modelo demanda controle, percebeu-se que as maiores prevalências de TMC foram encontradas entre as mulheres que tinham alta exigência. As tensões psicológicas que elas enfrentam na tentativa de realizar todas as tarefas, tendo que administrar seu tempo, de tal modo que pudessem executar todas as demandas domésticas e laborais, associado a limitada capacidade de autonomia na execução de suas atividades podem explicar este achado.

Mesmo não apresentando significância estatística, estes dados foram similares ao encontrado no estudo realizado por Araújo et al. (2003) e reforçam a hipótese que a exposição à situações de alta demanda e baixo controle traz repercussões negativas para a saúde das mulheres.

A ausência de atividades de lazer também foi relevante para a ocorrência de TMC nestas mulheres. Estudos sobre estas associações tem sido amplamente discutidos nos últimos anos (LENNON, 1994; ARAÚJO et al., 2005; ARAÚJO et al., 2006). A prática de atividades de lazer diminui tensões e estresse provocados pelo cotidiano, favorece a integração social e a sensação de bem-estar; Além de funcionar como fonte prazerosa, fortalece a saúde mental dos indivíduos (BATISTA; CODO; 2000).

A análise da associação principal, segundo covariáveis de interesse, evidenciou que os achados da associação bruta não eram alterados segundo estratos das variáveis sociodemográficas, ajuda nas tarefas domésticas, atividades de lazer, tempo para o lazer e aspectos psicossociais do trabalho (demanda psicológica, controle sobre o próprio trabalho e grupos do modelo demanda-controle). No entanto, foram encontradas diferenças entre situações onde as exposições consideradas estavam presentes e as situações em que as exposições estavam ausentes, ou apenas uma exposição estava presente. Resultados que apontam o efeito conjugado entre situações desfavoráveis no ambiente laboral e em casa foram observados em estudo de Aquino (1996), que avaliou associação entre sobrecarga doméstica e hipertensão arterial. A associação entre sobrecarga doméstica e hipertensão foi observada quando estressores ocupacionais foram incluídos na análise; assim, a situação de dupla exposição (trabalho e casa) elevava a frequência de hipertensão arterial. Desse modo, é plausível considerar a hipótese de que exposições conjugadas podem ser mecanismos importantes para a ocorrência de efeitos negativos sobre a saúde mental das mulheres – dimensões difíceis de serem apreendidas quando os modelos de análise não consideram essa sobreposição de exposição no processo de construção das variáveis. Esses aspectos devem ser melhor investigados em estudos futuros de modo a estabelecer modelos de abordagem mais complexos e próximos da realidade do que os atualmente utilizados.

O presente estudo de desenho de corte transversal, não pode estabelecer relação causal entre as medidas de exposição e efeito, uma vez que ambas são mensuradas em um mesmo intervalo de tempo. Este tipo de estudo produz diagnósticos instantâneos da situação de saúde. Outro limite importante é a ausência de estudos de validação e a confiabilidade do indicador de sobrecarga. Esses limites devem ser considerados na análise dos resultados obtidos.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observou-se neste estudo a relevância da esfera doméstica para avaliação de aspectos relacionados à saúde mental das mulheres. Apesar de não ter encontrado diferenças significativas entre os dois grupos analisados, os resultados permitiram avaliar mais adequadamente as repercussões que cada atividade pode proporcionar na saúde psíquica da amostra estudada.

Ainda existem muitas lacunas acerca do conhecimento sobre a interação entre trabalho doméstico e trabalho profissional e suas repercussões sobre a saúde mental das mulheres. Se

muito já se avançou na inserção das mulheres no espaço laboral produtor de autonomia econômica e social, muito há, ainda, que se caminhar no que se refere às divisões das tarefas referentes aos papéis familiares.

De maneira geral, em nossa sociedade, apesar de todas as mudanças e avanços ocorridos nas últimas décadas no que diz respeito à condição social feminina, não houve uma verdadeira transformação das relações entre homens e mulheres dentro da família. Não é de se estranhar que a permanência da concepção que ambiente doméstico é um território prioritariamente feminino, possa proporcionar tanto para as trabalhadoras, quanto para as donas de casa, elevados níveis de sobrecarga doméstica e, consequentemente, comprometimento de sua saúde mental.

Assim, esta investigação indica a necessidade de uma maior atenção e aprofundamento tanto na análise dos possíveis impactos que o trabalho doméstico pode proporcionar na saúde das donas de casa, quanto na investigação dos aspectos benéficos e saudáveis que os múltiplos papéis, decorrentes do trabalho remunerado e doméstico, podem ocasionar para as mulheres.

## REFERÊNCIAS

- ANSELM, L. et al. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. **Rev Saude Publica**. 2008; 42:26-33.
- AQUINO, E.M.L. **Gênero, Trabalho e Hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador – Bahia**. 1996, Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia.
- AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.S. Para pensar o exercício da paternidade: contribuições a partir de um estudo sobre trabalho e saúde das mulheres. In: SILVEIRA, P. (org.). **Exercício da paternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p.131-141.
- ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, São Paulo, Ago 2003.
- ARAÚJO, T. M. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev Bras Saude Mater Infant**. 2005;5:337-48.
- ARAÚJO, T. M. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Rev. Enferm. UERJ**;14(2):260-269, abr.-jun. 2006.
- ARAÚJO, T.M.; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: A divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A.A; BRITO, J. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p131-150. 2011.
- BATISTA, A. S.; CODO, W (2000). Crise de identidade e sofrimento. IN: Codo, W. (Coord.). Educação: carinho e trabalho. Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação. Petrópolis (RJ): Vozes. 171p.
- DEJOURS, C. (1987). **A Loucura do trabalho** - estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: OBORÉ.
- GLASS, J; FUJIMOTO, T. Housework, paid work, and depression among husbands and wives. *J Health Soc Behav* 1994;35 (june):179-91.
- LENNON, M.C.; ROSENFELD, S. (1992). Women and mental health: the interaction of job and family conditions. **Journal of Health and Social Behavior**, 33 (dezembro): 316-327.
- LENNON, M.C. Women, work and well-being: the importance of work conditions. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 235-47.
- LENNON, M.C. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 120-7.
- LIMA, S. C. C. Trabalho doméstico: uma trajetória silenciosa de mulheres. Rio de Janeiro: Virtual Científica; 2003.

LOPES, C. S. et al. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.1713-1720, nov./dez., 2003.

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

MATTHEWS S. et al., Power C. Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Social Sci & Med.* 1998; 46: 1417-24.

MATOS, A. H. G. A ocupação feminina no mercado de trabalho: desafios para a gestão contemporânea das organizações. **Gestão Contemporânea**, Porto Alegre, ano 6, n. 6, p.23-43, jan./dez. 2009.

MENEZES et al. Prevalência de distúrbios psíquicos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n. 2, São Paulo, 2002.

PACHECO, A. L. P. de B. (2005). **Mulheres pobres e chefes de família**. Dissertação de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Brasília: Guanabara Koogan, 1995.

PINHO, P.; ARAUJO, T. **Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres**. *Rev. bras. epidemiol.* 2012, vol.15, n.3, pp. 560-572.

RODRIGUES, A. L.; GASPARINI, A. L. F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. **Rev. Psicossomática hoje**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992 4(43): 93- 107.

ROTENBERG, L. Relações de gênero e gestão dos tempos a articulação entre o trabalho profissional e doméstico em equipes de enfermagem no Brasil. *Laboreal (Porto. Online)*, v. 8, p. 72-84, 2012.

SELIGMANN SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ / Cortez, 1994.

SILVANY, A. M. et al. Condições de trabalho e saúde de professores da rede particular de ensino de Salvador, Bahia. **Revista Baiana Saúde Pública**. 2000; 24: 42-6.

SIMÕES, F. I. W; HASHIMOTO, F. **Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX**. *Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas: Universidade Federal dos Vales dos Jequitinhonha e Mucuri, Minas Gerais*, ano 1, n. 2, Outubro. 2012.

SINA, A. **Mulher e trabalho: o desafio de conciliar diferentes papéis na sociedade**. São Paulo: Saraiva, 2005.

WALTERS, V. et al. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Social Sci & Med.* 1996; 43: 1627-36.



## **APÊNDICE**

**APÊNDICE A – PROJETO DE PESQUISA**

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

**DENISE SANTOS DA SILVA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE O TRABALHO PROFISSIONAL E TRABALHO  
DOMÉSTICO E A OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS**

**DENISE SANTOS DA SILVA**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE O TRABALHO PROFISSIONAL E TRABALHO  
DOMÉSTICO E A OCORRÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva como requisito parcial para obtenção do grau de mestre pela Universidade estadual de feira de Santana.

**Área de concentração:** Epidemiologia

**Linha de Pesquisa:** Saúde, Trabalho e Ambiente

**Orientadora:** Dr<sup>a</sup> Tânia Maria de Araújo

Feira de Santana  
2012

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA DE PESQUISA.....,,,,,,</b>	<b>42</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>42</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>43</b>
4.1	SAÚDE MENTAL E TRABALHO .....	43
4.2	TRABALHO DOMÉSTICO NÃO REMUNERADO: Um trabalho invisível e tipicamente feminino.....	44
4.3	MULHER E TRABALHO PROFISSIONAL: Um grande dilema .....	46
4.4	TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS.....	50
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>52</b>
5.1	CARACTERISTICA DO ESTUDO .....	52
5.2	TIPO DE ESTUDO.....	53
5.3	DESCRIÇÃO DA AREA DE ESTUDO .....	53
5.4	AMOSTRA ESTUDADA.....	54
5.5	INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS .....	55
5.6	VARIAVEIS DE ESTUDO .....	56
5.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	57
5.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	58
<b>6</b>	<b>CRONOGRAMA .....</b>	<b>97</b>
<b>7</b>	<b>ORÇAMENTO.....</b>	<b>98</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>98</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas têm sido profundas as mudanças sociais, econômicas e culturais promovidas pela decadência do modelo de desenvolvimento exportador, aumento desenfreado da população e a implantação de grandes empresas multinacionais. A incorporação de inovações tecnológicas e organizacionais na esfera produtiva reconfigurou as relações de gênero e trabalho e contribuiu para um aumento significativo da mão de obra feminina no mercado de trabalho. No Brasil, os dados do IBGE/PNAD mostraram que, em 1976, a participação feminina no mercado de trabalho era de 30,3% e, em 2002, passou a ser de 35,8%, indicando um crescimento desta taxa.

A mulher, antes restrita à esfera familiar e doméstica, vista essencialmente como mãe, começou a se inserir nessa nova organização, agregando, em suas atividades rotineiras, responsabilidades profissionais.

Nesse novo contexto social, a mulher passou a transpor novos horizontes e a competir com o homem pelo espaço externo de trabalho. Conforme Oliveira (2000), a inserção feminina no mercado de trabalho aconteceu de forma intensa e diversificada, e, diferentemente do que aconteceu com os homens, não apresentou declínio com as crises econômicas. Ao contrario, apartir das crises econômicas que se intensificou a participação feminina no mercado produtivo.

A participação feminina no mercado de trabalho é fruto de vários fatores econômicos e culturais (TEXEIRA, 2007). Inicialmente, incentivada pelas transformações ocorridas com o processo de industrialização, posteriormente se intensificou devido a crescente urbanização. As rebeliões acontecidas no final dos anos 60 e a queda das taxas de fecundidade, também foram marcos cruciais para o processo de feminização do mercado de trabalho. Outros fatores como o desejo de desenvolver uma carreira, a necessidade econômica, ou ainda, as novas necessidades de consumo também impulsionaram esse processo.

O progressivo e expressivo aumento da inserção feminina no mercado de trabalho tem expostas as mulheres a longas jornadas de trabalho, visto que seu ingresso no mercado de trabalho não representou necessariamente diminuição de sua responsabilidade com as atividades domésticas; elas passaram a executar atividades remuneradas concomitantes ao trabalho não remunerado realizado anteriormente (ARTACÓZ et al., 2007; MATOS, 2009; ARAÚJO; ROTENBERG, 2011).

Pesquisa realizada pelo IBGE, em 2009 com trabalhadores, apontou que além da jornada no mercado de trabalho, 90% das mulheres ocupadas realizavam tarefas referentes às atividades domésticas, ao contrário do que ocorria com a população masculina, tendo apenas uma parcela inferior a 49,7% destes inseridos nestas atividades; o que aponta para uma falta de igualdade de gênero relacionado a execução deste tipo de trabalho, constituindo dupla jornada laboral para a população feminina.

Sendo uma realidade no cenário feminino, a duplicidade de papéis tem sido um obstáculo ao avanço profissional das mesmas. A necessidade de executar estes múltiplos papéis tem proporcionado às mulheres trabalhos precários, menos valorizados e com baixa remuneração (BARROSO, 1982; ABREU, JORGE, 1994; BURUSCHINI; LOMBARD, 2003; ARAÚJO et al., 2006).

Estudos têm mostrado que situações de precariedade associado a execução de múltiplos papéis proporciona diversas repercussões sobre a saúde mental das mulheres (OLIVEIRA; CARNEIRO; STTORTT, 1993; ROCHA; DEBERT-RIBEIRO, 2001; LIMA, 2003).

A epidemiologia psiquiatria tem encontrado associação positiva entre transtornos mentais comuns e variáveis relativas ao modo de vida e a estrutura ocupacional das mulheres. Apesar de vários autores assinalarem maior ocorrência de TMC em mulheres, percebe-se um número limitado de estudos voltados para avaliar a prevalência de TMC associados as características do trabalho e as atividades domésticas entre as mulheres (LENNON, ROSENFELD, 1992; OMS, 2001; LUDERMIR, MELLO FILHO; 2002, ARAÚJO et. al., 2006; LOPES et al., 2003; VOLCAN et al.; 2003).

Este estudo objetivou avaliar a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres comparando diferentes situações de trabalho profissional e doméstico. Além de disponibilizar informações que possam impulsionar e sustentar políticas de saúde pública de proteção às mulheres, este estudo pretendeu da visibilidade aos fatores que, no trabalho doméstico, podem contribuir para o adoecimento psíquico das mulheres.

## **2. PROBLEMA DE PESQUISA**

Há diferença na prevalência de TMC em mulheres quando se compara diferentes situações entre o trabalho profissional e trabalho doméstico?

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a prevalência de TMC em mulheres comparando-se diferentes situações do trabalho profissional e trabalho doméstico

### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Descrever características sociodemográficas da população em estudo.
- ✓ Descrever as características do trabalho profissional e do trabalho doméstico da população estudada.
- ✓ Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns na amostra selecionada.
- ✓ Comparar prevalência de transtornos mentais em diferentes situações do trabalho profissional e do trabalho doméstico.

## **4. REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 SAÚDE MENTAL E TRABALHO**

Relacionar o processo e a reorganização do trabalho com a saúde mental permite perceber o quanto a atividade laboral pode interferir no bem-estar físico e mental do trabalhador. Sendo o trabalho um importante mediador das relações entre as pessoas, aspectos relacionados à sua organização podem interferir nos processos de saúde e doença dos indivíduos.

É no ambiente de trabalho que as pessoas experimentam diversos graus de controle sobre suas atividades laborais e, conseqüentemente, se expõe a demandas psicológicas. Para Ribeiro (2008), o trabalho perpassa a relação de troca de serviço: o produto final versus salário. O trabalho não atua somente como uma oportunidade de referência, crescimento e desenvolvimento psicossocial, mais traz, embutido em seu contexto, aspectos sociais que se traduzem como alicerce da constituição psíquica do sujeito.

Na atual sociedade capitalista, o trabalho tem exercido profunda influência na constituição do modo de vida das pessoas e, conseqüentemente, na saúde física e mental das mesmas. A polivalência, flexibilização, descentralização, terceirização e desregulamentação dos direitos trabalhistas tem sido características desse processo de reestruturação produtiva. Nesse novo contexto, os trabalhadores têm sido expostos a ritmos mais acelerados de trabalho, a cobranças constantes, a vínculos instáveis e precarizados, situações as quais tem gerado sentimentos de angústia, desproteção e vulnerabilidade (SANTOS, 2001). Ribeiro (2008) acrescenta que os trabalhadores não têm conseguido se adaptar ou acompanhar o ritmo acelerado das progressivas modificações que vem ocorrendo no espaço laboral. Essa dinâmica tem causado alterações no estilo de vida dos trabalhadores.

Fatores responsáveis pelo desencadeamento de morbidades não se limitam apenas a presença de microorganismos e a insalubridade, mais também podem ser fruto de agentes produtores de estresse como, por exemplo, aqueles desencadeados por características específicas do trabalho (RODRIGUES et al.; 1992).

A contribuição do trabalho para as alterações na saúde mental se dá a partir de vários aspectos que, associados, podem produzir reações psíquicas patogênicas, além de desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador (BRASIL, 2005). Um ambiente laboral que proporciona situações de estímulo e bem-estar pode favorecer os sentimentos de realização, satisfação e



levar ao bom funcionamento psíquico. Entretanto, em condições adversas, pode levar a infelicidade, alienação e à doença mental (DEJOURS et al., 2000).

Doença mental caracteriza-se por um agravamento à saúde, que envolve várias dimensões: econômica, social, política e cultural. Pode se expressar diferentemente nas classes sociais e nas relações de gênero.

Vários autores têm observado que contextos laborais mais abertos proporcionam ambientes mais favoráveis à saúde mental dos trabalhadores (DEJOURS, 1999; CODO, 2002; SATO, 2002; 2004; GUIMARÃES, 2006). Por outro lado, outros autores destacam que a perda de controle, associada a pouca autonomia e liberdade sobre o processo de trabalho geram situações de desconforto e desprazer para os trabalhadores (SATO, 1991; SELIGMANN-SILVA, 1994; SILVA, 2007).

Diversos estudos têm sido realizados com o objetivo de explorar esta temática. Silvany et al. (2000), ao avaliar as condições de trabalho e saúde em professores de Salvador-Bahia, encontraram que 20% apresentavam distúrbios psíquicos menores. A elevada prevalência encontrada associou-se às características das atividades laborais, como por exemplo: o trabalho repetitivo, insatisfação no desempenho das atividades, ambiente intranquilo e estressante, falta de autonomia no planejamento das atividades e ritmo acelerado de trabalho. Griffin et al (2002) demonstraram, em seu estudo, que as maiores taxas de depressão foram apresentadas pelos trabalhadores expostos a um baixo controle no trabalho. Em outro estudo Araújo et al. (2003a) observaram que, entre as trabalhadoras de enfermagem em Salvador-Ba, a elevada prevalência de TMC estava relacionada às situações de alta demanda do trabalho e baixo grau de controle sobre o trabalho (situação de alta exigência).

Estes resultados demonstram o quanto o ambiente laboral pode interferir na saúde mental dos indivíduos, reforçando assim a necessidade de se ampliar as discussões sobre esta temática.

#### **4.2 TRABALHO DOMÉSTICO NÃO REMUNERADO: Um trabalho invisível e tipicamente feminino**

O trabalho doméstico executado no próprio domicílio é visto pela sociedade considerada como “natural”, não adquirindo, assim, valor mercantil. As pessoas que executam este tipo de trabalho são normalmente encaradas como pessoas que não têm uma profissão, um emprego, visto que este tipo de trabalho não é remunerado e não se desenvolve num

regime contratual institucional. Geralmente são consideradas donas de casa e remetidas para a população improdutiva (PACHECO, 2005).

Desde a infância, é construído o paradigma de que o trabalho doméstico é uma atividade necessariamente destinada às meninas e a construção desse comportamento pode ser observada na baixa participação dos meninos nesta atividade. Em 2005, cerca de 83% das meninas, de 10 a 17 anos de idade, realizavam atividades domésticas, enquanto que entre os meninos nesta mesma faixa etária, a proporção foi de 47,4%. O tempo despendido nessas atividades diferencia significativamente os sexos: meninos 8,2 horas e meninas, 14,3 horas semanais (IBGE, 2007).

A ideologia frente à esfera doméstica transformou esta rígida divisão sexual do trabalho em uma divisão natural, própria do sexo, onde a superposição entre vida doméstica e vida em família legitimou e naturalizou do trabalho doméstico como se ele fosse um trabalho feminino, voltado para a família e não um trabalho social, delimitado por características próprias.

O aumento da taxa de atividade feminina nas últimas décadas, apesar de ter ocasionado uma reconfiguração da força de trabalho, pouco diluiu os estereótipos que associavam as atividades femininas à esfera doméstica e familiar. Dados atuais mostram, que dentre as pessoas que realizam o trabalho doméstico, 90,6% são mulheres e que dentre as mulheres que realizam trabalho remunerado, 90% praticam concomitantemente o trabalho doméstico. Estes dados também mostram uma acentuada diferença quando se analisa o tempo destinado para as orientações e/ou execução das atividades domésticas entre homens e mulheres, sendo 9,1 e 21,8 horas semanais, respectivamente (IBGE, 2005; 2009).

Este dado mostra que a feminização do mercado de trabalho não necessariamente representou uma diminuição da responsabilidade feminina com o trabalho doméstico, ao contrário, apenas foi acrescido ao antigo modelo de mãe e esposa, um outro, o de trabalhadora.

Estudos mais recentes têm mostrado que a feminização do mercado produtivo além de ter provocado várias repercussões estruturais ao nível da recomposição socioprofissional, criou novas significações no que se refere ao trabalho doméstico. Dias (2007) mostra que o modelo familiar tradicional passou por várias alterações: a mulher doméstica tornou-se menos frequente, já que esta passou a trabalhar fora de casa, tendo uma importante participação financeira no sustento familiar. Ao mesmo tempo em que o casamento tem deixado de ser um projeto de vida no contexto feminino, percebe-se uma queda na taxa de natalidade, um

aumento tanto do nível de escolaridade das mulheres quanto na idade de nascimento do primeiro filho.

Neste mesmo contexto a participação laboral da mulher modificou seu estatuto na família e na sociedade. O modelo de família tradicional o qual era caracterizado por uma relação de poder desigual entre homens e mulheres adquiriu novas estruturas e em parte se democratizou (NUNCIO, 2008). O trabalho da mulher passou a não ser mais visto somente como complemento da renda familiar. Contrariamente, em muitos casos é tido como o principal rendimento da família, mesmo diante do preconceito e da desigualdade que predominam nas relações de trabalho.

Estas consideráveis transformações, no que diz respeito ao papel da mulher na sociedade, revelam ainda a existência de uma desigualdade sexual intrafamiliar no que diz respeito à responsabilidade com o trabalho doméstico. As mulheres não foram eximidas de certas obrigações familiares, tais como o cuidado com os dependentes (crianças e idosos) e as atividades domésticas. As mulheres seguem, portanto, assumindo uma dupla responsabilidade e dupla jornada de trabalho, vivendo o dilema entre o mundo do trabalho e o mundo doméstico (SOARES, SABOIA, 2007; ARAÚJO, ROTENBERG, 2011).

Dessa forma, verifica-se que as mulheres têm estruturado suas prioridades e seu estilo de vida de acordo com as circunstâncias econômicas e sociais presentes, tendo a herança cultural relacionado ao trabalho doméstico um importante papel nos padrões e nas suas escolhas, guiando as suas preferências e estratégias de resposta às condições históricas.

Percebe-se que no que diz respeito às divisões das tarefas domésticas, as relações mais igualitárias e as relações mais tradicionais se mesclam, indicando que faces modernas e faces conservadoras vem se contrapondo e evidenciando as ambigüidades da sociedade contemporânea. O que permite afirmar que, de maneira geral, em nossa sociedade, apesar de todas as mudanças e avanços ocorridos nas últimas décadas no que diz respeito à condição social feminina, não houve uma verdadeira transformação das relações entre homens e mulheres dentro da família. Não é de se estranhar que a permanência da concepção que ambiente doméstico é um território prioritariamente feminino, possa proporcionar às mulheres trabalhadoras condições laborais mais desfavoráveis em relação aos homens.

### **4.3 MULHER E TRABALHO PROFISSIONAL: Um grande dilema**

Percebe-se um substancial aumento da participação feminina no mercado de trabalho desde os anos 60. De cerca de 13% em 1960 a actividade global profissional das mulheres

passou, desde finais do segundo milênio, para valores muito acima da média comunitária (IBGE, 2011). Entre 1976 e 1985, a taxa de atividade feminina passou de 30,3% para 36,9%, com um crescimento do contingente de mulheres economicamente ativas a uma taxa geométrica anual de 5,6%, contra apenas 2,9% de incremento do contingente masculino (MEDICI, 1989). Dados mostram que a taxa de atividade feminina cresceu 4,3 pontos percentuais entre 1995 e 2004, em face de um crescimento das atividades masculinas de 2,7 pontos percentuais (CITE, 2006). Pesquisa realizada pelo IBGE em 2010 acrescenta que entre 1992 e 2009 a taxa de atividade feminina sofreu um aumento de 3,4%. Dados mais recentes mostram que esta taxa só tem aumentado (IBGE, 2011).

Os setores da economia que absorveram, com mais intensidade, a mão de obra feminina foram a de prestação de serviços (32,1%), o setor social (17,1%), o setor agrícola (18,47%), a indústria de transformação (11,6%) e o comércio de mercadorias (10,4%), sendo os dois primeiros caracterizados pela absoluta preponderância de mulheres (MÉDICI, 1989). Segundo Goldenberg (2000), as ocupações femininas mais frequentes são as de empregadas domésticas e trabalhadoras no campo, com exigência de maior nível de instrução; secretárias e balconistas, para as de nível médio, e professoras primárias e enfermeiras, para as mulheres com escolaridade mais elevada.

Apesar desse considerável aumento da participação feminina nas atividades econômicas, as mulheres estão longe de atingir as taxas masculinas de atividade, as quais ocupam o mercado com mais destaque (66%). No que diz respeito a taxas de desocupação, mesmo apresentando um declínio dos percentuais, as das mulheres ainda são 2,6% maiores quando comparadas com as dos homens (IBGE, 2009). O que mantém inalteradas as desigualdades existentes.

O aumento da participação feminina no mercado produtivo tem sido alvo de intensas discussões entre diversos autores. Alguns têm demonstrado que a feminização do mercado de trabalho tem representado um grande ganho para as mulheres. Sendo o trabalho um construtor de identidade, ele tem proporcionado às muitas mulheres uma fonte de valorização, autonomia e visibilidade social (LAVINAS, 1996; BRUSCHINI, 2000, COELHO, 2002). Outros autores, no entanto, tem discutido que os efeitos deste evento não representou necessariamente uma diminuição significativa das desigualdades profissionais de gênero (NEVES, 2000; ABRAMO, 2000; OLIVEIRA, 2000; BRUSCHINI; LOMBARD, 2003).

Ao analisar a distribuição de homens e mulheres trabalhadores por ramo de atividade, ocupação e posição ocupacional, de fato observa-se a existência de grandes desigualdades salariais e ocupacionais por sexo. Goldenberg (2000) aponta que aproximadamente 70% das

brasileiras estão em atividades de baixa remuneração, baixo prestígio social, sem qualificação profissional e sem proteção trabalhista ou previdenciária.

As trabalhadoras ainda hoje se concentram no setor terciário da economia e, dentro dele, no ramo de serviços, onde se encontram alguns dos empregos de mais baixo prestígio social e remuneração, sem necessidade de qualificação profissional e sem proteção trabalhista ou previdenciária (BRUSCHINI, 1994; LAVINAS, 1996; ABRAMO, 2000; HIRATA, 2002).

Abramo (2000) acrescenta que a maior parte dos empregos femininos se concentra em alguns setores de atividade e são agrupadas em um pequeno número de profissões. Os empregos vitalícios, qualificados e remunerados, em geral, são ocupados pelos homens, estando reservados para as mulheres os empregos menos qualificados, instáveis e mais mal-remunerados.

No que diz respeito aos rendimentos auferidos com o trabalho, os dados da IBGE (2008), revelam que 34,9% das mulheres ocupadas ganhavam até um salário mínimo mensal. Entre os homens essa proporção era de 25,3%. Apenas 0,3% das mulheres ganhavam acima de 20 salários mínimos enquanto entre eles a proporção era de 0,9%. Em uma pesquisa mais atual realizada por este órgão, em 2009, mostrou que o rendimento médio real das mulheres brasileiras cresceram nos últimos cinco anos, mais permaneceram abaixo do rendimento dos homens. Percebe-se também que, mesmo quando as mulheres encontravam-se empregadas nas mesmas ocupações que os homens, havia diferenças significativas, principalmente salariais (BRITO; OLIVEIRA, 1998; CARVALHO, 2000). Lavinas e Melo (1996) já sinalizavam para esta incoerência social, em 1996, quando mostraram através de seu estudo que embora as mulheres representassem 93% de todas as pessoas que trabalhavam como empregadas domésticas, ainda assim sua remuneração era inferior em 30% à dos poucos homens que ocupavam esta função.

Interessante nisso tudo, como aponta Bruschini (2000), é que o diferencial de remuneração feminina não é explicado, pelo menos não totalmente, pelo tipo de vínculo com o trabalho, pela posição exercida, pelo tipo de ocupação, pela qualificação do trabalhador e pelos anos de estudo.

Este contexto permite inferir que os homens tem maior reconhecimento pelo seu trabalho do que as mulheres, enquanto que a maior parte do trabalho feminino continua não remunerado e não valorizado na sociedade. A construção social de que as mulheres são as principais responsáveis pelas atividades domésticas pode justificar esta discriminação ocupacional, pois a participação delas no mercado de trabalho, ao contrário do que acontece com os homens, tem sido condicionada não só pelas questões referentes à sua qualificação e a

oferta de emprego, mais também a necessidade ou vontade de atender as suas demandas familiares.

Seja por questões econômicas ou sociais, a população feminina encontra-se atualmente dividida entre atividades de cunho remunerado e não remunerado, exercendo assim uma diversidade de funções.

Além de exercerem essa multiplicidade de papéis, as mulheres são obrigadas a buscar o melhor modo de conciliação entre eles. Na tentativa de conciliar suas inúmeras atividades, as mulheres têm optado por empregos flexíveis, com regimes parciais de trabalho, mesmo que isso possa representar perdas salariais. Não é por acaso que, dentre os trabalhadores que desenvolvem atividades em seu próprio domicílio, 82,2% são mulheres, indicando que as oportunidades de multiplicar suas atividades são restritas a um número de funções compatíveis com os limites do espaço e das atividades domésticas (LAVINAS, 1996; PACHECO, 2005). O desempenho simultâneo de vários papéis - mãe, esposa e trabalhadora, expõem as mulheres à setores e ocupações que são frequentemente considerados os menos importantes e os mais mal remunerados, mas que permitem conciliar suas diversas responsabilidades e atribuições.

As estatísticas nacionais corroboram com estas informações quando mostram que a presença de filhos na família, principalmente quando são pequenos, como um fator que interfere e dificulta a ocupação feminina (BRUSCHINI, 2000; RIBEIRO et al., 1998). Em 1995, 54% das mulheres trabalhavam, mas, entre as que tinham filhos, a atividade caía para 51,9%. No caso masculino, a taxa de atividade é constante, ou seja, se mantém sem alterações nas diferentes faixas etárias, independentemente do número de filhos (BRUHINI, 2000).

Outro ponto fundamental nesta análise é a questão da divisão do tempo. A distribuição desigual do trabalho doméstico contribui para que as mulheres ocupem todo seu tempo com o mercado de trabalho e com as responsabilidades domésticas, tornando escassas as possibilidades de relaxamento, ao contrário dos homens que, ao chegar em casa, na maioria das vezes, vão usufruir de algumas horas de descanso e sono. Isso tem criado um ciclo perverso e sem limite de tempo entre essas duas formas de trabalho (AVILA, 2002).

Este panorama nos permite afirmar que uma das consequências mais danosas da participação da mulher no mercado de produtivo é a dupla jornada de trabalho, isto é, a realização concomitantemente do trabalho doméstico não remunerado (dentro de casa) com o trabalho remunerado (fora do lar).

A diversidade de papéis ocupada pelas mulheres além de provocar uma segregação ocupacional, podem proporcionar repercussões negativas à sua saúde física e mental. A

literatura além de mostrar que as mulheres têm apresentado maiores riscos de desenvolverem transtornos mentais não psicóticos quando comparados aos homens, ela vem sinalizando que o processo de trabalho atual associado às condições sociais tem sido um importante precursor desta diferença no padrão de morbidade entre os sexos.

#### 4. 4 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) têm-se constituído importante problema de saúde pública, no Brasil, altos custos econômicos e sociais tanto para a família, quanto para a sociedade. Os prejuízos gerados atingem vários aspectos da vida do indivíduo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), os TMC causam alterações no modo de pensar ou nos comportamentos.

Os TMC causam alterações no funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, social, pessoal, no trabalho e na tolerância aos problemas. Eles se expressam pelo conjunto de sintomas psíquicos que se associam ao sofrimento psicológico (AMARAL, 2005).

Para a Sociedade Brasileira de Psiquiatria (2006), ainda que os transtornos possam ocasionalmente levar uma pessoa ao suicídio, sua importância em termos de saúde pública não está relacionada com uma alta mortalidade, mas sim com incapacidade para o trabalho, retraimento e maior predisposição a desenvolver doenças físicas. Eles constituem um importante fator limitante para manutenção das atividades laborais. Segundo Goldberg e Huxley (1992), os TMC são um dos principais causadores de absenteísmo no trabalho, além de demandarem custos elevados aos serviços de saúde.

Muitas pessoas com TMC não são identificadas pelos sistemas de saúde passam anos de sua vida sofrendo sem tratamento adequado. Além disso, o planejamento, a organização e a avaliação da assistência à saúde mental são dificultados pela acentuada carência de dados epidemiológicos sobre o perfil de morbidade psiquiátrica geral na população (ALMEIDA-FILHO et al., 1992).

Para avaliar TMC em países de terceiro mundo, a OMS promoveu o desenvolvimento do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), um instrumento de triagem de morbidade psíquica, bastante usado para detecção de sintomas em geral. Na década de 1990, o SRQ-20 destacou-se como um dos instrumentos de triagem de morbidade psíquica mais utilizado em países desenvolvidos e em desenvolvimento (PINHO; ARAÚJO, 2007).

O SRQ destina-se à detecção de sintomas de suspeição de transtorno, não estabelecendo diagnóstico do tipo específico do distúrbio encontrado. Por este caráter de triagem, é bastante adequado para estudos de populações, sendo muito útil para uma primeira classificação de possíveis casos e não casos (SANTOS et.al, 2009).

O SRQ-20 constitui-se de 20 questões com respostas dicotômicas do tipo sim/não (quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre distúrbios psicoemocionais). Pode ser respondido através de autopreenchimento ou de entrevista (ARAÚJO, 1999). Os sintomas neuróticos avaliados pelo SRQ-20 além de permitir o rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia), embora não estabeleça diagnóstico específico, ele tem sido utilizado no Brasil em centros de atenção primária à saúde e em grupos populacionais devido a sua alta sensibilidade e especificidade (MENEZES et al., 2002).

Muitos estudos vêm utilizando este instrumento para avaliar fatores associados à ocorrência de TMC na população tais como baixo nível de escolaridade, baixo prestígio social, condições de moradia, baixa renda, faixa etária, inserção no mercado produtivo, desemprego, informalidade, pouco controle sobre as atividades executadas, dentre outros (ARAÚJO, 1999; LUDEMIR, 2002; BRASIL, 2005; GONCALVES, 2008; SANTOS et al., 2009).

Estudos têm mostrado fortes evidências da relação entre atividades laborais e a prevalência de TMC. Sugerindo que os TMC aparecem quando as exigências do meio e do trabalho ultrapassam a capacidade de adaptação do sujeito, tornando amplos os sentimentos de indignidade e inutilidade, alimentando a sensação de adoecimento intelectual e falta de imaginação e, conseqüentemente, afetando o comportamento produtivo (PINHO, ARAÚJO, 2007).

Lima et al. (1996) encontram uma elevada prevalência de TMC relacionada a presença de eventos de vida produtoras de estresse. Souza et al. (2010), em pesquisa realizada em trabalhadores do setor de manutenção de uma empresa de energia elétrica com o objetivo de identificar a prevalência de TMC segundo características psicossociais do trabalho encontrou uma taxa de 20,3% de TMC.

A literatura também tem revelado que há diferença consistente entre os sexos na ocorrência dos transtornos mentais em todas as sociedades, e aponta alguns fatores que intensificam este quadro entre as mulheres: acesso à escola, violência intradomiciliar, oportunidades de emprego e sobrecarga doméstica (PINHO; ARAÚJO, 2012). LOPES et al. (2003) verificaram que 29,0% dos funcionários de uma universidade tinham TMC, sendo que



22,0% dos homens foram afetados contra 34,4% das mulheres. Outro estudo realizado em mulheres de Feira de Santana identificou uma prevalência de 39,4% para TMC naquela região (ARAUJO; PINHO; ALMEIDA, 2005). Araújo et. al (2006), ao realizar um estudo em escolas de Vitória da Conquista – BA, encontraram uma prevalência de TMC significativamente mais elevada entre as mulheres (56,8%) do que entre os homens (34%).

Estudos tem mostrado que demandas familiares, combinadas com situações pobres de trabalho estão diretamente associadas a uma maior frequência de sintomas de depressão entre mulheres do que quando há apenas uma dessas condições (LENNON, ROSENFELD, 1992; GLASS, FUJIMOTO, 1994; WALTERS et al., 1996). Estas autoras têm demonstrado, através de seus estudos, fortes evidências de que as condições de trabalho associadas as da vida familiar podem ou não favorecer a saúde mental das mulheres.

Vários outros estudos corroboram com a hipótese de que a superposição de responsabilidades com a família, casa e trabalho é um grande gerador de estresse para as mulheres, podendo provocar doenças mentais e sentimentos de baixa estima (LENNON, ROSENFELD, 1992; OLIVEIRA; ROCHA; DEBERT-RIBEIRO, 2001; LIMA, 2003).

Estes estudos evidenciam a grande necessidade de se compreender os fatores desencadeantes dos TMC, principalmente no que diz respeito a interação entre a prática de atividades domésticas e às condições de trabalho profissional: ambientes laborais inadequados, formas como as atividades de trabalho são organizadas, pouca valorização do trabalhador, participação insatisfatória nas decisões do trabalho, demandas laborais excessivas, horários de trabalho em turnos, baixos salários, realização de trabalho sem visibilidade, complexidade do trabalho, ausência de lazer, entre outros fatores, a fim de propor intervenções que evitem ou minimizem a ocorrência destes agravos.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO**

Este estudo foi realizado com base no projeto intitulado “Caracterização das condições de Saúde Mental de Feira de Santana, BA, Brasil”, realizada pelo Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, sob responsabilidade da Professora Dr<sup>a</sup> Tânia Maria Araújo.

## 5.2 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se estudo epidemiológico de corte transversal, onde foi estudada uma amostra representativa da população, com idade de 15 anos ou mais, residente na zona urbana do município de Feira de Santana-BA.

Segundo Rouquayrol (2003), este tipo de estudo se caracteriza como uma pesquisa em que a relação exposição-doença é investigada em um determinado grupo ou comunidade, onde fator e efeito são observados num dado momento histórico. É considerado um ótimo método para detectar frequências da doença e de fatores de risco; grupos na população que estão mais afetados ou menos afetados.

Segundo Pereira (1995), o estudo transversal tem como vantagens: simplicidade e baixo custo; rapidez; objetividade na coleta de dados; facilidade para obter amostra representativa da população; é adequado para descrever as características dos eventos na população, para identificar casos na comunidade e para detectar grupos de alto risco. Apresenta como desvantagens: dados de exposição atual que podem não representar a exposição passada. Entre as principais limitações dos estudos seccionais está o fato de não alcançar as pessoas curadas ou falecidas, ou seja, identifica apenas os sobreviventes de determinada doença ou agravo, o chamado viés de prevalência. Outra limitação é a impossibilidade de estabelecer relação causal, pois não considera a sequência temporal dos fatos, identificando apenas se existe associação entre a exposição e a doença. Os fatores de confundimento também trazem dificuldade em relação à interpretação dos resultados.

## 5.3 DESCRIÇÕES DA ÁREA DE ESTUDO

O local de estudo foi a zona urbana do município de Feira de Santana, cidade comercial, localizada a 108 km da capital Salvador. Conhecida como “Princesa do Sertão”, possui 1344 Km<sup>2</sup>.

Feira de Santana, historicamente, é uma cidade marcada pela vitalidade da atividade comercial, se constituindo desde os tempos coloniais como um importante centro de comercialização de produtos. Essa posição vincula-se diariamente a sua localização que se constitui em passagem obrigatória para quem circula entre o norte e o Sul do país, acrescido ainda do seu sistema de cruzamento de estradas de rodagem, fazem de Feira de Santana um dos mais importantes entroncamentos rodoviário do país.

Apresenta clima quente e úmido, situa-se a 347 metros acima do nível do mar. O município de Feira de Santana, de acordo com as informações do IBGE (2010), possui atualmente 571.997 mil habitantes, sendo que destes, 298.894 são mulheres e 273.103 homens.

A zona urbana de Feira de Santana está composta por cinco subdistritos na zona urbana: Santana, Santo Antonio, Subaé, Mangabeira e Pampalona, os quais são formados por setores censitários (Santana tem 144 setores; Santo Antônio tem 68 setores; Subaé, 47 setores; Pampalona, 42 setores e Mangabeira tem 40 setores).

Este estudo abrange os cinco subdistritos e amostra aleatória dos setores censitários e das ruas.

#### **5.4 AMOSTRA ESTUDADA**

A seleção das áreas para realização do projeto inicial foi realizada a partir de uma amostragem por conglomerado (estratificada por subdistritos), adotando-se procedimento aleatório, a partir de dados censitários do IBGE. A seleção das áreas e dos indivíduos estudados foi realizada utilizando os seguintes procedimentos: I- Obtenção de dados populacionais para cada subdistrito da zona urbana de Feira de Santana e delimitação de suas respectivas áreas geográficas; II- Seleção dos setores censitários, por procedimento aleatório, em cada subdistrito; III- Seleção das ruas, por procedimento aleatório, a serem incluídas no estudo em cada setor censitário.

A amostra foi obtida assumindo-se uma prevalência estimada de transtornos mentais comuns de 25% (segundo dados da OMS), erro amostral de 3% e nível de confiança de 95%. Assumindo-se esses parâmetros, estabeleceu-se amostra de 800 indivíduos. Considerando-se o efeito do desenho do estudo (amostragem por conglomerado), dobrou-se o tamanho da amostra, que subiu para um total de 1.600 pessoas. Admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%, definiu-se o tamanho da amostra em 1.920 indivíduos.

Todos os domicílios das ruas sorteadas foram visitados e todas as pessoas com idade de 15 anos ou mais de idade foram consideradas elegíveis para o estudo e entrevistadas por pesquisadores previamente treinados. Para reduzir o percentual de perdas, adotou-se o procedimento de realizar até três visitas por domicílio para aplicar o questionário.

Ao final foram estudadas 4.170 pessoas maiores de 15 anos, 2.819 do sexo feminino e 1.351 do sexo masculino. No presente estudo foram incluídas apenas as mulheres que

referiram ter trabalho profissional e trabalho doméstico. Definiu-se trabalho profissional para as mulheres que informaram, no momento da pesquisa, estar exercendo qualquer atividade com rendimento mensal, independente do tipo e do vínculo empregatício. Como trabalho doméstico, foram consideradas todas as mulheres que no momento da pesquisa sejam donas de casa ou não ter atividade laboral remunerada ou laboral fora de casa.

#### **4.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS**

Os questionários foram aplicados no período de abril a agosto de 2007, por equipe de entrevistadores anteriormente treinado e capacitada: voluntários, bolsistas treinados pelo Núcleo de Epidemiologia da UEFS, além de profissionais de saúde como psicólogos e psiquiatras.

A participação dos elegíveis para o estudo foi voluntária e as informações foram coletadas por meio de entrevistas individuais, realizadas no próprio domicílio. No momento da coleta lia-se o termo de consentimento, e após concordância, iniciava-se a entrevista. Os instrumentos de pesquisa foram testados em um estudo piloto realizados no bairro Baraúnas em Feira de Santana.

Foram utilizados dois questionários padronizados para coleta de dados contendo: uma ficha domiciliar incluindo endereço, nome dos residentes na casa, sexo, idade, condição na família e informações gerais sobre o domicílio e outro questionário individual contendo informações sobre características sociodemográficas, características do trabalho profissional, aspectos psicossociais do trabalho, saúde reprodutiva, trabalho doméstico, atividades de lazer, saúde mental, uso de medicamentos, consumo de bebidas alcoólicas e atos de violência – vitimização.

Além dessas informações, as questões sobre a saúde mental foram obtidas através da aplicação do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Os aspectos psicossociais relacionados ao trabalho foram avaliados através do *Job Content Questionnaire* (JCQ).

Este estudo utilizou dados dos blocos de questões referentes às características sociodemográficas, atividades domésticas, hábitos de vida, SRQ-20.

## 5.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- ✓ Variável referente a saúde mental: Transtornos mentais comuns, verificada através do SRQ-20.

O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) é um instrumento utilizado para avaliação da saúde mental, recomendado pela Organização Mundial de Saúde e desenvolvido por Harding et al. (1980). Trata-se de um questionário auto-aplicável, composto de 20 questões com respostas dicotômicas (Sim/Não) para detectar morbidade psíquica não psicótica.

Foi considerado caso suspeito de TMC aquele que obteve 7 ou mais respostas positivas. A escolha desse ponto de corte foi feita baseado nos estudos realizados por Mari em 1986, que teve como objetivo validar este instrumento. Este mesmo ponto de corte foi utilizado em outros estudos no Brasil (ARAÚJO et. al; 2003; PINHO, 2006; SANTOS, 2010).

- ✓ Variáveis referentes ao trabalho profissional: Aspectos psicossociais do trabalho, avaliados através da demanda-controle;

Para avaliação dos aspectos psicossociais do trabalho referente ao controle e demanda do trabalho foi utilizado o Job Questionário (JCQ), proposto por Karasek (1985). Também chamado de questionário do conteúdo do trabalho é um instrumento desenhado para medir aspectos psicossociais do trabalho. O JCQ é composto por 49 questões.

O JCQ contém as escalas de: a) Controle sobre o próprio trabalho incluindo: uso de habilidades (6 questões), autoridade decisória (3 questões) e autoridade decisória no nível macro (8 questões); b) Demanda Psicológica: 9 questões; c) Demanda Física: 5 questões e d) Suporte social -11 questões: proveniente da chefia: (5 questões) e proveniente dos colegas de trabalho: 6 questões; e) Insegurança no trabalho: 6 questões e f) Uma questão sobre nível de qualificação exigida para o trabalho que é executado (corresponde ao nível de instrução que é requerido no posto de trabalho ocupado) (ARAÚJO et al., 2003).

Trata-se de questionário estruturado, avaliado em escalas do tipo *Likert* que variam de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente) divididos em blocos conforme escalas acima descritas.

- ✓ Variáveis referentes ao trabalho doméstico: nível de sobrecarga doméstica, carga horária semanal, grau de responsabilidades com atividades domésticas (receber ou não ajuda).

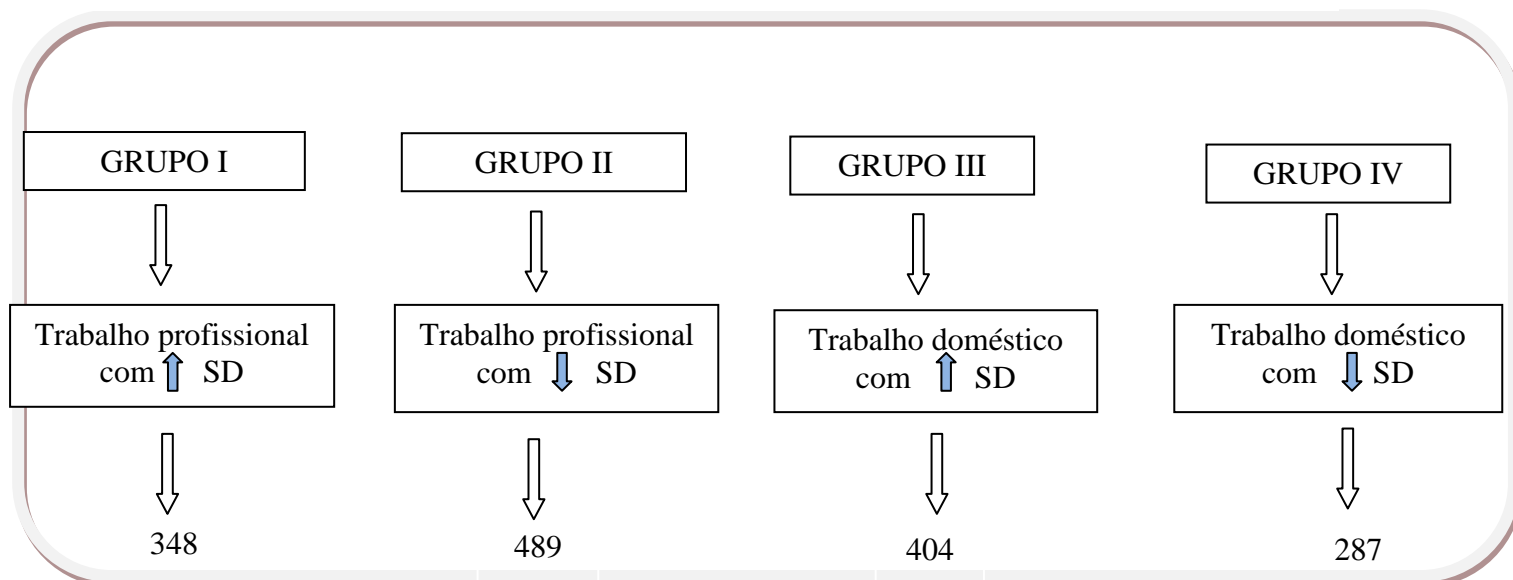
A sobrecarga doméstica foi avaliada considerando-se as atividades de lavar, passar, cozinhar e limpar. Este indicador foi avaliado segundo os procedimentos realizados por Aquino (1996), que corresponde ao somatório das quatro atividades domésticas citadas acima e o número de moradores da casa. Essa medida foi mensurada por uma escala de 0-4: 0= não faz; 1= faz a menor parte; 2= dividem igualmente; 3= faz a maior parte; e 4= faz inteiramente. A análise deste indicador, obtido pelos escores dessas atividades, é ponderado pelo número de pessoas que residiam no município, excluindo a entrevistada. Essa variável foi inicialmente avaliada em três categorias construídas a partir da divisão da distribuição dos valores obtidos em tercís: alta, média e baixa sobrecarga. Para análise, esta variável foi considerada como dicotômica: alta e baixa sobrecarga doméstica. A alta sobrecarga doméstica representando as mulheres que assumiam a maior parte das atividades domésticas, e a baixa sobrecarga doméstica representando as mulheres que não realizavam as atividades ou que as realizavam moderadamente.

- ✓ Variáveis referente as características sociodemográficas: sexo, idade, cor, situação conjugal, escolaridade, número de filhos.
- ✓ Variáveis referentes hábitos de vida: lazer.

## 5.7 ANÁLISE DE DADOS

Para análise de dados a amostra foi inicialmente agrupada em 04 grupos de acordo com as características de interesse (QUADRO 1 ). Em seguida será feita a caracterização do sócio-demográficas, do trabalho profissional (modelo demanda-controle) e do trabalho doméstico de cada um dos grupos.

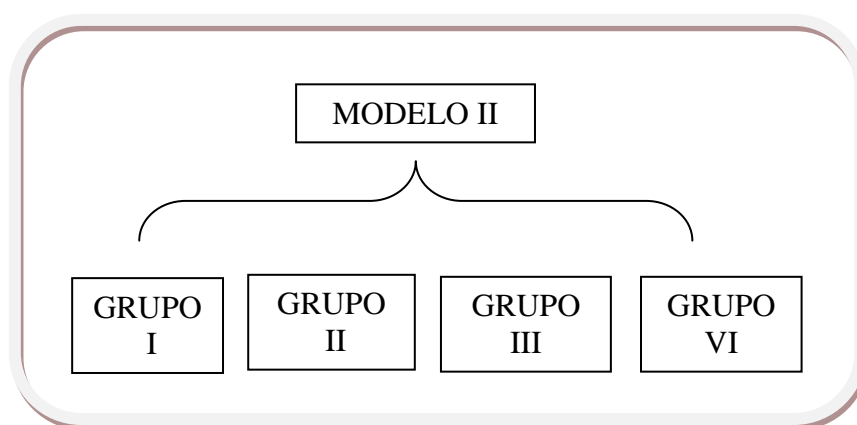
QUADRO 01. Amostra selecionada em grupos de acordo com características de interesse



No grupo I ficaram as mulheres que referiram ter trabalho profissional e que possuíam uma alta SD (sobrecarga doméstica); o grupo II será composto por mulheres que referiram ter trabalho profissional e que possuíam uma baixa SD; no grupo III serão agrupadas as mulheres que referiram serem donas de casa e terem alta SD; e no grupo IV composto por donas de casa que tinha uma baixa SD.

Posteriormente estes grupos comparados formando dois modelos predefinidos de análises, conforme o quadro 2.

QUADRO 02. Modelo Predefinido para Análise



Na análise foram calculadas as prevalências, razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança. Também utilizada análise bivariada e multivariada em cada modelo de análise pré-definido no quadro 02.

Para avaliar a associação entre as variáveis de interesse e a prevalência de TMC, foi utilizado o teste qui-quadrado, adotando-se  $p\text{-valor} \leq 0,05$  para identificar associação estatisticamente significativa.

Foi realizada, além da análise epidemiológica estratificada, e em seguida a regressão logística múltipla de característica exploratória, visando avaliar simultaneamente as variáveis selecionadas. A regressão logística é indicada para analisar a relação entre uma variável dependente dicotômica e variáveis discretas ou contínuas. Essa avaliação permite perceber a contribuição independente das variáveis pré-selecionadas. Esta análise irá permitir predizer qual o modelo mais adequado para descrever as relações entre uma variável dependente e um conjunto de variáveis independentes (HOSMER; LEMESHOW, 1989).

A regressão logística múltipla foi conduzida segundo as recomendações de Hosmer e Lemeshow (1989), dentre a qual destacamos:

- ✓ Seleção das variáveis a partir dos objetivos do estudo e revisão de literatura.
- ✓ Verificação das pressuposição dos modelos;
- ✓ Seleção prévia das variáveis para inclusão na análise através do teste de razão da verossimilhança, adotando um  $p \leq 0,25$ ;
- ✓ Utilização do modelo de Backward para análise de regressão logística múltipla propriamente dita, tendo como critério de significância  $p < 0,10$ ;
- ✓ Avaliação dos efeitos residuais das variáveis na associação.

A análise de regressão logística foi utilizada principalmente para estimar a medida odds ratio, que se aproxima matematicamente da razão de prevalência (RP) ou risco relativo (RR), desde que atenda como pressuposto a baixa ocorrência dos efeitos nos estudos realizados. Como a prevalência de TMC neste estudo foi maior que 10%, distanciando dos valores estimados para odds ratio, foi utilizado o modelo delta para estimação das RP e respectivos intervalos de 95% de confiança.

As variáveis de interesse foram codificadas e armazenadas em um banco de dados gerado pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 10.0. Os dados serão analisados no programa estatístico STATA 10. Todos os valores encontrados foram apresentados em forma de tabela.

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Embora a pesquisa maior já tenha sido aprovada e respeitado os aspectos éticos e legais da conduta ética em pesquisa com seres humanos, e também será submetido, previamente, à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

O projeto do qual foi extraído este estudo foi aprovado sob o protocolo nº 018/2008 através do comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O presente estudo cumpriu todas as responsabilidades do pesquisador, estabelecido por esta resolução, que implica no respeito diante à dignidade humana que se deve ter em toda e qualquer pesquisa que envolva os seres humanos.





## 7 ORÇAMENTO

### MATERIAL DE CONSUMO

Descrição	Qtd.	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
Cartucho de tinta preta (laser)	5	135,00	675,00
Cartucho de tinta colorida	3	60,00	180,00
Pen drive	1	40,00	40,00
Papel A4 (caixa)	1	140,00	140,00
Diversos (envelopes, clips, grampeador)	1	50,00	50,00
Caneta esferográfica	5	2,00	10,00
<b>TOTAL</b>			<b>1095,00</b>

### EQUIPAMENTOS

Descrição	Qtd.	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
Computador Intel Pentium 4 GHz, 512 GB de RAM , HD 80GB, teclado e mouse	1	1.723,00	1.723,00
01 Impressora Multifuncional HP Color Laser JET2820/2830/2840	1	700,00	700,00
No-breaks	1	440,00	440,00
<b>TOTAL</b>			<b>2.863,00</b>

Descrição	Valor (R\$)
<b>TOTAL GLOBAL=&gt; R\$</b>	<b>3958,00</b>

## REFERÊNCIAS

- ABREU, A., JORGE, A., SORJ, B. Desigualdade de gênero e raça — o informal no Brasil em 1990. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, CIEC/ECO/UFRJ, 2º semestre de 1994. Número especial.
- ABRAMO, L. (2000). A Situação da mulher latino-americana. In D. G. Delgado, P. Cappellin, & V. Soares (Orgs.), **Mulher e trabalho: experiências de ação afirmativa (pp. 111-134)**. São Paulo: Boitempo Editorial.
- ALMEIDA-FILHO et al. Estudo multicêntrico de morbidade Psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). **Revista ABP-APA**, v.4, n. 3, p. 93 – 103, 1992.
- AMARAL, Osvaldo Lopes do. O que são transtornos mentais. Diretor Clínico do instituto de estudos e orientação da família. Disponível em: < <http://www.inef.com.br/transtornos.htm> > acessado em 20 de julho de 2005.
- Antunes, Ricardo. (1999) **Os Sentidos do Trabalho**, São Paulo: Boitempo.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- AQUINO, E. M. L; MENEZES, G. M. S; MARINHO, L. F. B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Caderno de Saúde Pública**, v.11, n.2, p.281-290, abr/jun, 1995.
- AQUINO, E.M.L. **Gênero, Trabalho e Hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador – Bahia**. 1996, Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia.
- AQUINO, E.M.L, MENEZES, G.M.S. Para pensar o exercício da paternidade: contribuições a partir de um estudo sobre trabalho e saúde das mulheres. In: SILVEIRA, P. (org.). **Exercício da paternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p.131-141.
- ARDAILLON, D. (1989). **O cotidiano de mulheres profissionais: o engodo do individualismo**. Dissertação de Mestrado, FFLCH-USP, São Paulo.
- ARAÚJO, T. M. **Distúrbios Psíquicos Menores entre Mulheres Trabalhadoras de Enfermagem**. [Tese de Doutorado] Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 1999.
- ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev Saúde Pública**. 2003; 37: 424-33.
- ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, São Paulo, Ago 2003a.

ARAÚJO, T.M. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo-Demanda Controle. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.8, n.4, p.991-1003, 2003b.

ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, 2005.

ARAÚJO, T. M. et al. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2006.

ARAÚJO, T. M. ; PINHO, Paloma de Sousa . Trabalho de enfermagem em unidade de emergência hospitalar. **Revista Enfermagem (UERJ)**, v. 15, p. 329-336, 2007.

ARAÚJO, T.M.; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: A divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A.A; BRITO, J. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p131-150. 2011.

ÁVILA, M. B. O tempo e o trabalho das mulheres. In: COSTA, Ana Alice et al.(Org.). **Um debate crítico a partir do feminismo: reestruturação produtiva, reprodução e gênero**. São Paulo: CUT, 2002.

BARROSO, C., 1982. **Mulher, Sociedade e Estado no Brasil**. São Paulo: Unicef/Brasiliense.

BRASIL. Ministério da saúde. Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho. In: **Doenças relacionadas com o trabalho: diagnósticos e condutas**. OPS, cap. 10, p. 10.1- 10.6, 2005.

BRITO, J; OLIVEIRA, S. **Divisão sexual do trabalho e desigualdades no espaço de trabalho**. In JF Silva Filho, S. Jardim, organizadores. A danação do trabalho - organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá; 1998. P. 245-63.

BRUSCHINI, M. C. A., ROSEMBERG, F., 1982. A mulher e o trabalho. In: **Trabalhadoras do Brasil** (M. C. A. Bruschini & F. Rosemberg, orgs.), pp. 09-22, São Paulo, Brasiliense.

Bruschini, C. (2000). Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? (Brasil, 1985/95). In M. I. B. Rocha (Org.), **Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios** (pp.13-58). Campinas: ABEP, NEPO/UNICAMP, CEDEPLAR/UFMG; São Paulo: Editora 34.

BRUSCHINI, C. e LOMBARDI, M. R. (2002) “Instruídas e trabalhadeiras: trabalho feminino no final do século XX”. In: **Cadernos Pagu – Desafios da Equidade** (17/18).pp157-196.

BRUSCHINI, C.; LOMBARDI, M. R. Mulheres e homens no mercado de trabalho brasileiro: um retrato dos anos 1990. In: MARUANI, M.; HIRATA, H. (orgs.) **As Novas fronteiras da**

**desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho.** São Paulo: Senac, 2003. p.323-361.

BRUSCHINI, M. C. A.; RICOLDI, A. M. Família e trabalho: difícil conciliação para mães trabalhadoras de baixa renda. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 39, n. 136, abr. 2009 .

CARLOTO, C. M. Gênero, reestruturação produtiva e trabalho feminino. **Serviço Social em revista**, v.4, n. 2, Jan., 2002.

CARVALHO, M. E. Organizador. Consciência de gênero na escola. João Pessoa: Ed. universitária\_ufpb; 2000.

CITE. Mulheres e homens no trabalho e no emprego Disponível em: <<http://www.cite.gov.pt/cite/Mulhehoms.htm>>. Acessado em: 11 dez 2006.

CODO, W. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: JACQUES, M.G. ; CODO,W. (Orgs.) **Saúde mental e trabalho: leituras.** Petrópolis: Vozes, 2002, p.173-190.

COELHO, V. P. O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 71, Ano XXIII: Cortez, 2002.

GUTIÉRREZ-RODRÍGUEZ, Encarnación. “Migration, domestic work and affect: a decolonialapproach on value and the feminization of labor”. London/New York: Routledge, 2010.

DEJOUR, C. **A loucura do trabalho:** Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Editora Cortez Oboré, 1987.168p.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI,E. ; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** Tradução M.I.Stocco Betiol (Org.) São Paulo: Atlas, 1994. p.119-145.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: FGV Ed., 1999.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho:** contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2000.

DEJOURS, C. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Rio de Janeiro: Editora Paralelo 15 / Editora Fiocruz, 2004. p.127-139.

GUIMARÃES, M. C. Controle no trabalho: uma reflexão sobre antigas e novas formas de controle e suas conseqüências sobre os trabalhadores. **Revista de Gestão da USP**, v.13, n.1, p.1-10, jan/mar, 2006.

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

GOMES, K. R. O.; TANAKA, A. C. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, v. 37, n.1, São Paulo, fev., 2003.

GONÇALVES, D. M et al.. Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Públ.* 2008;24(2):380-90.

HARDING, T. W. et al. Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. **Psychological Medicine**, Virginia (USA), v.10, p.231-241, 1980.

HIRATA, H. **Nova divisão sexual do trabalho?** Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. Tradução Wanda Caldeira Brant. 1 ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley e Sons, 1989.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1992/2009.

IBGE (2011). **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica no 8). Rio de Janeiro. IBGE/Departamento de População e Indicadores Sociais

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

KERGOAT, D. Divisão do trabalho entre os sexos. **Tempo Social; Revista de Sociologia da USP**, v. 1, n. 2, 1989.

LAGO, M. C. S. et al. (2000). Gênero, gerações e subjetividades na Grande Florianópolis. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, 14, 197-209.

LAVINAS, L. (1996). As mulheres no universo da pobreza: o caso brasileiro. **Estudos Feministas UFRJ/IFCS**, 4, (2), 464-479.

LAVINAS, L., MELO, H. P. de (1996). **Mulheres sem medo do poder: Chegou a nossa vez**. Rio de Janeiro: IPEA/DIPES.

LANIADO, R. N.; MILANI, C. R. S. Contestação política e solidariedades transnacionais: A contribuição política dos movimentos feministas e das redes ambientalistas para uma Nova Ordem Mundial. In: SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2., 2007, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2007, p. 1-15.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.) In: **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Paralelo 15/ Editora Fiocruz, 2004. p.23-34.

LENNON, M.C.; ROSENFELD, S. (1992). Women and mental health: the interaction of job and family conditions. **Journal of Health and Social Behavior**, 33 (dezembro): 316-327.

LIMA, M.S. et al. Stressful Life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. **Psychiatry Med** 1996;26:211-22.

LIMA, S.C.C. Trabalho doméstico: uma trajetória silenciosa de mulheres. Rio de Janeiro: Virtual Científica; 2003.

LOPES, C. S. et al. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.1713-1720, nov./dez., 2003.

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.3, p.647-659, jul/set. 2000.

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

LUDERMIR, A.B. et al. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Soc Sci Med**, England, v.66, n.4, p. 1008-1018, 2008.

MACRAN, S., 1993. **Role Enhancement or Role Overload? A Review of Research on the Health Consequence of Women's Domestic and Paid Work**. London: Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

MARTINEZ, M. C. et al. Relação entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde dos trabalhadores. **Rev. de Saúde pública**, São Paulo, V.38, n.1, P.55-61, fev., 2004.

MATOS, A. H. G. A ocupação feminina no mercado de trabalho: desafios para a gestão contemporânea das organizações. **Gestão Contemporânea**, Porto Alegre, ano 6, n. 6, p.23-43, jan./dez. 2009.

MÉDICI, A. C., 1989. Mulher brasileira: muito prazer. In: **Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil** (E. Labra, org), pp. 71-118, Petrópolis: Vozes/ Rio de Janeiro: Abrasco.

MENEZES et al. Prevalência de distúrbios psíquicos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.5, n. 2, São Paulo, 2002.

NEVES, M. de A. (2000). Reestruturação produtiva, qualificação e relações de gênero. In M. I. B. da Rocha (Org.), **Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios** (pp.171-185). Campinas: ABEP, NEPO/UNICAMP, CEDEPLAR/UFMG; São Paulo: Editora 34.

OLIVEIRA, E. M. et al. Gênero, saúde e trabalho: a dimensão oculta. São Paulo: Sindicato dos trabalhadores SP- CUT; 1993.

OLIVEIRA, N. F. et al. A. Razões de proporção e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista de saúde pública**, v. 31, n. 1, p. 90-99, fev., 1997.

OLIVEIRA, E. M. de. (2000). Corpos saudáveis e corpos doentes na nova organização social do trabalho. In M. I. B. da Rocha (Org.), **Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios** (pp. 237-256). Campinas: ABEP, NEPO/UNICAMP, CEDEPLAR/UFMG; São Paulo: Editora 34.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: 2001.

PACHECO, A. L. P. de B. (2005). **Mulheres pobres e chefes de família**. Dissertação de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PATEL, V; KLEINMAN, A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull. World Health Organ.* 2003; 81(8):609-15.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Brasília: Guanabara Koogan, 1995.

POSSAS, C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec;1989.

POWER, C.; MANOR, O., 1992. Explaining social class differences in psychological health among young adults: A longitudinal perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27:284-291.

PINHO, P.; ARAUJO, T. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev. bras. epidemiol.* 2012, vol.15, n.3, pp. 560-572.

RIBEIRO, C. As relações entre trabalho e saúde em tempos de Reestruturação produtiva. Disponível em: <<http://nucleohumanidades.ufma.br/pastas/EH/VIII/CarlaVazdosSantosRibeiro>> Acesso em: 05 maio 2012.

ROCHA, L.E.; DEBERT-RIBEIRO, M. *Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistema*. **Rev. Saúde Pública**. 2001;35:539-47.

RODRIGUES, A.L. ; GASPARINI, A.L.F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. *Rev. Psicossomática hoje*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992 4(43): 93- 107.

ROUQUAYROU, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SATO, L. **Abordagem Psicossocial do Trabalho Penoso: um estudo de caso de motorista de ônibus urbano**. 1991. 119f. Dissertação de Mestrado-PUC, São Paulo.

SATO, L. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: JACQUES,



M.G.; CODO, W. (Orgs.) **Saúde mental e trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002, p.31-49.

SANTOS, PR. Estudo do processo de trabalho da enfermagem em hemodinâmica: cargas de trabalho e fatores de riscos à saúde do trabalhador. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); 2001.

SANTOS, K. O. B. et al. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Públ.** 2009;25:214-22.

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, p. 544-559, 2010

SELIGMANN-SILVA, E. A interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: Silva Filho J, Jardim S. (Orgs.), **A danação do trabalho**: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá; 1997. p. 20-63.

SELIGMANN SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ / Cortez, 1994.

SILVANY, A. M. et al. Condições de trabalho e saúde de professores da rede particular de ensino de Salvador, Bahia. **Revista Baiana Saúde Pública**. 2000; 24: 42-6.

SILVA, J. L. L. Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio); 2007.

SOARES, C; SABOIA, A.L. **Tempo, trabalho e afazeres domésticos**: um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 a 2005. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e indicadores Sociais, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. O que são transtornos mentais. Disponível em <http://Soesq.gov.br/transtment.htm> acessado em 20 de setembro 2006.

SOUZA, S.F. et al. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.4, p.710-7, 2010.

SORJ, B. *Trabalho e responsabilidades familiares*: Um estudo sobre o Brasil. Relatório final. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, K. F. (1999). Repensando o Trabalho Feminino no Meio Rural. In M. Ferreira (Org.), *Mulher, Gênero e Políticas Públicas* (pp. 103-110). São Luís: Grupo de Mulheres da Ilha, Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas Mulher, Cidadania e Relações de Gênero/UFBA.

WALTERS, V et al. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. *Social Sci & Med.* 1996; 43: 1627-36.

WARR, P., 1987. *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford: Clarendon Press.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M. As mulheres brasileiras no início do século 21. *Relatório direitos Humanos no Brasil, 2005*. Disponível em: <<http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/index.php?storytopic=101&start=40>>. Acesso em: 02/04/2008.

VOLCAN, S. M. A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p.440-445, 2003.

## **ANEXOS**



## ANEXO B – Instrumento da coleta

**UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE- NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA****PROJETO: Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, BA, Brasil**SUBDISTRITO \_\_\_\_\_ SETOR CENSITÁRIO 

--	--	--	--

 Nº DE ORDEM 

--	--	--	--

6: Mangabeira; 7: Pampalona; 8: Santana; 9: Santo Antônio; 11: Subaé

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº do domicílio: \_\_\_\_\_

Hora de início: \_\_\_\_\_

1. Endereço:	Nº	Apto	Bairro
--------------	----	------	--------

2. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? \_\_\_\_\_ pessoas.

	Nome	Sexo 0= feminino 1= mascul.	Idade (anos)	Condição na família	Horário na residência	Controle da entrevista
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

<b>CONDIÇÃO NA FAMÍLIA</b> <b>1</b> -Chefe <b>2</b> -Cônjuge/Companheiro <b>3</b> -Filho/Neto <b>4</b> - Genitor(a)(pai, mãe) <b>5</b> -Parente <b>6</b> -hóspede <b>7</b> -empregado	<b>Controle da entrevista</b> <b>1</b> -Não amostrado <b>2</b> -Entrevista <b>SIM</b> <b>3</b> -Entrevista <b>NÃO</b> <b>4</b> . Recusou-se a participar
--	---

**I - INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO**

1. O seu domicílio é: 1( ) próprio                      3( ) cedido 2( ) alugado                      4( ) outro _____	4. Quantos cômodos são usados como dormitório: _____ cômodos
2. Quantos cômodos possui? _____ cômodos.	5. Tipo de edificação 1( ) barraco                      3( ) casa de alvenaria 2( ) cortiço                      4( ) apartamento
3. O domicílio possui:  1( ) água encanada    2( ) luz elétrica    3( ) geladeira    4( ) TV 5( ) som/rádio    6( ) máquina de lavar roupa    7( ) DVD/vídeo 10( ) telefone    11( ) computador    12( ) micro-ondas	6. Têm empregados domésticos:  0( ) não 1( ) sim                      Quantos: _____

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Duração média da entrevista: \_\_\_\_\_

**UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE- NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA****PROJETO: Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, BA, Brasil**

SUBDISTRITO \_\_\_\_\_ SETOR CENSITÁRIO \_\_\_\_\_ Nº DE ORDEM \_\_\_\_\_

6: Mangabeira; 7: Pampalona; 8: Santana; 9: Santo Antônio; 11: Subaé

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº do domicílio: \_\_\_\_\_

Hora de início: \_\_\_\_\_

**I - INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**

1. Sexo: 0( ) Feminino 1( ) Masculino	2. Idade: _____ anos
3. Situação conjugal: 1( ) Casado(a) 2( ) União estável 3( ) Solteiro/a 4( ) divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) 5( ) Viúvo/a	
4. Na escola, qual a última série /grau que concluiu com aprovação? 1( ) Nunca foi à escola 2( ) Lê e escreve o nome 3. Fundamental I: ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª ( ) 4ª série 4. Fundamental II: ( ) 5ª ( ) 6ª ( ) 7ª ( ) 8ª série 5. Ensino Médio: ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª ano 6. Superior: ( ) completo ( ) incompleto	
5. Como você classificaria a cor da sua pele? 1( ) branca 2( ) amarela (oriental) 3( ) parda 4( ) origem indígena 5( ) preta 9( ) não sabe	
6. Cor da pele (entrevistador): 1( ) branca 2( ) amarela (oriental) 3( ) parda 4( ) origem indígena 5( ) preta	
7. Quanto você ganha, em média, por mês? R\$ _____ 8( ) não se aplica	

**II - TRABALHO PROFISSIONAL**

1. Por favor, informe sobre os empregos/trabalhos no último ano:

Emprego/Atividade	Setor*	Carteira assinada?**	Já sofreu algum acidente de trabalho?**	Contribui com INSS**
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

\*Código SETOR: 1. serviços domésticos; 2. Construção civil; 3. Indústria manufatureira; 4. Comércio; 5. Transporte; 6. Ensino;

7. Serviços em geral/ Outros serviços (especificar)

\*\* 0= não 1= sim

2. Está trabalhando atualmente? Se você <b>NÃO ESTÁ TRABALHANDO</b> , siga para a Questão 11. 0( ) Sim 1( ) Não	
3. Há quanto tempo trabalha nesta atividade atual? _____ anos _____ meses _____ dias 8( ) não se aplica	4. Se você <b>não tem carteira assinada</b> , qual o tipo de contrato do seu trabalho? 1( ) Oral 2( ) Escrito 3( ) Não tem contrato 8( ) não se aplica
5. Se houver contrato por <b>Escrito</b> : 1( ) Contrato temporário (REDA, outros) 2( ) Contrato por Cooper ativa 3( ) Prestações de Serviço 4( ) Cargo comissionado 5( ) Diarista 8( ) não se aplica	6. No seu trabalho atual, você tem direito a: Férias: 0( ) Sim 1( ) Não 13º Salário: 0( ) Sim 1( ) Não Folga semanal: 0( ) Sim 1( ) Não 1/3 Adicional de Férias: 0( ) Sim 1( ) Não 8( ) não se aplica/ não trabalha

7. Seu turno de trabalho é: 8( ) não se aplica 1( ) Diurno fixo    3( ) Diurno e noturno (escala alternante) 2( ) Noturno fixo    4( ) Revezamento de turnos (alternantes) 5( ) Outros. Especifique: _____		8. Quantos dias você trabalha por semana? _____ dia(s) 8( ) não se aplica	
11. Qual a sua ocupação? 1( ) Biscateiro    2( ) Autônomo 3( ) Assalariado com comissão    4( ) Assalariado sem comissão 5( ) Empregado doméstico    6( ) Funcionário público 7( ) Profissional liberal    10( ) Empregador/empresário 11( ) Trabalhador de Cooperativa 12( ) Outro (especifique): _____ 8( ) Não se aplica		9. Qual sua carga horária semanal? _____ horas    8( ) não se aplica 10. Em que lugar você trabalha? 1( ) empresa privada    2( ) repartição pública 3( ) na rua    4( ) em sua própria casa 5( ) na casa de outra pessoa 6( ) Outro: _____ 8( ) não se aplica	
12. Além desta ocupação, você tem outra atividade regular que lhe dê rendimentos? 0( ) não    1( ) sim    8( ) não se aplica		13. Qual atividade? _____ 8( ) não se aplica	
14. Se não está trabalhando, você está: 1( ) Desempregado    5( ) Vivendo de rendas 2( ) Afastado por motivo de doença    6( ) Estudando 3( ) Afastado por motivo particular    7( ) Dona-de-casa 4( ) Aposentado    8( ) não se aplica 10( ) Outros. Especificar: _____		15. Se estiver <b>DESEMPREGADO</b> , quanto tempo está desempregado? 1( ) até 6 meses 2( ) 7-12 meses    8( ) não se aplica 3( ) mais de 12 meses	

### III - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO (OCUPAÇÃO PRINCIPAL)

Gostaríamos de saber um pouco mais sobre características de seu trabalho atual. Abaixo estão estabelecidas algumas características do trabalho e gostaríamos que, para cada uma delas, você indicasse o seu grau de concordância ou discordância com a afirmativa feita, **considerando o seu trabalho atual**.

<b>1. Seu trabalho lhe possibilita aprender coisas novas.</b> 1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica				
<b>2. Seu trabalho envolve muito trabalho repetitivo.</b> 1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica				
<b>3. Seu trabalho requer que você seja criativo.</b> 1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica				
<b>4. Seu trabalho exige um alto nível de habilidade.</b> 1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica				
<b>5. Em seu trabalho, você pode fazer muitas coisas diferentes.</b> 1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica				
<b>6. No seu trabalho, você tem oportunidade de desenvolver suas habilidades especiais.</b> 1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica				
<b>7. O que você tem a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.</b> 1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica				
<b>8. Seu trabalho te permite tomar muitas decisões por sua própria conta.</b> 1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica				
<b>9. Em seu trabalho, você tem pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas.</b> 1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica				

10. Seu trabalho requer que você trabalhe muito duro.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
11. Seu trabalho requer que você trabalhe muito rapidamente.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
12. Você não é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
13. O tempo para realização das suas tarefas é suficiente.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
14. Algumas demandas que você tem que atender no seu trabalho estão em conflito umas com as outras.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
15. Você frequentemente trabalha durante o seu almoço ou durante as pausas para terminar seu trabalho.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
16. Seu trabalho envolve demandas emocionais.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
17. Seu trabalho envolve muita negociação/ conversa/ entendimento com outras pessoas.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
18. Em seu trabalho, você precisa omitir suas verdadeiras emoções.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
19. Seu trabalho exige muito esforço físico.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
20. Você é frequentemente solicitado a mover ou levantar cargas pesadas no seu trabalho.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
21. Frequentemente, seu trabalho exige que você mantenha seu corpo, por longos períodos, em posições fisicamente incômodas.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
22. Seu trabalho exige, por longos períodos, que você mantenha sua cabeça ou seus braços em posições fisicamente incômodas.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
23. Seu supervisor preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
24. Seu supervisor lhe ajuda a fazer seu trabalho.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
25. Seu supervisor lhe trata com respeito.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
26. As pessoas com quem você trabalha são amigáveis.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
27. As pessoas com quem você trabalha ajudam-se umas às outras para fazer o trabalho.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
28. Você é tratado/a com respeito pelos seus colegas de trabalho.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
29. Onde você trabalha, vocês tentam dividir igualmente as dificuldades do trabalho.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica
30. Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem você trabalha.	1( ) Discordo fortemente	2( ) Discordo	3( ) Concordo	4( ) Concordo fortemente	8( ) não se aplica



31. A sua vida no trabalho e na família interferem uma na outra.	
1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica	
32. Tem sido cada vez mais difícil encontrar, no trabalho, alguém em quem você possa confiar.	
1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica	
33. Seus colegas de trabalho têm freqüentemente encorajado uns aos outros a trabalharem mais e mais rapidamente	
1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica	
34. Seu trabalho é (escolha uma alternativa):	
1( ) Regular e estável    2( ) Sazonal    3( ) Temporário    4( ) Temporário e Sazonal    9( ) outro	
35. Sua estabilidade no emprego é boa.	
1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica	
36. Algumas pessoas perdem permanentemente os empregos que gostariam de manter. Qual a possibilidade de, nos próximos 2 anos, você vir a perder seu emprego atual	
1( ) muito improvável    2( ) pouco provável    3( ) provável    4( ) muito provável    8( ) não se aplica	
37. Suas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas.	
1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica	
38. Em 5 anos, suas qualificações ainda continuarão válidas.	
1( ) Discordo fortemente    2( ) Discordo    3( ) Concordo    4( ) Concordo fortemente    8( ) não se aplica	

#### IV - ATIVIDADES DOMÉSTICAS

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa. Avalie o grau de responsabilidade que você possui por cada uma delas.

Nº DE PESSOAS NA CASA \_\_\_\_\_

ATIVIDADE	1 Não	2 Sim, a maior parte	3 Sim, divide igualmente	4 Sim, a maior parte	5 Sim, inteiramente	8*
1. Cuidar das crianças?						
2. Cuidar da limpeza?						
3. Cozinhar?						
4. Lavar roupa?						
5. Passar roupa ?						
6. Feira/compra de supermercado						
7. Levar filho ao médico						
8. Levar filho à escola						
9. Pequenos consertos						
10. Cuida de deficiente?						

\*Crianças pequenas: até 5 anos de idade.

8\* = Sem crianças pequenas ou não se aplica.

11. Você recebe algum tipo de ajuda para a realização dos trabalhos da casa? 0( ) Sim    1( ) não    8( ) não realiza trabalho de casa	13. Quais os dias da semana que você realiza trabalhos da casa? 1( ) Todos os dias 2( ) Segunda a sexta 3( ) Nos finais de semana 8( ) não realiza trabalhos de casa.
12. De quem você recebe ajuda? 1( ) Ninguém    5( ) Outra mulher (mãe/irmã/filha/vizinha) 2( ) Empregada    6( ) Outro homem (pai/irmão/filho/vizinho) 3( ) Marido/ companheiro    7( ) Outra mulher/outro homem 4( ) Esposa/ companheira    8( ) não se aplica	

### V - SAÚDE REPRODUTIVA (FEMININA)

1. Idade 1ª relação sexual ____ anos 1( ) não teve relação sexual 8( ) não sabe/não lembra	2. Nº de gestações ____ 8( ) nunca engravidou	3. Sua 1ª gravidez foi planejada? 0( ) sim 1( ) não 8( ) nunca engravidou
4. Nº de partos ____ 8( ) não se aplica	5. Tipo do último parto 1( ) Natural 2( ) Cesáreo 3( ) Fórceps 8( ) não se aplica	6. Idade no 1º parto: ____ anos 8( ) não se aplica/ não lembra
7. Qual foi o peso ao nascer de seu último filho? 1( ) Menos de 2.500 gramas 2( ) Mais de 2.500 grs. 8( ) não se aplica		
8. Nº de filhos N.V. e N.M. 0( ) N.V. ____ 1( ) N.M. ____ 8( ) não se aplica	9. Já teve algum aborto? 0( ) não 1( ) sim 8( ) não se aplica	10. Tipo de aborto 1( ) provocado ____ 2( ) espontâneo ____ 8( ) não se aplica
11. Gravidez atual 8( ) não se aplica  0( ) não 1( ) sim	12. Menopausa 0( ) não 1( ) sim 8( ) não se aplica	13. Uso de M.A.C: 0( ) Não 1( ) Sim - TIPO: ____
14. Número de Parceiro/a(s) sexual(is) atualmente: 1( ) apenas um 2( ) mais de um 3( ) vida sexual inativa 8( ) não se aplica		

**M.A.C.** = Método anti-concepcional - Tipo: 1. pílula; 2. tabelinha; 3. camisinha; 4. DIU; 5. diafragma; 6. ligadura; 7. outro

### VI - SAÚDE REPRODUTIVA (MASCULINA)

1. Idade 1ª relação sexual ____ anos 1( ) não teve relação sexual 8( ) não se aplica	2. Nº de filhos N.V. e N.M. 1( ) N.V. ____ 2( ) N.M. ____ 8( ) não se aplica	3. Uso de MAC/ Proteção 0( ) Não 1( ) Sim 8( ) não se aplica
4. Número de parceiro/a(s) sexual(is) atualmente: 1( ) apenas um 2( ) mais de um 3( ) vida sexual inativa 8( ) não se aplica		

### VII - ATIVIDADES DE LAZER

1. Você participa de atividades regulares de lazer para se distrair ou relaxar? 0( ) sim 1( ) não
2. Você participa regularmente de algumas das atividades abaixo para relaxar ou se distrair? 8( ) não participa
<b>Atividades sócio-culturais:</b> 1( ) jogos* 2( ) cinema/teatro 3( ) festa 4( ) seresta 5( ) barzinho 6( ) praia/piscina 7( ) visita a amigos 10( ) viagens 11( ) museus/teatro/exposições/bibliotecas 12( ) igreja 13( ) assistir TV 14( ) ler livro 15( ) ouvir rádio
<b>Atividades físicas:</b> 1( ) ginástica 2( ) caminhada 3( ) futebol/vôlei 4( ) natação/bicicleta 5( ) hidroginástica 6( ) Yoga/dança
7. Outros: _____
3. O tempo que você tem para o lazer é suficiente? 0( ) sim 1( ) não 8( ) não se aplica
4. Em relação ao esforço físico das atividades de lazer para relaxar e se distrair, como classificaria suas atividades? 1( ) Leve (lê, ouve rádio, assiste TV) 2( ) Moderada (caminha, anda de bicicleta, aula de dança ou atividade física, pelo menos, 2 horas semanais) 3( ) Pesada (corre, faz ginástica, natação, jogos com bola ou atividade física, pelo menos, 4 horas semanais) 8( ) não se aplica

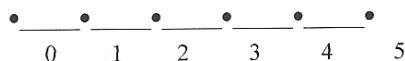
\* Jogos: baralho, dominó, dama etc.

### VIII – DOENÇAS AUTO-REFERIDAS

1. Você sentiu alguma dor nos últimos 4 meses? 0( ) sim 1( ) não Se **NÃO**, salte para a questão 4

2. Qual a intensidade da dor?

(0) sem dor (1) fraca (2) moderada (3) forte (4) violenta (5) insuportável



3. Onde essa dor se localiza? 8( ) não sente dor

1( ) Músculo-esquelética 2( ) Sistema digestivo 3( ) Cabeça 4( ) Coluna 8( ) não se aplica

5( ) Outros. Especifique \_\_\_\_\_

4. Você tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?

Diabetes	0( ) não	1( ) sim	Distúrbio do sono	0( ) não	1( ) sim
Colesterol alto	0( ) não	1( ) sim	Hanseníase	0( ) não	1( ) sim
Obesidade	0( ) não	1( ) sim	Tuberculose	0( ) não	1( ) sim
Pressão alta	0( ) não	1( ) sim	DAD _____	0( ) não	1( ) sim
Câncer	0( ) não	1( ) sim	DORT _____	0( ) não	1( ) sim
Cardiopatia	0( ) não	1( ) sim	Dores de coluna	0( ) não	1( ) sim
Doença da tireóide	0( ) não	1( ) sim	AIDS	0( ) não	1( ) sim
IST _____	0( ) não	1( ) sim			

IST = Infecções Sexualmente Transmissíveis; DAD = Doença Articular Degenerativa; DORT = Distúrbios Osteomusculares Relacionada ao Trabalho

### IX - SELF-REPORT-QUESTIONNAIRE - SRQ-20

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos **30 DIAS**. Se você acha que a questão se aplica a você e você sentiu a situação descrita nos últimos **30 DIAS** responda **SIM**.

Por outro lado, se a questão não se aplica à você e você não sentiu a situação, responda **NÃO**. Se você está incerto sobre como responder uma questão, por favor, dê a melhor resposta que você puder.

1 - Tem dores de cabeça frequentemente?	0( ) não	1( ) sim
2 - Tem falta de apetite?	0( ) não	1( ) sim
3 - Dorme mal?	0( ) não	1( ) sim
4 - Assusta-se com facilidade?	0( ) não	1( ) sim
5 - Tem tremores nas mãos?	0( ) não	1( ) sim
6 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	0( ) não	1( ) sim
7 - Tem má digestão?	0( ) não	1( ) sim
8 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	0( ) não	1( ) sim
9 - Tem se sentido triste ultimamente?	0( ) não	1( ) sim
10 - Tem chorado mais do que de costume?	0( ) não	1( ) sim
11 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	0( ) não	1( ) sim
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	0( ) não	1( ) sim
13 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	0( ) não	1( ) sim
14 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0( ) não	1( ) sim
15 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	0( ) não	1( ) sim
16 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	0( ) não	1( ) sim
17 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	0( ) não	1( ) sim
18 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0( ) não	1( ) sim
19 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	0( ) não	1( ) sim
20 - Você se cansa com facilidade?	0( ) não	1( ) sim

**X - USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS**

1. Você consome bebidas alcoólicas?	<b>Se você <u>NÃO BEBE</u>, siga para o bloco XI</b>
0( ) Não      1( ) Sim	
2. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	
0( ) Não      1( ) Sim	
3. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	
0( ) Não      1( ) Sim	
4. Sente-se chateado consigo mesmo(a) pela maneira como costuma beber?	
0( ) Não      1( ) Sim	
5. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	
0( ) Não      1( ) Sim	

**XI - HÁBITO DE FUMAR**

1. Você já foi fumante?	0( ) Não      1( ) Sim	
2. Você fuma atualmente?	0( ) Não      1( ) Sim	<b>Se você <u>NÃO FUMA</u>, siga para o bloco XII</b>
3. Quantos cigarros você fuma por dia?	_____ cigarros	
4. Há quanto tempo você fuma?	_____ anos    _____ meses    _____ dias	

**XII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO**

Esta seção trata de atos de violência dos quais você pode ter sido vítima nos últimos 24 meses. Por favor, reflita sobre o que aconteceu e responda às seguintes perguntas:

1. Você sofreu alguma agressão física ou emocional (psicológica) nos últimos 24 meses?	0( ) Não    1( ) Sim	<b>Se marcou <u>NÃO</u>, siga para questão 5</b>
2. Qual foi o tipo de agressão?	1( ) Física Especifique _____    2( ) Psicológica    3( ) Sexual    4( ) Atos de destruição 5( ) Negligência    6( ) Outros Especifique _____	
3. Quem praticou a agressão?	1( ) esposo    2( ) amigo    3( ) irmão/irmã    4( ) pai    5( ) mãe    6( ) filho(a) 7( ) vizinho(a)    10( ) desconhecido(a)    11( ) Outros Especifique _____	
4. Você já foi hospitalizado devido a alguma agressão nos últimos 24 meses?	0( ) Não    1( ) Sim	
5. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 24 meses?	0( ) Não    1( ) Sim	
6. Você lembra de ter sofrido agressão quando criança?	0( ) Não    1( ) Sim	
7. Como as pessoas usualmente classificam sua raça/ cor da pele?	1( ) branca    2( ) amarela (oriental)    3( ) parda    4( ) origem indígena    5( ) preta    9( ) não sabe	
8. Qual a frequência em que você pensa na sua raça/cor da pele?	1( ) nunca    2( ) uma vez ao ano    3( ) uma vez ao mês    4( ) uma vez na semana 5( ) uma vez ao dia    6( ) a cada hora    7( ) constantemente	
9. Nos últimos 30 dias, você se sentiu emocionalmente chateado, por exemplo com raiva, triste ou frustrado, em função de como você foi tratado por causa de sua raça/cor da pele?	0( ) Não    1( ) Sim	

### XIII – QUESTIONÁRIO DE SAÚDE DA PESSOA

1. Durante o último mês, quanto você se sentiu incomodado(a) por quaisquer dos seguintes problemas?	0 Não me senti incomodado	1 Incomodou-me um pouco	2 Incomodou-me muito	8 Não se aplica
Dor no estômago				----
Dor nas costas				----
Dor nos braços, pernas, ou juntas (joelhos, quadril, etc.)				----
Cólica menstrual ou outros problemas relacionados à sua menstruação				
Dor ou problemas durante a relação sexual				
Dor de cabeça				----
Dor no peito				----
Tontura				----
Breves desmaios				----
Sentir seu coração bater forte ou acelerar				----
Perda de fôlego				----
Prisão de ventre, intestino solto, ou diarreia.				----
Náusea, gases, ou indigestão.				----

2. Nos últimos 15 dias com que frequência você se sentiu incomodado por qualquer um dos seguintes problemas?	0 Nenhuma	1 Poucos dias	2 Mais que a metade dos dias	3 Quase todos os dias
Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas				
Sente-se triste, deprimido, ou desesperançado.				
Dificuldade de pegar no sono, ou de continuar dormindo, ou ter dormido muito mais que necessário.				
Sentir-se cansado ou com pouca energia				
Apetite fraco ou alimentar-se excessivamente				
Sentir-se mal consigo mesmo; ou pensar que você é um fracassado, ou que desapontou você mesmo ou sua família				
Dificuldade em se concentrar nas coisas, tipo ler um jornal ou assistir a televisão.				
Se movimentar ou andar tão lentamente que outras pessoas pudessem ter notado? Ou o contrário — está se movimentando muito mais que o normal por estar inquieto ou agitado.				

3. Perguntas sobre ansiedade	0 Não	1 Sim
No último mês, você sofreu alguma crise de ansiedade — sentindo medo ou pânico repentinamente?		
<b>Se você respondeu “NÃO”, salte para a pergunta de número 5</b>		
Isso já aconteceu antes em algum momento?		
Algumas dessas crises surgem repentinamente de forma inesperada — isto é, em situações onde você não espera se sentir nervoso ou incomodado?		
Essas crises o (a) incomodam muito ou você se preocupa em ter uma outra crise dessas?		



<b>4. Pense sobre sua última grave crise de ansiedade.</b>	<b>0 Não</b>	<b>1 Sim</b>	<b>8 Não se aplica</b>
Você sentiu falta de ar?			
Seu coração acelerou, bateu mais forte, ou palpitou?			
Você sentiu dor ou pressão no peito?			
Você suou?			
Você sentiu como se estivesse em choque ou assustado?			
Você sentiu ondas de calor ou calafrios?			
Você sentiu náusea ou estômago embrulhado ou a sensação de que você estava prestes a ter uma diarreia?			
Você se sentiu tonto, fraco ou cambaleou?			
Você sentiu formigamento, dormência em partes do corpo?			
Você sentiu tremores?			
Você teve medo de que você estivesse morrendo?			

<b>5. No último mês, com que frequência você se sentiu incomodado por qualquer um dos problemas seguintes?</b>	<b>0 Nenhu- -ma</b>	<b>1 Vários dias</b>	<b>2 Mais que a metade dos dias</b>	<b>8 Não se aplica</b>
Se sente nervoso, ansioso, tenso, ou preocupando-se muito sobre assuntos diferentes?				-----
<b>Se você marcou “Nenhuma”, salte para questão de número 6</b>				-----
Se sente inquieto de forma que se torna difícil ficar parado				
Cansa-se muito facilmente				
Tem tensão muscular, dores, ou inflamação.				
Tem dificuldade de pegar no sono ou de continuar dormindo				
Tem dificuldade em se concentrar nas coisas, tipo ler um livro ou assistir a TV				
Fica facilmente aborrecido ou irritado				

<b>6. Perguntas sobre alimentação</b>	<b>1 Sim</b>	<b>1 Não</b>	<b>8 Não se aplica</b>
Você normalmente sente que não consegue controlar o <u>que</u> você come e <u>quanto</u> come?			-----
Você frequentemente come, <u>dentro de um período de 2 horas</u> , o que a maioria das pessoas consideraria uma grande quantidade de comida?			-----
<b>Se você marcou ‘NÃO’ para alternativas “a” ou “b”, salte para a questão 8</b>			-----
Isso ocorreu, em média, com uma frequência de duas vezes na semana pelos últimos 3 meses?			

<b>7. Nos últimos 3 meses, você frequentemente fez algum dos seguintes itens para evitar ganhar peso?</b>	<b>0 Não</b>	<b>1 Sim</b>	<b>8 Não se aplica</b>
Forçou o vômito?			
Tomou mais do que duas vezes a dose recomendada de laxantes?			
Jejuou — não comeu absolutamente nada por pelo menos 24 horas?			
Fez exercícios físicos por mais de uma hora especificadamente para deixar de ganhar peso depois de comer exageradamente?			

8. Esses problemas citados até agora, têm dificultado sua rotina em lidar com o trabalho, tomar conta das coisas em casa, ou de se relacionar bem com outras pessoas?

0-Definitivamente não

☐

1-Um pouco

☐

3-Muito

☐

4-Extremamente

☐

9. No <u>último mês</u> , o quanto você se sentiu incomodado pelos seguintes problemas?	0 Não me incomodou	1 Incomodou-me um pouco	2 Incomodou-me muito
Preocupação com a sua saúde			
Seu peso ou com sua aparência			
Pouco ou nenhum desejo sexual ou prazer durante o sexo			
Dificuldades com marido/mulher, parceiro(a)/amante, ou namorado e namorada			
O estresse de tomar conta dos filhos, pais e outros membros da família			
Estresse no trabalho fora de casa ou na escola			
Problemas financeiros ou preocupações			
Não ter ninguém para te dar apoio quando você tem um problema			
Algo ruim que aconteceu recentemente			
Sonhado ou pensado em algo terrível que aconteceu com você <u>no</u> passado.			
Você está tomando remédio para ansiedade, depressão ou estresse?    0( ) Não    1( ) Sim			

Entrevistador \_\_\_\_\_

Hora de término: \_\_\_\_\_

**Entrevistador:** Por favor, antes de entregar este questionário revise-o todo completando aquelas questões não respondidas (“não se aplica”). Evite borrões e rasuras. Obrigada,

Coordenação.