



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

SAMARA BRUNO MOURA CORDEIRO

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE SAÚDE:
ANÁLISE DE DIFERENCIAIS DE GÊNERO**

Feira de Santana
2011

SAMARA BRUNO MOURA CORDEIRO

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE SAÚDE:
ANÁLISE DE DIFERENCIAIS DE GÊNERO**

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.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof.^a Dra. Tânia Maria de Araújo
Coorientadora: Prof.^a Dra. Maura Maria Guimarães de Almeida

Feira de Santana
2011

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

Cordeiro, Samara Bruno Moura

C821c Condições de trabalho e de saúde : análise de diferenciais de gênero
/ Samara Bruno Moura Cordeiro. – Feira de Santana, 2011.
118 f.

Orientadora: Tânia Maria de Araújo.
Coorientadora: Maura Maria Guimarães de Almeida

Mestrado (dissertação) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

1. Condições de trabalho – Homens e mulheres. 2. Saúde do
trabalhador – Feira de Santana, BA. I. Araújo, Tânia Maria de, orient.
II. Almeida, Maura Maria Guimarães de, coorient. III. Universidade
Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 614

SAMARA BRUNO MOURA CORDEIRO

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE SAÚDE:
ANÁLISE DE DIFERENCIAIS DE GÊNERO**

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 Coletiva
Universidade Estadual de Feira de Santana

Regina Lúcia Mendonça Lopes
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal da Bahia

Maria Conceição Oliveira Costa
Doutora em Pediatria
Universidade Estadual de Feira de Santana

AGRADECIMENTOS

A conclusão do mestrado é uma realização de grande importância em minha vida, e neste momento especial, só tenho a agradecer...

Agradeço, primeiramente, a **DEUS**, por sua graça infinita, por guiar os meus passos, por permitir esta conquista em minha vida, por me sustentar e me dar forças para seguir em frente, e pela maravilhosa paz que só Ele pode conceder, mesmo nos momentos mais difíceis.

À minha orientadora, **Professora Dr^a Tânia Maria de Araújo**, por acreditar no meu potencial, por me proporcionar valioso crescimento acadêmico através de suas orientações, ensino e exemplo de grande profissional. Obrigada pela paciência e pelos momentos compartilhados. À minha coorientadora, **Professora Dr^a Maura Maria Guimarães de Almeida**, pelo conhecimento compartilhado, o apoio concedido e por fazer parte da minha caminhada.

Aos meus pais, **Pedro e Marlucia**, pelo grande amor por mim, pela dedicação e exemplo de perseverança.

Ao meu esposo, **Alberto**, que compartilhou cada momento desse processo, me apoiando e encorajando nos momentos mais difíceis, me fazendo sorrir quando estava desanimada, compreendendo os momentos em que não podia dar-lhe atenção; e que vibra comigo por esta tão sonhada vitória.

Às minhas irmãs, **Geisa, Luciana e Sara**, minhas companheiras, amigas e incentivadoras durante toda a minha caminhada; com as quais posso contar sempre.

À **Ilva Santana**, colega do mestrado e minha amiga de todas as horas, juntas dividimos os anseios, as angústias, as dúvidas, muitos momentos de estudo, a esperança e a fé na nossa vitória. Obrigada pela amizade.

À **Kionna Bernardes**, amiga do núcleo de epidemiologia que com muita solicitude me ajudou em vários momentos desta trajetória, concedendo também grande apoio no processo de estágio docência.

Aos funcionários do mestrado, **Goreth, Jorge e Siomara**, que desde o início me incentivaram e motivaram, sendo sempre solícitos em todas as minhas necessidades.

Ao **Professor Davi Félix Martins Junior**, que sempre foi um grande incentivador desde a época da graduação e forneceu grande apoio e exemplo de mestre no processo de estágio docência.

Aos **Professores do Mestrado**, que com dedicação compartilharam seus conhecimentos; em especial ao **Professor Nelson Oliveira**.

Aos **Colegas do Mestrado**, pela parceria e união do grupo; com vocês a trajetória tornou-se mais suave e alegre.

Ao **Núcleo de Epidemiologia**, que me oportunizou os primeiros passos na pesquisa, com a iniciação científica e também o desenvolvimento na pesquisa acadêmica, além de proporcionar crescimento pessoal e formação de muitas amizades.

À **Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS**, por me proporcionar formação acadêmica e a realização do mestrado.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB**, pelo incentivo à pesquisa e pela bolsa de estudo que me disponibilizou durante o curso.

Agradeço a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização desta conquista!

RESUMO

O neoliberalismo e a reestruturação produtiva provocaram diversas mudanças no mercado de trabalho que resultaram na precarização das condições de trabalho. O perfil das características do trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores tem se revelado bastante diferente entre os gêneros. O estudo objetivou analisar diferenciais de gênero com relação a características sociodemográficas e características do trabalho de residentes da zona urbana de Feira de Santana, Bahia; descrever características psicossociais do trabalho profissional e características do trabalho doméstico segundo gênero; estimar a prevalência de agravos autorreferidos, transtornos mentais comuns – TMC e alcoolismo na população de Feira de Santana - BA, de acordo com o gênero; avaliar a associação entre características do trabalho e principais problemas de saúde dos trabalhadores de Feira de Santana, considerando diferenciais de gênero. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo corte transversal, de caráter descritivo, realizado no ano de 2007-2008. O campo de estudo foi a zona urbana cidade de Feira de Santana. Os dados foram coletados por meio de formulário, aplicado aos moradores elegíveis dos domicílios sorteados (com idade ≥ 15 anos), por entrevistadores previamente treinados. Foram estudadas 4.170 pessoas maiores de 15 anos, 2.819 do sexo feminino e 1.351 do sexo masculino. Deste total, 1.557 estavam trabalhando no momento da pesquisa, 851 mulheres e 706 homens. Foram utilizadas variáveis relativas às condições de trabalho, às variáveis referentes à saúde, e sociodemográficas. As variáveis foram armazenadas em um banco de dados gerado pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 10.0. Foi realizada a seleção das variáveis de interesse e a criação de outras variáveis pertinentes, utilizou-se também o programa Epi-Info 6.0 e o programa R versão 2.12.1. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, através do parecer nº 241/2006. Encontrou-se uma reduzida inserção feminina no mercado de trabalho e uma tendência de precarização do trabalho feminino, com atividades de menor status, menor remuneração, maior vulnerabilidade, insegurança no trabalho, com predominância de postos de trabalho informal e subordinação. Na abordagem das características psicossociais, as mulheres continuaram submetidas às piores condições no ambiente de trabalho, com baixo controle sobre o próprio trabalho desenvolvido. A alta exigência no trabalho foi mais elevada entre as mulheres. Esta situação estabelece situação de estresse que promove adoecimento físico e mental do organismo. A situação de saúde também foi mais agravante para as mulheres, foi encontrada maior prevalência para todos os agravos autorreferidos e transtornos mentais comuns, com exceção para o alcoolismo que foi maior entre os homens. Os resultados são discutidos considerando a possível associação da situação de saúde com a precarização do trabalho e a sobrecarga de atividades das mulheres em relação aos homens, uma vez que foi demonstrado que as mulheres são as maiores responsáveis pela realização das tarefas domésticas, as quais se somam às atividades profissionais.

Palavras-chave: condições de trabalho; aspectos psicossociais do trabalho, condições de saúde, gênero.

ABSTRACT

Neoliberalism and restructuring caused to several changes in the labor market that resulted in precarious conditions. The profile of the job characteristics and its impact on the health of workers has proven quite different between genders. The study aimed to analyse gender differences in relation to sociodemographic and work characteristics of residents in urban areas of Feira de Santana, Bahia; describe characteristics of working life and psychosocial characteristics of domestic work, by gender, to estimate the prevalence of self-reported health problems, common mental disorders - CMD and alcoholism in the population of Feira de Santana - BA, according to gender and to evaluate the association between work characteristics and major health problems of workers in Feira de Santana, considering gender differences. This is an epidemiological cross-sectional, descriptive, conducted in year 2007-2008. The field of study was the urban city of Feira de Santana. Data were collected using a questionnaire, applied to the selected households eligible residents (aged ≥ 15 years) by trained interviewers. We studied 4170 people over 15 years, 2,819 females and 1,351 males. Of this total, 1,557 were working at the time of the survey, 851 women and 706 men. Used variables concerning working conditions, variables related to health, and sociodemographic. The variables were stored in a database generated by SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 10.0. Will be held to select the variables of interest and possibly the creation of other relevant variables, use will also Epi-Info 6.0 program and R. The study was approved by the Ethics in Research of Universidade Estadual de Feira de Santana, through the opinion No. 241/2006. We found a reduced participation of women in the labor market and a trend of increasing precariousness of women's work, with activities of lower status, lower pay, greater vulnerability, job insecurity, predominance of informal jobs and subordination. In addressing the psychosocial characteristics, women continued to be subjected to the worst conditions in the workplace, with low control. The high strain at work was higher among women. This establishes a situation of stress that promotes physical and mental ailment of the body. The health situation was more aggravating for women was higher prevalence for all self-reported health problems and mental disorders, except for alcoholism was higher among men. The results are discussed considering the possible association of health status with the overload of activities of women relative to men, since it was shown that women are mainly responsible for household chores.

Key words: working conditions; psychosocial aspects of work; health status; gender.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

CAGE	“Cut-down”, “Annoyed”, “Guilty”, “Eye-opener”
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
FAPESB	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Previdência Social
JCQ	Job Content Questionnaire
NEPI	Núcleo de Epidemiologia
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRQ	Self-Reporting Questionnaire
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
2	OBJETIVOS	13
3	ARTIGOS	14
3.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO URBANA DE FEIRA DE SANTANA, BA: ANÁLISE DE DIFERENCIAIS DE GÊNERO.....	14
3.2	CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DE DIFERENCIAIS DE GÊNERO.....	39
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICE.....	75
	APÊNDICE A – PROJETO DE PESQUISA.....	76
	ANEXOS.....	106
	ANEXO A – Aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP.....	107
	ANEXO B – Questionário da pesquisa.....	10

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No Brasil, os primeiros registros sobre a saúde do trabalhador são do século XIX. Já as primeiras pesquisas científicas brasileiras sobre a temática são do início da década de 1950, embora a expansão expressiva de estudos acadêmicos através de teses e dissertações tenha ocorrido a partir dos anos de 1990, com a elevação da quantidade de programas de pós-graduação no país (SANTANA, 2006).

A abordagem de gênero tem sua origem bem mais recentemente, iniciando as discussões nas ciências sociais através do feminismo acadêmico, a partir de 1960. Com isso, as feministas buscavam transcender o determinismo biológico das diferenças entre homens e mulheres, inserindo as relações sociais nas discussões (CASTRO, 1992). Ainda assim, a maior parte das pesquisas realizadas sobre mulher nas décadas seguintes enfocava aspectos da saúde reprodutiva e da mulher como mãe (AQUINO, 2006).

Um considerável crescimento do interesse sobre o tema ocorreu já na década de 2000 envolvendo diversas áreas do conhecimento. Nos debates sobre “gênero e saúde”, o campo da Saúde Coletiva apresenta a maior proporção de publicações, com destaque para a região Sudeste que concentra mais da metade dos estudos, e também para a região Nordeste. A linha de pesquisa envolvendo “gênero e trabalho” tem apresentado avanços, entretanto, as produções científicas ainda são diminutas (AQUINO, 2006).

Essa área de investigação, portanto, necessita de maior aprofundamento no sentido de desvelar a complexidade inerente a esta relação, tendo em vista que a elevação da participação feminina no mercado de trabalho se deu a partir de 1970 sem, contudo, existir o reconhecimento das alterações na saúde das mulheres trabalhadoras e na sociedade provocadas por essa transformação social (GUEDES, 2004; AQUINO, 2006). Quase totalidade dos estudos sobre a saúde do trabalhador teve o universo masculino como sujeito e contemplou a realidade das indústrias, ignorando condições de saúde de trabalhadoras (KERGOAT, 1989). Nessa relação, o homem representa o ser absoluto, estereótipo do ser humano, enquanto a mulher é colocada como o “outro”, o inessencial diante do essencial (BEAUVOIR, 1970; AQUINO, 2006). Em função das relações sociais e culturais, a mulher não se impõe como sujeito e consente as diferenças que lhe são atribuídas como intrínsecas aos papéis sociais de cada sexo, vivendo dispersas entre os homens apenas, recebendo o que eles concordam em lhes conceder (BEAUVOIR, 1970; CHARTIER, 1995).

Dessa forma, nos propomos a estudar as relações entre gênero e trabalho estruturando o conhecimento a partir do conceito de gênero utilizado por Scott (1990), que

configura as relações sociais considerando as diferenças de cada sexo e as relações de poder existentes na interação entre homens e mulheres, que, comumente, são aceitas como “naturais”. Com esse novo cenário no meio científico, espera-se que as relações de gênero sejam transformadas e que suas diferenças sejam consideradas e respeitadas.

Considera-se aqui, que o trabalho constitui o eixo central, sendo organizador da vida das pessoas, incluindo elementos subjetivos e objetivos que dão sentido a vida, estruturando a identidade e a personalidade dos indivíduos. Nesse sentido, as formas de inserção social somadas à classe social desempenham importante papel no processo saúde/doença de diferentes grupos populacionais (PINHEIRO; MONTEIRO, 2007).

Com a reestruturação do mercado produtivo, houve uma precarização do trabalho de forma geral, com diminuição das vagas formais e crescimento da atividade informal e também do desemprego. Nessa nova organização, a flexibilização que é considerada como uma alternativa ao desemprego soma-se à precariedade, de forma que dá liberdade às empresas a tomarem decisões como despedir parte de seus funcionários sem penalidades, reduzir ou aumentar horário de trabalho sem aviso prévio, diminuir os salários e outras deliberações que julguem necessárias a partir da dinâmica do mercado (VASAPOLLO, 2005).

O medo do desemprego tem levado os trabalhadores a submeterem-se às piores situações de trabalho, gerando angústia, insatisfação, mal-estar no trabalho e sofrimento. Dessa forma, além do estresse da exigência de alta produtividade e competitividade tem-se a ameaça de ficar desempregado, com conseqüente exclusão social. É nesse contexto que surge, muitas vezes, o processo de adoecimento, quando o enfrentamento do sofrimento passa a ser patológico (VASAPOLLO, 2005; PINHEIRO; MONTEIRO, 2007).

A desvalorização do trabalho feminino que refletiu na “invisibilidade” da mulher na área profissional persiste ainda hoje, principalmente na área da saúde (AQUINO, 1995). Esse fato agrava ainda mais a situação das mulheres inseridas no mercado produtivo, pois se apoia na cultura que remete a mulher ao campo privado, desenvolvendo trabalho doméstico no âmbito familiar o qual tem caráter gratuito, sendo visto de forma naturalizada para o feminino (HIRATA; KERGOAT, 2007). Assim acontece o desempenho simultâneo das atividades profissionais e domésticas, ocorrendo sobrecarga de trabalho para as mulheres.

As desvantagens sofridas pela mulher no mercado produtivo são evidenciadas através de pesquisas que demonstraram que as mulheres estão inseridas nas formas mais precarizadas de trabalho, considerando qualificação, remuneração, vínculo, características gerais e psicossociais do trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990; GUIMARÃES, 2001).

Diante de diferentes papéis sociais entre os gêneros, observam-se também padrões de morbidade e mortalidades distintos. As doenças do aparelho circulatório predominam como causa de morte em ambos os sexos. As doenças crônico-degenerativas também têm ganhado grande magnitude. Entre as mulheres, as neoplasias são a segunda maior causa de morte, enquanto entre os homens são as causas externas e violentas. Na faixa etária de 20 a 29 anos, o risco de morrer entre os homens é de três a cinco vezes maior que o das mulheres e esse fato tem sido associado às diferenças no consumo de álcool e tabaco entre os sexos (WALDRON, 1991; AQUINO et al., 1991). Entre as mulheres, a alta prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) tem sido bastante referida na literatura. Caracterizados por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, repercutem na diminuição da qualidade de vida (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

A relação entre inserção social, processo laborativo e perfil de morbimortalidade precisa de maiores esclarecimentos, haja vista, a complexidade e dinamismo desse contexto. É necessário, então, investir em pesquisas que busquem compreender essa realidade, a fim de aprofundar os conhecimentos sobre as condições de trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores, de acordo com o gênero. Pretende-se, assim, fornecer elementos que subsidiem ações de promoção à saúde dos trabalhadores.

Esta dissertação está apresentada sob a forma de artigo, contendo dois trabalhos intitulados “Características sociodemográficas e condições de saúde da população urbana de Feira de Santana, BA: análise de diferenciais de gênero” e “Características psicossociais do trabalho e saúde mental: análise de diferenciais de gênero”. No primeiro, investigaram-se os diferenciais de gênero com relação a características sociodemográficas, condições de trabalho e condições de saúde de residentes de zonas urbanas de Feira de Santana, Bahia; no segundo avaliaram-se as características psicossociais do trabalho profissional e características do trabalho doméstico e a prevalência de transtornos mentais comuns – TMC segundo gênero.

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, bem como o questionário da pesquisa estão apresentados em anexo.

2 OBJETIVOS

- Analisar diferenciais de gênero com relação a características sociodemográficas e características do trabalho de residentes da zona urbana de Feira de Santana, Bahia.
- Descrever características psicossociais do trabalho profissional e características do trabalho doméstico segundo gênero.
- Estimar a prevalência de agravos autorreferidos, transtornos mentais comuns – TMC e alcoolismo na população de Feira de Santana - BA, de acordo com o gênero.
- Avaliar a associação entre características do trabalho e principais problemas de saúde dos trabalhadores de Feira de Santana, considerando diferenciais de gênero.

3 ARTIGOS

3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO URBANA DE FEIRA DE SANTANA, BA: ANÁLISE DE DIFERENCIAIS DE GÊNERO

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND HEALTH CONDITIONS IN THE URBAN POPULATION OF FEIRA DE SANTANA, BA: AN ASSESSMENT OF DIFFERENCES ACCORDING TO GENDER

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LAS CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN URBANA DE FEIRA DE SANTANA, BA: ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO

Samara Bruno Moura Cordeiro

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – E-mail: samara_bmc@yahoo.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

Maura Maria Guimarães de Almeida

Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – E-mail: mesauco@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

Órgão financiador: Ministério da Saúde (Convênio 1532/2005) e FAPESB (ET 71/2004)

Endereço para correspondência:

Samara Bruno Moura Cordeiro

Email: samara_bmc@yahoo.com.br Telephone: (75)8123-9962.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CONDIÇÕES DE TRABALHO E SITUAÇÃO DE SAÚDE: ANÁLISE DE DIFERENCIAIS DE GÊNERO

RESUMO

O perfil sociodemográfico e as condições de trabalho têm sido investigados em processos específicos de adoecimento. O objetivo deste estudo foi descrever características sociodemográficas, do trabalho e estimar a frequência de problemas de saúde entre homens e mulheres da população de Feira de Santana, Bahia. Trata-se de um estudo de corte transversal com amostra representativa da população de 15 anos ou mais de idade, selecionada aleatoriamente por amostragem estratificada por subdistrito da zona urbana, com base nos dados censitários do IBGE. Analisaram-se as informações de 4.170 pessoas: 2.819 (67,6%) mulheres e 1.351 (32,4%) homens. A faixa etária predominante foi a de 15 a 29 anos, em ambos os sexos. O nível de analfabetismo funcional foi maior entre as mulheres. Entre os homens, 52,3% informaram que estavam trabalhando contra 30,2% das mulheres; 34,6% dos homens trabalhavam com carteira assinada (contra 25,4% entre as mulheres). Quanto às doenças autorreferidas observou-se percentual mais elevado entre as mulheres. As questões abordadas evidenciam a existência de diferenciais de gênero no que se refere ao trabalho e situação de saúde, que devem ser considerados pelas instituições responsáveis por promover ações que visem à melhoria da qualidade de vida das populações.

Palavras-chave: Condições de Trabalho, Saúde, Gênero.

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, WORK AND HEALTH CONDITIONS: AN ASSESSMENT OF DIFFERENCES ACCORDING TO GENDER

ABSTRACT

The sociodemographic profile and working conditions have been investigated in specific cases of illness. The aim of this study was to describe sociodemographic and work characteristics, and estimate the frequency of health problems between men and women in the population of Feira de Santana. This is a cross-sectional study with a representative sample of the population aged 15 or older, randomly selected by stratified sampling of the sub-urban area, based on census data from IBGE. We analyzed information from 4,170 residents (2,819 (67.6% women and 1,351 (32.4%) men). The predominant age group was 15-29 years in both sexes. The level of functional illiteracy was higher among women. Among men, 52.3% reported that they were working (against 30.2% among women) and 34.6% of regular employees (versus 25.4%). Regarding self-reported diseases and the labor situation, it was observed that among women, the percentage was higher than among men. The issues raised demonstrate the existence of gender differences with regard to labor relations and health, which can not be overlooked by institutions responsible for promoting actions aimed at improving the quality of life.

Key words: working conditions, health, gender

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD: ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO

RESUMEN

El perfil sociodemográfico y las condiciones de trabajo se han investigado en los casos específicos de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue describir las características sociodemográficas y laborales y estimar la frecuencia de problemas de salud entre hombres y mujeres en la población de Feira de Santana. Se trata de un estudio transversal con una muestra representativa de la población de 15 o más años, seleccionadas al azar mediante un muestreo estratificado de la zona sub-urbana de Feira de Santana, sobre la base de datos del censo del IBGE. Se analizó información de 4.170 habitantes (2.819 mujeres (67,6%) y 1.351 (32,4%) hombres). En ambos sexos, predominó la edad de 15 a 29 años. El nivel de analfabetismo funcional es mayor entre las mujeres. Entre los hombres, 52,3% informaron que estaban trabajando (contra 30,2% de las mujeres) y el 34,6% de los empleados eran regulares (en comparación con 25,4% de las mujeres). En relación con las enfermedades auto-reporte y la situación laboral, se observó que entre las mujeres, el porcentaje fue mayor que entre los hombres. Las cuestiones planteadas muestran la existencia de diferencias de género en lo que respecta a las relaciones laborales y la salud, que deben ser considerados por las instituciones responsables de promover acciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas.

Palabras-clave: Condiciones de trabajo, salud, género.

INTRODUÇÃO

A análise de diferenciais de gênero com base na descrição do perfil sociodemográfico e das condições de saúde tem ganhado relevo nos últimos anos. A constatação de diferenças nas condições e características do trabalho entre homens e mulheres evidencia também uma série de outros diferenciais (nas condições de vida em geral, situação de saúde, moradia, renda, acesso a bens e serviços) e fortalece a necessidade de maior conhecimento sobre os processos específicos de adoecimento considerando a estratificação segundo gênero.

Características sociodemográficas têm sido apontadas como fatores relevantes para a saúde das populações, atuando, muitas vezes, de forma a interagir ou modificar as relações entre determinados fatores de risco e o processo saúde/doença. Alguns estudos têm demonstrado a importância dessas condições nas diferentes situações do cotidiano, sendo aspectos de interesse de diversas áreas do conhecimento (REIS et al., 2000; PINHEIRO et al., 2002; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Estudos com foco na análise de gênero destacam que o perfil sociodemográfico apresenta-se de maneira diferenciada. As mulheres têm alcançado as faixas etárias mais elevadas em maior proporção que os homens. Conseqüentemente, o percentual de mulheres viúvas também tem sido maior (BRASIL, 2004). Dentre as pessoas com os níveis mais baixos de escolaridade, as mulheres representam a maioria, embora esta realidade esteja se transformando e elas, concomitantemente, já representam a maior parte daqueles que alcançam o nível superior (BRITO, 2000; GUEDES, 2004; AQUINO, 2006). Os percentuais de baixa renda per capita e de condições de moradia mais precárias são mais elevados entre as mulheres. O sexo feminino representa 70% das pessoas que vivem em situação de pobreza no mundo (BRITO, 2000).

As diferenças existentes entre homens e mulheres apresentam reflexos também no processo de morbimortalidade, na forma de referir problemas de saúde e de avaliar o seu estado geral (PINHEIRO et al., 2002; TRAVASSOS et al., 2002). Em sua maioria, as mulheres queixam-se mais de processos de adoecimento físico e psíquico, buscando com maior frequência os serviços de saúde. Entretanto, os agravos apresentados são de baixa gravidade e letalidade, apresentando-se de forma aguda, com curto período de duração (PINHEIRO et al., 2002; TRAVASSOS et al., 2002; BRASIL, 2004). Já os homens têm a tendência a não relatar seus problemas de saúde e não frequentar serviços para consultas e exames de rotina. O processo patológico dos homens é caracterizado por doenças crônicas de alta letalidade. Outra questão relevante para ambos é a forma de enfrentamento da sua

condição de saúde, bem como da sua gravidade. Esses aspectos evidenciam atitudes e comportamentos diferenciados diante das questões relativas à saúde segundo gênero (PINHEIRO et al., 2002; BRASIL, 2004; ARAÚJO et al., 2006).

A utilização dos serviços de saúde parece estar associada à idade, à posição do indivíduo no mercado de trabalho (trabalhadores do setor informal e aqueles que trabalham por conta própria tem menor possibilidade de uso), à escolaridade do chefe da família e ao tamanho da mesma para ambos os sexos (TRAVASSOS et al., 2002). Para os homens, um fator relevante na utilização dos serviços de saúde é a renda per capita. Já para as mulheres, ter o homem como chefe da família aumenta as possibilidades de acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2002).

As mulheres, nos últimos anos, têm assumido, de forma crescente, a posição de chefe de família. A participação econômica e política das mulheres tem crescido a passos largos. Entretanto, ainda são evidentes as diferenças e a relação de dominação entre os gêneros no que se refere a condições de trabalho, cargos e atribuição de valores ao trabalho feminino (BRITO, 2000; ARAÚJO et al., 2006).

As condições e as características do trabalho têm grande importância sobre o processo saúde-doença, pois podem trazer repercussões positivas, como também negativas para a saúde, dependendo da forma como se estruturam e se organizam tais condições. Além disto, muitas vezes, às atribuições e responsabilidades da atividade profissional soma-se, ainda, o trabalho de cuidado com a casa e com a família, na chamada dupla jornada de trabalho. Pesquisas têm demonstrado maior prevalência de agravos relacionados ao trabalho como LER/DORT e problemas osteomusculares entre as mulheres (REIS et al., 2000; SALIM, 2003; SANTANA et al., 2003).

O avanço das discussões sobre os diferenciais entre homens e mulheres encontra-se pautado no anseio pela igualdade. Igualdade e diferença não se opõem, mas estão intrinsecamente relacionados e em constante conflito. A igualdade almejada não está direcionada para as diferenças entre os sexos, no que se refere ao fator biológico ou comportamento social, mas à atribuição de valores e ao tratamento justo e equânime ao abordar os gêneros (SCOTT, 2005).

Ancorado no anseio de contribuir para a promoção de relações mais equânimes entre homens e mulheres, a partir do debate sobre as possíveis desigualdades e desvantagens existentes, este estudo teve como objetivo analisar diferenciais de gênero com relação a características sociodemográficas, condições de trabalho e condições de saúde de residentes de zonas urbanas de Feira de Santana, Bahia. Assim, buscou descrever características

sociodemográficas, do trabalho e estimou-se a frequência de problemas de saúde entre homens e mulheres. Este estudo poderá contribuir para a descrição da morbidade autorreferida presente no cotidiano de homens e mulheres moradores no município estudado na perspectiva de direcionar ações de enfrentamento dos problemas existentes e melhoria da situação de saúde e de promoção de qualidade de vida para as populações estudadas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo corte transversal, de caráter descritivo, realizado em Feira de Santana, Bahia. Este município é a segunda maior cidade do Estado da Bahia e a 31^a do País. Está localizada na região da zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semiáridos do nordeste baiano, com população, estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2006, de 535.820 habitantes.

A seleção das áreas de estudo foi feita com base em amostragem estratificada por subdistritos, adotando-se procedimentos aleatórios, a partir de dados censitários do IBGE, tendo o domicílio como unidade amostral.

O estudo foi desenhado originalmente para avaliar a saúde mental da população com 15 anos ou mais de idade de Feira de Santana. Assim, 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.

Para a seleção da amostra foram adotados os seguintes procedimentos: determinação da representação percentual da população por subdistrito da zona urbana; definição de percentual na amostra de cada subdistrito, a partir dos dados de população residente em cada subdistrito; listagem dos setores censitários em cada subdistrito; seleção aleatória dos setores censitários que foram incluídos na amostra em cada subdistrito; seleção aleatória das ruas incluídas na amostra em cada setor censitário; todos os domicílios nas ruas sorteadas foram incluídos na amostra; todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, residentes nos domicílios das ruas sorteadas, foram considerados elegíveis, compondo a amostra do estudo. Para reduzir o percentual de perdas realizou-se até três visitas por domicílio.

Os dados foram coletados por meio de formulário, aplicado aos moradores elegíveis dos domicílios sorteados (com idade \geq 15 anos), por entrevistadores previamente treinados. O instrumento utilizado continha informações sociodemográficas, características do trabalho profissional e doméstico, hábitos de vida, aspectos da saúde reprodutiva, informações sobre doenças autorreferidas e sobre a saúde mental.

Neste estudo foram analisadas informações sobre características sociodemográficas, do trabalho profissional e morbidade autorreferida, considerando estratificação segundo gênero.

Na análise foi realizada a descrição das características sociodemográficas, das condições de trabalho e situação de saúde, considerando os problemas de saúde mais frequentes, para homens e mulheres.

A análise dos diferenciais de gênero incluiu avaliação de condições referidas por toda a população estudada (como no caso das características sociodemográficas) e também considerou a análise de situações apenas da população trabalhadora (considerando aqui apenas características do trabalho). Portanto, foram explorados diferenciais gerais e diferenciais específicos relativos ao trabalho.

Para caracterização da situação de saúde, embora tenha sido avaliado um conjunto amplo de problemas de saúde, encontram-se descritos aqui apenas os problemas de maior frequência, a saber: dores de coluna, distúrbios do sono, hipertensão arterial, colesterol alto, obesidade e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT.

A análise dos agravos autorreferidos também foi feita para a população que não estava trabalhando, composta por desempregados, afastados do trabalho por motivo de doença, aposentados, donas de casa, estudantes e aqueles que viviam de renda. Desta forma, foram avaliadas as estimativas das prevalências de agravos autorreferidos entre homens e mulheres trabalhadores e não trabalhadores.

Para a comparação da prevalência da morbidade autorreferida entre homens e mulheres foram estimadas as razões de prevalência segundo as características de interesse, adotando-se critérios de significância em 5%. Os dados foram armazenados e analisados através dos programas estatísticos *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 10.0 e Epi Info versão 6.0.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, tendo sido aprovado (Protocolo 042-2006; CAAE – 0037.0.059.000-06). Todos os indivíduos que concordaram em participar, voluntariamente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 4.170 pessoas, sendo 2.819 mulheres (67,6%) e 1.351 homens (32,4%). A média de idade foi de $38 \pm 17,9$ anos, revelando tratar-se de uma população jovem. A idade mínima foi de 15 anos (limite inferior para inclusão no estudo) e a máxima de 103 anos. A faixa etária predominante foi a de 15 a 29 anos (homens: 42%; mulheres: 36,8%) (**Tabela 1**). No geral, a distribuição das faixas etárias foi muito similar entre os homens e as mulheres: apenas entre os homens se observou percentual mais elevado nas faixas etárias mais jovens.

Quando avaliada a cor autorreferida, o maior percentual foi de cor parda para ambos os sexos. Observou-se predominância nos níveis mais baixos de escolaridade: 53% das mulheres e 55% dos homens tinham até o ensino fundamental (até a 8ª Série). Curiosamente, as mulheres apresentaram percentuais mais elevados nos dois níveis extremos: analfabetismo (7,1% contra 6,3%) e superior (6,1% contra 4,8%).

Ao se avaliar a situação conjugal, 50% dos homens referiram estar casados ou ter uma relação estável, contra 47,9% das mulheres. O percentual de homens solteiros também foi maior que o de mulheres. Vale ressaltar o pequeno percentual de homens viúvos (2,5%) em relação ao de mulheres (10,3%).

A análise da renda média mensal evidenciou diferenças muito expressivas segundo gênero. Inicialmente com relação a não ter uma renda mensal própria: que representava 48,0% das mulheres estudadas contra 28,7% dos homens. Dentre a população com renda própria, as diferenças foram também significativas: as mulheres apresentaram percentuais mais elevados nos estratos de renda mais baixos, a situação se inverteu nos estratos de renda mais elevados, com maiores percentuais entre os homens. Entre as mulheres, 16,5% recebiam até $\frac{1}{2}$ salário mínimo (percentual 4,7 maior do que o dos homens) e 48,7% recebiam até um salário mínimo; entre os homens, 40,7% recebiam de um a dois salários mínimos e 26,3% mais de dois salários (percentual 2,2 vezes maior do que o referido pelas mulheres) (**Tabela 1**).

Mais da metade dos homens (52,3%) estava inserida no mercado de trabalho contra apenas 30,2% das mulheres. Os percentuais de trabalhadores desempregados foram similares, embora tenha sido ligeiramente mais elevado entre os homens (25,2% contra 21,8%). Com relação à população que não tinha um trabalho remunerado nem referiu estar desempregada no momento da coleta de dados, destacaram-se, entre os homens, os maiores percentuais de aposentados, afastados por doença ou por motivo particular e estudantes. Entre as mulheres observou-se maior percentual de donas-de-casa (31,6% contra 0,3% dos homens) e de quem vivia de renda (6,6% das mulheres e 1,9% dos homens).

Considerando a ocupação principal da população que estava trabalhando, os autônomos (trabalho por conta própria) tiveram destaque: mais de 1/3 dos homens e das mulheres estavam nessa condição; os assalariados sem comissão mantiveram a segunda posição para ambos, contudo a proporção de homens nessa atividade foi cerca de 50% maior do que das mulheres (34,4% e 21,1% respectivamente) (**Tabela 2**). A diferença mais expressiva foi observada na situação de empregado doméstico: 16% das mulheres desempenhavam essa atividade contra apenas 0,1% dos homens (n=1). Os percentuais de profissional liberal, empregador/empresário e assalariado com comissão foram maiores entre os homens; enquanto as mulheres tinham maior participação na ocupação de funcionário público e trabalhador cooperativado (**Tabela 2**).

A contribuição para o sistema de seguridade social no Brasil, o Instituto Nacional de Previdência Social (INSS), que garante aos trabalhadores uma série de direitos sociais (aposentadoria, auxílio-doença em caso de doença ou acidente de trabalho, licença-maternidade, dentre outros), foi pequena para toda a população (menos de 50% referiram serem contribuintes do sistema); contudo, o percentual foi mais expressivo entre os homens (40,7%) do que entre as mulheres (29,7%).

Na população trabalhadora que referiu possuir algum tipo de vínculo de trabalho com outra pessoa ou empresa, o direito a folga foi mais referido pelos homens (**Tabela 2**).

Ao avaliar o vínculo de trabalho com carteira assinada, apenas 34,6% dos homens e 25,4% das mulheres informaram esta condição (**Tabela 3**). Para aqueles trabalhadores que não tinham a carteira de trabalho assinada, o contrato estabelecido apenas de forma oral foi o que predominou entre mulheres e homens, embora em uma proporção muito maior entre as mulheres (64,6% contra 42,2%).

Os principais locais de trabalho dos homens foram em empresa (41,7%) e na rua (20,1%). Entre as mulheres se observou uma distribuição de locais de trabalho mais dispersa do que entre os homens, com predominância do trabalho em empresa (26,3%), trabalho na própria casa (25,3%) e na casa de outra pessoa (22,8%).

Em relação à carga horária, 56,9% dos trabalhadores e 41,4% das trabalhadoras exerciam atividades laborais por mais de 40 horas por semana, revelando longas jornadas de trabalho nos grupos estudados, especialmente entre os homens. Vale ressaltar que 20,2% das mulheres referiram 20 horas ou menos de trabalho semanal, enquanto apenas 7,5% dos homens informaram essa mesma realidade. A maioria dos trabalhadores, tanto do sexo feminino (74,1%) quanto masculino (70,7%) realizavam as atividades laborais em turno diurno fixo (**Tabela 3**).

Os agravos à saúde também foram foco de investigação. As mulheres apresentaram maior prevalência para todas as queixas autorreferidas quando comparadas aos homens; todos os achados foram estatisticamente significantes.

Considerando apenas a população que estava trabalhando no momento da pesquisa, o agravo mais prevalente, em ambos os sexos, foi dor de coluna, encontrada em 51,7% das trabalhadoras e em 39,5% dos trabalhadores, com diferença de prevalência entre os sexos estatisticamente significativa. Os distúrbios do sono foram referidos por 24,6% das mulheres e 17,3% dos homens. A hipertensão arterial também foi investigada e esteve presente em 20,6% das mulheres e em 15,9% dos homens. Contudo, as diferenças mais relevantes foram observadas para obesidade (RP=2,29) e para DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (RP= 1,79) (**Tabela 4**).

A população, de ambos os sexos, que referiu não estar trabalhando no momento da investigação apresentou maiores prevalências para hipertensão arterial, distúrbios do sono e colesterol alto. Já entre trabalhadores/as foram encontradas prevalências mais elevadas para dor de coluna, obesidade e DORT (**Tabela 5**). Registra-se que as razões de prevalência para as comparações entre homens e mulheres foram mais robustas entre a população não trabalhadora, excetuando-se apenas as comparações para dor na coluna e distúrbios do sono, cuja associação foi mais forte entre a população que estava trabalhando.

A dor de coluna também foi o agravo mais prevalente nas mulheres (46,9%) e nos homens (37,2%) que não trabalhavam. O perfil de maior adoecimento referido entre as mulheres foi também observado na população não trabalhadora, sendo as diferenças mais expressivas para obesidade (RP= 2,56), colesterol alto (RP= 2,31) e DORT (RP= 2,03). Todas as diferenças observadas segundo gênero foram estatisticamente significantes (**Tabela 5**).

DISCUSSÃO

Os resultados revelaram a existência de diferenças entre homens e mulheres segundo as características sociodemográficas, situação de trabalho e de saúde. Na população estudada predominou o sexo feminino. Os percentuais encontrados diferem da distribuição da população de Feira de Santana, estimada para 2007 em 544.114 habitantes, sendo 284.878 mulheres (52,4%), e 259.236 homens (47,6%), conforme dados do IBGE. Há distinção também de várias capitais brasileiras, em que a predominância feminina gira em torno de 50% (BRASIL, 2004).

Ao se considerar a escolaridade, as mulheres apresentaram maior proporção nos extremos das categorias de nível de instrução (analfabetos funcionais e nível superior). Desta forma, identifica-se um antagonismo vivenciado no cotidiano feminino em que a realidade da exclusão social, imposta pela falta de acesso à instrução, ainda marcante no cenário do trabalho doméstico, é compartilhada pelo processo de legitimação social através da ascensão no mercado de trabalho (GUEDES, 2004). Entretanto, as mulheres já são, hoje, a maioria dos alunos matriculados no ensino superior. Esse fato evidencia a perspectiva futura de maior participação feminina no setor econômico e político do país, onde ainda é a minoria (AQUINO, 2006). No momento atual, deve-se considerar, contudo, que apenas uma pequena parcela da população brasileira tem acesso ao ensino superior. Portanto, mesmo que as mulheres estejam aumentando sua participação nesse estrato educacional (nível superior), os percentuais são ainda pouco significativos quando se considera o conjunto da população feminina.

Observaram-se diferenças relevantes no percentual de mulheres viúvas e separadas com relação aos homens. Essa maior proporção de mulheres encontrada nesta situação conjugal foi equivalente a outros estudos (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005). A importância desse diferencial revela-se na relação com a saúde, uma vez que há evidências empíricas apontando para um maior nível de adoecimento entre pessoas divorciadas/separadas e viúvas (LUDERMIR, 2000; ALVES, 2004; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

De maneira geral o percentual de homens que possuía maior renda foi superior em relação às mulheres, fato também verificado na maioria dos estudos que avaliaram o trabalho e a relação com gênero (CASTRO, 1992; GALEAZZI, 2001; ARAÚJO et al., 2006). Uma vertente explicativa seria a absorção da mão de obra feminina em setores com menor remuneração, maior vulnerabilidade, insegurança no trabalho e subordinação, atualmente transformadas em vantagens pelo processo de flexibilização do mercado de trabalho (GUIMARÃES, 2001; AQUINO, 2006).

O estudo apontou também uma tendência de precarização do trabalho feminino caracterizada por ocupações restritas a atividades com baixo *status* e com menor capacidade de desenvolvimento e ascensão social (BRITO, 2000), refletida nos percentuais de menor renda, que foram mais expressivos entre as trabalhadoras investigadas.

A existência de desvantagens das mulheres no mundo do trabalho foi confirmada neste estudo, quando foram comparadas as características do trabalho segundo gênero. As desvantagens começavam no processo de inserção das mulheres no mercado de trabalho (enquanto menos de 1/3 das mulheres estavam trabalhando, mais da metade dos homens tinham um trabalho) e estendiam-se para a renda mensal média recebida, o tipo de vínculo de trabalho, a garantia e cobertura de direitos sociais. Portanto, nossos achados fortalecem a hipótese de que o processo de valorização e desvalorização social de homens e mulheres atua como eixo determinante da subordinação feminina e da divisão sexual do trabalho (BRITO, 2000), com desvantagens evidentes para as mulheres.

Relações de dominação geralmente acontecem quando uma categoria é quantitativamente superior em relação à outra. Entretanto, essa explicação não parece sustentar, adequadamente, a estrutura de manutenção das relações de dominação observada entre homens e mulheres, uma vez que, mesmo em grupos sociais ou ocupacionais em que as mulheres representam percentuais mais elevados da população, ainda assim os homens mantêm superioridade nas relações sociais (BEAUVOIR, 1970). Outra vertente da análise do comportamento social para compreensão das relações de dominação considera que integrantes de um grupo desprovido de poder formatam socialmente uma minoria (SCOTT, 2005). Desta forma, a representação e projeção social feminina designam às mulheres um papel inferior, uma vez que ocupam a minoria dos cargos de poder na sociedade moderna. Analisar mais detidamente as relações entre aspectos relativos ao poder e à dominação masculina configura-se elemento importante para a compreensão da estrutura que sustenta e reproduz as desvantagens e desigualdades de gênero. A análise desses elementos deve constituir foco de estudos futuros.

As características da atividade ocupacional revelaram perfis semelhantes para homens e mulheres, compostos por trabalhadores autônomos e assalariados sem comissão. Este perfil evidenciou, sobretudo, a predominância de postos de trabalho informais, caracterizados por relações de trabalho precárias, tanto para homens, quanto para mulheres. Contudo, apesar dessa tendência geral, observou-se que a situação é ainda mais precária entre as mulheres (ao trabalho autônomo soma-se o trabalho doméstico, realizado na própria casa ou na casa de outra pessoa e concentrado nas mais baixas faixas de renda); enquanto entre os homens, a

condição de assalariado com comissão e com carteira assinada apresentou percentuais mais elevados, assegurando maior acesso aos direitos sociais e trabalhistas. Fato evidenciado também quando se analisou a contribuição para o INSS e a proporção de homens aposentados, em ambos os casos percentuais mais elevados entre os homens. Estudos comprovam que a informalidade é geralmente mais difundida entre as mulheres trabalhadoras (BRITO, 2000; LUDERMIR, 2000; GUIMARÃES, 2001), principalmente no setor doméstico, cuja estigmatização faz com que esta atividade não seja vista pelas trabalhadoras como uma profissão (LAUTIER; PEREIRA, 1994) o que fortalece o processo de manutenção de sua desvalorização social.

Mais da metade dos homens relatou jornada semanal de mais de 40 horas. Portanto, uma carga de trabalho profissional mais elevada entre os homens, diferentemente do observado em outros estudos (ARAÚJO et al., 2006). A predominância de trabalho por conta própria e com vínculo de trabalho informal são fatores que podem estar associado a esse resultado.

Destacou-se um percentual bem maior de trabalho de 20 horas entre as mulheres. Esse dado aponta para uma realidade já conhecida entre as mulheres: a necessidade de estar presente, mesmo que parcialmente, na rotina doméstica, no cuidado da família e dos filhos e mesmo a impossibilidade de ter quem cuide da casa e filhos, leva uma parcela das mulheres a ingressarem em trabalhos parciais, ainda que a renda recebida seja muito baixa. O trabalho doméstico sempre esteve atrelado à ideiação feminina do cuidado e, independente do vínculo extradomiciliar estabelecido, ainda permanece, como atribuição feminina, a responsabilidade pelas tarefas domésticas (ALMEIDA et al., 2002; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

A análise da morbidade autorreferida revelou semelhanças entre a situação de saúde da população trabalhadora e não trabalhadora, entretanto, os percentuais diferiram de acordo com o gênero e a tipologia da doença investigada. As mulheres ativas profissionalmente e as que não estavam trabalhando referiram maior frequência para todos os agravos à saúde investigados quando comparadas aos homens que trabalhavam ou não; todas as associações foram estatisticamente significantes.

Possíveis explicações para a identificação de maior prevalência de agravos à saúde entre as mulheres relacionam-se, por um lado, a uma maior atenção das mulheres com as questões relativas à saúde, sua ou de sua família, fazendo com que procurem mais os serviços de saúde e tenham acesso a mais informações. Em um estudo sobre procura por serviços de saúde (TRAVASSOS et al., 2002) observou-se que os percentuais de procura eram maiores para as mulheres (15,8%) do que para os homens (10,1%). As mulheres buscam os serviços

para realização de exames de rotina e prevenção, enquanto os homens os procuram quase sempre por motivo de doença (TRAVASSOS et al., 2002). Desse modo, é possível que as diferenças na morbidade referida estejam relacionadas, ao menos em parte, ao fato de a mulher mencionar os problemas de saúde com maior frequência do que os homens (PINHEIRO et al., 2002).

Por outro lado, tais resultados podem também estar associados à sobrecarga laboral, em função das jornadas de trabalho profissional e doméstico, e das condições mais precárias de trabalho entre as mulheres. Neste estudo, o elevado percentual de mulheres que referiram não ter renda própria (quase a metade das mulheres estudadas) e o baixo percentual que estava trabalhando (menos de um terço da população feminina) evidenciam que, além de ter condições de trabalho mais desvantajosas do que os homens, concretamente, as condições de vida, em geral, também eram mais precárias para as mulheres. Associação entre condições precárias de vida e situação de saúde pobre tem sido, consistentemente, evidenciada na literatura nacional e internacional (LUDERMIR, 2000; ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

As associações mais robustas entre agravos autorreferidos por gênero foram encontradas em mulheres que não estavam trabalhando. Este fato revela a complexidade existente na análise e compreensão do papel do trabalho na relação saúde - doença. A visão reducionista que incorpora ao trabalho apenas condições desfavoráveis à saúde dos trabalhadores ignora o conteúdo subjetivo que a inserção social gerada pela atividade laboral, é capaz de agregar ao padrão de saúde e qualidade de vida do/a trabalhador/a. O desemprego, como mostram vários estudos, aumenta o desgaste emocional, físico, familiar e social devido a diminuição das exigências sociais, da autoestima e da perda do papel social (SELIGMANN-SILVA, 1997; PINHEIRO; MONTEIRO, 2007).

Entretanto, é importante salientar que para um agravo autorreferido ser considerado como doença ocupacional é necessário que haja avaliação da exposição do trabalhador a fatores de risco de natureza ocupacional, associada à alta prevalência da doença em determinados grupos de trabalhadores, excluídas as causas mais comuns, de natureza não ocupacional (DANTAS; MENDES; ARAÚJO, 2004).

Algumas limitações devem ser consideradas na análise dos resultados obtidos. O tipo de estudo, corte transversal, permite apenas uma avaliação instantânea da realidade de interesse em um ponto do tempo (o momento da coleta da informação). Outro fator que deve ser considerado é um possível viés de seleção. Como mencionado, a distribuição percentual de homens e mulheres na população diferiu da distribuição estimada para o município

estudado, com predomínio de mulheres (67,6%). Embora se tenha adotado procedimentos aleatórios para a composição da amostra do estudo, a distribuição da população estudada aponta para uma possível distorção da composição amostral por sexo, observando-se uma sobre-representação do sexo feminino. Ainda que tenham sido adotados procedimentos para evitar perdas (foram realizadas até três visitas por domicílio amostrado, sendo uma dessas visitas no período noturno ou em finais de semana), é possível que os homens, principalmente aqueles envolvidos em atividades laborais com vínculos de trabalho formalizados ou com maior demanda de carga horária, tenham sido perdidos em função de não estarem em suas casas nas três tentativas de entrevista. Cabe registrar, contudo, que os resultados obtidos são semelhantes a outros estudos que analisaram diferenciais de gênero (BRITO, 2000; ARAÚJO et al., 2006), portanto, embora não possa ser descartada a possibilidade de viés de seleção, é pouco provável que os resultados encontrados sejam decorrentes apenas desse possível viés.

Compete registrar também que os achados aqui apresentados são de natureza exploratória e tiveram como objetivo descrever a prevalência de morbidade autorreferida entre homens e mulheres, avaliar as características sociodemográficas e as condições do trabalho. A análise de gênero, contudo, deve incorporar reflexões de escopo mais amplo com relação aos tópicos relativos à saúde do trabalhador, evitando reduzir a sua interpretação a avaliação apenas de percentuais de morbimortalidade de um referido sexo; é necessário correlacionar as observações com o contexto histórico e à construção social envolvida na relação com o trabalho e o modo de vida (BRITO, 1997).

As transformações sociais fazem da relação masculino/feminino um construto dinâmico e complexo, que não pode ser interpretado unicamente sob a ótica linear da análise de dominador-subordinado. O poder e dominação devem ser relativizados e compreendidos a partir de suas diferentes perspectivas e complexas interações (SCOTT, 1990; GUEDES, 2004). Desse modo, este estudo buscou contribuir para a análise de elementos empíricos que, de um lado, apontam importantes diferenciais no perfil sociodemográfico, nas características do trabalho e na situação de saúde de homens e mulheres, no intuito de evidenciar que as diferenças biológicas entrelaçam-se a processos sociais de valorização e desvalorização, que, por sua vez, sustentam e promovem quadros de desigualdade e desvantagens de gênero. Alerta-se, no entanto, que a análise dessas evidências deve ser realizada com base em contextos mais amplos, que geram e reproduzem os sistemas de poder e de valorização social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência de diferenças de gênero, na população de Feira de Santana, foi observada nas condições de trabalho e de saúde a que homens e mulheres estavam expostos. Ratificou-se a segregação no mundo do trabalho uma vez que a maioria das mulheres não estava trabalhando ao passo que, mais da metade dos homens encontravam-se profissionalmente ativos. O estudo aponta também segregação nas ocupações: menor participação das mulheres nas atividades laborais que permitiam a tomada de decisão ou que se encontravam protegidas pelo sistema de seguridade social. Os dados reafirmam a existência de diferenciais de gênero no âmbito laboral.

Foram evidenciadas ainda elevadas prevalências de doenças autorreferidas entre mulheres trabalhadoras e não trabalhadoras quando comparada aos homens. Cabe, entretanto, realçar a necessidade de análises mais aprofundadas sobre os fatores que podem estar associados a esse resultado, uma vez que ainda não se encontra bem esclarecido se os homens são, de fato, menos afetados pelos problemas de saúde avaliados nos estudos de morbidade referida ou se há subestimação desses problemas entre os homens por dificuldades destes em relatar a situação de saúde.

Os resultados evidenciam a existência de diferenciais no que se refere às relações de gênero, considerando trabalho e saúde. Com base nessas evidências, pretende-se incentivar esforços para novas investigações sobre os diferentes aspectos envolvendo questões de gênero, ancorados, sobretudo, numa perspectiva de tornar a vida humana e o trabalho mais dignos, com condições favoráveis à preservação da saúde e da igualdade entre homens e mulheres.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.F; BARATA, R.B; MONTEIRO, C.V; SILVA, Z.P. Prevalência de doenças crônicas autorreferidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.4, p.743-56, 2002.

ALVES, M.G.M. **Pressão no trabalho**: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2004.

AQUINO, E.M.L. **Gênero e ciência no Brasil**: contribuições para pensar a ação política na busca da equidade. In: Encontro Nacional de Núcleos e Grupos de Pesquisas – 2005/2006 - Presidência da República. Pensando gênero e ciência. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

ARAÚJO, T.M; GODINHO, T.M; REIS, E.J.F.B; ALMEIDA, M.M.G. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.1, p.1117-29, 2006.

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. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, v.5, n.3, p.337-48, 2005.

BEAUVOIR, S. O Segundo Sexo: Fatos e Mitos. vol. 1 [Trad. Sergio Milliet]. 4ª Ed. São Paulo: **Difusão Européia do Livro**; 1970.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Instituto Nacional de Câncer/ Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: **INCA**, 2004.

BRITO, J.C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n1, p.195-204, 2000.

BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.Supl. 2, p.141-4, 1997.

CASTRO, M.G. O Conceito de gênero e as análises sobre mulher e trabalho: notas sobre impasses teóricos. **Caderno CRH**, v.17, p.80-105, 1992.

DANTAS, J; MENDES, R; ARAÚJO, T.M. Hipertensão arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma refinaria de petróleo. **Rev. Bras. Med. do Trabalho**, v.2, n.1, p.55-68, 2004.

GALEAZZI, I.M.S. Mulheres trabalhadoras: a chefia da família e os condicionantes de gênero. Mulher e trabalho. Porto Alegre: **FEE**, 2001.

GUEDES, M.C. As mulheres de formação universitária: a reversão da desigualdade de gênero e seus reflexos no mercado de trabalho Brasil: 1970-2000 [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): **Escola Nacional das Ciências Estatísticas**; 2004.

GUIMARÃES, J.R.S. Participação feminina no mercado de trabalho: expansão e iniquidade. **Bahia Análise e Dados**, v.10, n.4, p.154-168, 2001.

LAUTIER, B; PEREIRA, J.M. Representações sociais e construção do mercado de trabalho: empregadas domésticas e operários da construção civil na América Latina. **Cad. CRH**, v.21, p.125-51, 1994.

LUDERMIR, A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.3, p.647-59, 2000.

PINHEIRO, R.S; BRITO, A.S; VIACAVA, F; TRAVASSOS, C. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PINHEIRO, L.R.S; MONTEIRO, J.K. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. **Cad. Psicol. Social do Trab**, v.10, n.2, p.35-45, 2007.

REIS, R.J; PINHEIRO, T.M.M; NAVARRO, A; M MARTINS, M. Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões por esforços repetitivos. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.3, p.292-8, 2000.

SALIM, C.A. Doenças do trabalho exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, n.1, p.11-24, 2003.

SANTANA, V; MAIA, A.P; CARVALHO, C; LUZ, G. Acidentes de trabalho não fatais; diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.2, p.481-93, 2003.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v.16, n.2, p.5-22, 1990.

SCOTT, J.W. O enigma da igualdade. **Rev. Est. Fem**, v.3, n.1, p.11-30, 2005.

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.

TRAVASSOS, C; VIACAVA, F; PINHEIRO, R; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. Panam Salud Publica**, v.11, n.5/6, p.365-73, 2002.

ANEXOS

TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas segundo gênero. População urbana de Feira de Santana, BA, 2007-2008

Características sociodemográficas (N)	Mulheres		Homens	
	n	%	n	%
Idade (4.170)				
15 a 29 anos	1.037	36,8	567	42,0
30 a 49 anos	970	34,4	423	31,3
50 a 69 anos	624	22,1	270	20,0
70 anos ou mais	188	6,7	91	6,7
Cor de pele (4.137)				
Branca	390	13,9	222	16,6
Parda	1.473	52,6	738	55,1
Preta	687	24,6	293	21,9
Amarela	59	2,1	16	1,2
Indígena	46	1,6	29	2,2
Não sabe	144	5,2	40	3,0
Grau de escolaridade (4.156)				
Nunca foi à escola/ Lê, escreve o nome	199	7,1	85	6,3
Fundamental I e II (1ª a 8ª série)	1.290	45,9	656	48,7
Ensino Médio	1.150	40,9	540	40,1
Ensino superior	170	6,1	66	4,9
Situação conjugal (4.147)				
Solteiro	964	34,4	568	42,3
Casado/união estável	1.344	47,9	671	50,0
Divorciado/desquitado	208	7,4	70	5,2
Viúvo	288	10,3	34	2,5
Renda média mensal (2.385) *				
Até ½ SM **	239	16,5	33	3,5
De ½ a 1 SM	706	48,7	276	29,5
De 1 a 2 SM	333	23,0	381	40,7
≥ 2 SM	171	11,8	246	26,3
Trabalha atualmente (4.167)				
Sim	851	30,2	706	52,3
Não	1.966	69,8	644	47,7
Se não está trabalhando, você está: (2.594)				
Desempregado/a	426	21,8	162	25,2
Aposentado/a	339	17,4	197	30,7
Afastado por doença/motivo particular	39	2,0	36	5,6
Dona-de-casa	616	31,6	2	0,3
Estudando	404	20,7	233	36,3
Vivendo de renda	128	6,6	12	1,9

* Nesta variável, foram perdidos 71 dados e 1.714 pessoas referiram não ter renda própria: **48,0%** (n= 1.377) do total de mulheres e **28,7%** (n=377) do total de homens; ** SM: Salário Mínimo vigente em 2007: R\$ 380,00.

Tabela 2 – Características da atividade ocupacional de homens e mulheres trabalhadores da área urbana de Feira de Santana – BA, 2007-2008

Características (N)	Mulheres		Homens		Valor de p
	n	%	n	%	
Ocupação principal (1.568)					< 0,01
Autônomo	290	33,8	253	35,6	
Assalariado/a sem comissão	207	24,1	244	34,4	
Empregado/a doméstico	137	16,0	01	0,1	
Biscateiro/a	65	7,6	62	8,7	
Funcionário/a público	78	9,1	52	7,3	
Assalariado/a com comissão	33	3,8	53	7,5	
Profissional liberal	10	1,2	21	3,0	
Empregador/a - empresário/a	06	0,7	12	1,7	
Cooperativado/a	07	0,8	03	0,4	
Outros	25	2,9	09	1,3	
Contribui para o INSS* (1.535)					
Sim	249	29,7	282	40,5	< 0,01
Não	590	70,3	414	59,5	
Em seu trabalho, você tem direito à folga?*** (829)					0,03
Sim	248	60,9	287	68,0	
Não	159	39,1	135	32,0	

* INSS: Instituto Nacional de Previdência Social

** Inclui apenas os trabalhadores que possuíam algum tipo de vínculo de trabalho com outra pessoa/empresa.

Tabela 3 – Características do trabalho de homens e mulheres da área urbana de Feira de Santana – BA, 2007-2008

Características do trabalho	Mulheres		Homens	
	n	%	n	%
Carteira assinada (1.538)				
Sim	213	25,4	242	34,6
Não	626	74,6	457	65,4
Tipo de contrato de trabalho* (489)				
Oral	168	64,6	108	47,1
Escrito	63	24,2	40	17,5
Não tem	29	11,2	81	35,4
Local de trabalho (1.531)				
Empresa	221	26,3	288	41,7
Repartição pública	108	12,8	73	10,6
Na rua	92	10,9	139	20,2
Em sua própria casa	212	25,3	85	12,3
Na casa de outra pessoa	192	22,8	76	11,0
Outro local	16	1,9	29	4,2
Carga horária semanal (1.557)				
< 20 horas	172	20,2	53	7,5
> 20 a 40 horas	327	38,4	251	35,6
> 40 horas	352	41,4	402	56,9
Turno de trabalho (1.546)				
Diurno fixo	627	74,1	495	70,7
Noturno fixo	27	3,2	38	5,4
Diurno e noturno	128	15,1	108	15,4
Revezamento de turnos	42	5,0	52	7,4
Outros	22	2,6	07	1,0
Acidente de trabalho (1.535)				
Sim	48	5,7	68	9,8
Não	790	94,3	629	90,2

* Incluiu trabalhadores sem vínculo formal de trabalho (sem carteira assinada)

Tabela 4 – Prevalência de doenças autorreferidas, em homens e mulheres trabalhadores de Feira de Santana, BA, 2007-2008

Doenças autorreferidas (N)	Mulheres		Homens		RP*	IC95%**	Valor de p
	n	%	n	%			
Dores de coluna (1.555)							
Sim	440	51,7	278	39,5	1,31	1,17-1,46	<0,001
Não	411	48,3	426	60,5			
Distúrbio do sono (1.556)							
Sim	209	24,6	122	17,3	1,42	1,16-1,73	<0,001
Não	642	75,4	583	82,7			
Hipertensão Arterial (1.556)							
Sim	175	20,6	112	15,9	1,29	1,04-1,61	0,017
Não	676	79,4	593	84,1			
Colesterol Alto (1.556)							
Sim	86	10,1	50	7,1	1,42	1,02-1,99	0,036
Não	765	89,9	655	92,9			
Obesidade (1.556)							
Sim	83	9,8	30	4,3	2,29	1,53-3,44	<0,001
Não	768	90,2	675	95,7			
DORT (1.552)							
Sim	63	7,4	29	4,1	1,79	1,17-2,75	0,006
Não	787	92,6	673	95,9			

DORT: Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho; *Razão de Prevalência. **Intervalo de Confiança de 95%.

Tabela 5- Prevalência de doenças autorreferidas em homens e mulheres não trabalhadores de Feira de Santana, BA, 2007-2008

Agravos à saúde	Mulheres		Homens		RP*	IC95%**	Valor de p
	n	%	n	%			
Dores de coluna (2.607)							
Sim	922	46,9	239	37,2	1,26	1,13-1,41	0,000
Não	1042	53,1	404	62,8			
Distúrbio do sono (2.608)							
Sim	551	28,1	139	21,6	1,30	1,10-1,53	0,001
Não	1413	71,9	505	78,4			
Hipertensão Arterial (2.607)							
Sim	593	30,2	129	20,1	1,50	1,27-1,78	0,000
Não	1371	69,8	514	79,9			
Colesterol Alto (2.606)							
Sim	332	16,9	47	7,3	2,31	1,73-3,10	0,000
Não	1631	83,1	596	92,9			
Obesidade (2.607)							
Sim	172	8,8	22	3,4	2,56	1,66-3,95	0,000
Não	1792	91,2	621	96,6			
DORT (2.605)							
Sim	93	4,7	15	2,3	2,03	1,18-3,47	0,008
Não	1870	95,3	627	97,7			

DORT: Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho; *Razão de Prevalência. **Intervalo de Confiança de 95%.

3.2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E SAÚDE MENTAL: DIFERENCIAIS DE GÊNERO

PSYCHOSOCIAL ASPECTS AT WORK AND MENTAL HEALTH: GENDER DIFFERENTIAL

Samara Bruno Moura Cordeiro

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia, Universidade
Estadual de Feira de Santana (UEFS) – E-mail: samara_bmc@yahoo.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

Maura Maria Guimarães de Almeida

Núcleo de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – E-mail: mesauco@uefs.br

Órgão financiador: Ministério da Saúde (Convênio 1532/2005) e FAPESB (ET 71/2004)

Endereço para correspondência:

Samara Bruno Moura Cordeiro

Email: samara_bmc@yahoo.com.br

Telefone/Fax: (75)81239962

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E SAÚDE MENTAL: DIFERENCIAIS DE GÊNERO

RESUMO

As dimensões psicossociais do trabalho se apresentam de modo diferenciado entre os gêneros. A realidade laboral feminina contribui para formação do estresse ocupacional, que, vivido por longo período, promove efeitos danosos à saúde mental. Este estudo objetivou descrever características psicossociais do trabalho profissional e características do trabalho doméstico segundo gênero, e estimar a prevalência de transtornos mentais comuns segundo algumas variáveis de interesse. Trata-se de um estudo de corte transversal de caráter exploratório, realizado com 1.557 trabalhadores de Feira de Santana – BA, sendo 851 mulheres e 706 homens. Registrou-se elevada proporção de mulheres com baixo controle sobre o próprio trabalho. A alta demanda psicológica foi maior no trabalho dos homens. A alta exigência no trabalho foi vivenciada por 29,4% das mulheres e 27,8% dos homens. O trabalho passivo concentrou 30,6% das trabalhadoras e 27,5% dos trabalhadores. Foi encontrada associação positiva e estatisticamente significativa entre TMC e as variáveis controle, demanda, alta exigência em mulheres e alta demanda psicológica, baixo suporte social global, consumo abusivo de álcool e sobrecarga doméstica em homens. Este estudo fornece dados gerais sobre a situação dos trabalhadores de Feira de Santana e pode contribuir para um melhor conhecimento da sua realidade segundo gênero, identificar dificuldades e desigualdades.

Palavras-chave: características psicossociais do trabalho; transtornos mentais comuns; gênero

PSYCHOSOCIAL ASPECTS AT WORK AND MENTAL HEALTH: GENDER DIFFERENTIAL

ABSTRACT

The psychosocial dimensions of work are presented differently between gender. The reality of female labor contributes to the formation of occupational stress, which lived for a long period harmful effects to promote mental health. This study aimed to describe psychosocial characteristics of professional work and characteristics of domestic work, according to gender and to estimate the prevalence of common mental disorders according to certain variables of interest. This is a cross-sectional study of a descriptive nature, conducted with 1557 employees in Feira de Santana - BA, with 851 women and 706 men. There were high proportions of women with low control over their work. The high psychological demand was greater in men's work. The high strain at work was experienced by 29.4% women and 27.8% of men. The passive work concentrated 30.6% of female workers and 27.5% of workers. Was found positive and statistically significant association between CMD and the variables: control, demand, high strain in women; and demand, low social support overall, alcohol abuse and domestic workload in men. This study provides data on the general situation of workers of Feira de Santana and proposed to contribute to a better understanding of their true gender, identify problems and inequalities

Key words: Psychosocial Characteristics of Work; Common Mental Disorders; Gender

INTRODUÇÃO

Preocupações com as condições e o ambiente de trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores são antigas; entretanto, as atenções eram direcionadas para a doença provocada pela ação de agentes específicos e a ação curativa. A compreensão do caráter social do processo saúde-doença remete à identificação da vida no trabalho como o constructo essencial desse processo, uma vez que o sistema produtivo organiza toda a vida social (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O processo de trabalho orienta a forma de desgaste como também as estratégias de enfrentamento por parte do trabalhador, numa combinação entre o social e o biopsíquico (LAURELL; NORIEGA, 1989). O neoliberalismo e a reestruturação produtiva, ao promoverem uma corrida desenfreada pela produtividade, trouxeram consequências negativas para o cotidiano do trabalho, fazendo com que o aumento de emprego esteja vinculado às formas precárias de inserção no mercado de trabalho, com predomínio do crescimento da informalidade (GUIMARÃES, 2001). O trabalho informal tem sido apontado como a principal forma de discriminação do trabalho feminino no contexto da divisão sexual do trabalho que agrega, ainda, atividades de baixa qualificação e remuneração, além das maiores taxas de desemprego (LUDERMIR, 2000).

A divisão sexual do trabalho organiza-se a partir do princípio da separação em trabalho de homem e trabalho de mulher, e do princípio hierárquico de que o trabalho do homem tem mais valor que o da mulher (HIRATA; KERGOAT, 2007). A partir disso, observa-se que as mulheres distribuem-se, em sua maioria, em atividades tipicamente femininas, nas quais desenvolvem características apreendidas no âmbito doméstico, como cuidar e ensinar (HIRATA; KERGOAT, 2007). Quando os homens exercem as mesmas atividades que as mulheres, com mesmo nível de escolaridade, eles recebem melhores remunerações e ocupam os cargos de maior poder (ARAÚJO et al., 2006; HIRATA; KERGOAT, 2007). A conformação desse processo é de tal magnitude que as mulheres internalizam a desvalorização de seu próprio trabalho, abrindo espaço para as relações de exploração e submissão, estabelecendo a divisão técnica e social do trabalho com a divisão sexual do trabalho (ARAÚJO et al., 2006).

As dimensões psicossociais do trabalho também se apresentam de modo diferenciado entre os gêneros (KARASEK; THEORELL, 1990). O nível de controle das mulheres sobre o próprio trabalho é menor que o dos homens. As demandas psicológicas são ligeiramente maiores para as mulheres. Para estas, existe uma relação negativa entre controle e demanda psicológica no ambiente de trabalho, pois quando a demanda aumenta, o controle sobre o

processo de trabalho diminui (KARASEK; THEORELL, 1990). Já entre os homens, a relação é oposta, quando a demanda cresce, o controle também se eleva. Desse modo, há uma grande proporção de mulheres com alta exigência no trabalho e uma concentração de homens com trabalho ativo (KARASEK; THEORELL, 1990).

Assim, percebe-se que as mulheres tendem a desenvolver funções de subordinação, não detendo grande poder de decisão sobre suas atividades, já os homens ocupam cargos de chefia com alto poder decisório, e também alta exigência psicológica. A realidade laboral feminina contribui para formação do estresse ocupacional que, vivido por longo período, promove efeitos danosos à saúde (KARASEK; THEORELL, 1990; LUNDBERG, 1996; ARAÚJO et al., 2006).

A inserção feminina no mercado produtivo não reduziu a responsabilidade da mulher com o cuidado da família e da casa, o que provocou o acúmulo de atividades, resultando em carga horária global de trabalho superior a dos homens (AQUINO, 1996; AQUINO; MENEZES, 1998). No contexto do trabalho doméstico, a escolaridade funciona como diferencial, visto que as mulheres com doze anos ou mais de estudos dedicam menos tempo aos afazeres domésticos do que aquelas com menos tempo de estudo. Já em relação aos homens ocorre o inverso, quanto maior a escolaridade, mais os homens ajudam nas tarefas do lar (AQUINO; MENEZES, 1998; SOARES; SABÓIA, 2007). A divisão desigual das tarefas domésticas pode gerar conflito na conciliação das atividades e sobrecarga de trabalho, além de desequilíbrio entre trabalho e vida familiar, refletindo em processos patológicos, principalmente sobre a saúde mental (LUNDBERG, 1996; STALAND-NYMAN, ALEXANDERSON; HENSING, 2008; WANG et al., 2008).

Diante dos diferentes papéis sociais de homens e mulheres, tanto no espaço público como no privado, e das condições de trabalho oferecidas de modo desigual, o processo saúde/doença para ambos os sexos apresenta distinções relevantes. As mulheres adoecem mais que os homens, sendo mais prevalentes, entre elas, sintomas relacionados à saúde mental como estresse, ansiedade, nervosismo, transtornos mentais comuns (TMC), sintomas osteomusculares, incluindo LER/DORT, e entre os homens, há maior frequência de tabagismo e etilismo (DUNCAN et al., 1993; SALIM, 2003).

A partir da reflexão no que concerne aos diferenciais de gênero no trabalho e na saúde mental, e no sentido de contribuir para a ampliação do conhecimento desse contexto e favorecer transformações que promovam relações de gênero mais igualitárias, este estudo teve como objetivos: descrever características psicossociais do trabalho profissional e características do trabalho doméstico segundo gênero e estimar a prevalência de transtornos

mentais comuns – (TMC) segundo características psicossociais do trabalho, consumo abusivo de álcool e sobrecarga doméstica, considerando o gênero. Este estudo se propõe a oferecer dados sobre as condições de trabalho e de saúde de uma população urbana e contribuir para a implementação de medidas para a desprecarização do trabalho e promoção da saúde dos trabalhadores considerando os diferenciais de gênero.

MÉTODOS

Realizou-se estudo de corte transversal. O estudo foi realizado com população residente na zona urbana do município de Feira de Santana. Esta cidade é a segunda maior no Estado e a 31ª no país, além de ser o maior entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do Brasil. Sua área territorial é formada por 1.363 km² e a sede possui 111 Km². Tem uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 de 542.476 habitantes.

Tem como principais atividades econômicas o comércio, a prestação de serviços e a indústria. Nos últimos anos, tem ocorrido grande crescimento do setor informal (CDL, 2009).

Os cálculos de amostragem fundamentaram-se na prevalência de transtornos mentais comuns, estimada em 25% (WHO, 2002), assumindo-se erro amostral de 3% e nível de confiança de 95%. A amostra foi definida em 800 indivíduos. Em razão da amostragem ter sido por conglomerado, dobrou-se o seu tamanho, e considerando possíveis recusas e perdas de 20%, o tamanho da amostra passou a ser de 1.920 pessoas.

Para seleção da amostra, definiu-se o percentual na amostra de cada subdistrito baseado no percentual da população por subdistrito; selecionaram-se aleatoriamente os setores censitários de cada subdistrito e, da mesma forma, as ruas pertencentes aos setores amostrados; todos os domicílios das ruas selecionadas fizeram parte da amostra, assim como todos os indivíduos com 15 anos ou mais de idade, trabalhadores ou não, residentes nestes domicílios. Foram realizadas três visitas por domicílio, inclusive aos finais de semana, para minimizar o percentual de perdas.

Para este estudo, foram utilizadas as informações apenas dos indivíduos que referiram estar desenvolvendo alguma atividade profissional no momento da pesquisa. Foram excluídas todas as pessoas que não estavam em exercício profissional: estudantes, desempregados, donas-de-casa, aposentados, afastados por motivo de doença ou motivo particular e que viviam de rendas.

Os dados foram coletados através de um formulário contendo questões sobre características sociodemográficas e do trabalho profissional, hábitos de vida, atividades domésticas, saúde reprodutiva, doenças autorreferidas e saúde mental. Todos os elegíveis foram entrevistados por pessoas previamente treinadas.

Nesta investigação, foram exploradas as características psicossociais do trabalho profissional, suporte social, trabalho doméstico, transtornos mentais comuns e consumo abusivo de álcool. Essas informações foram estratificadas por gênero.

As características psicossociais do trabalho foram avaliadas a partir dos níveis de

controle sobre a atividade laboral e de demanda psicológica abordadas no modelo demanda-controle, através do Questionário sobre o Conteúdo do Trabalho (Job Content Questionnaire - JCQ) (KARASEK; THEORELL, 1990).

O controle no trabalho compreende os aspectos referentes ao uso de habilidades (como aprendizagem de coisas novas, repetitividade, criatividade, tarefas variadas) e a autoridade decisória (habilidade para tomada de decisões sobre o próprio trabalho, influência do grupo de trabalho e influência na política gerencial) (KARASEK; THEORELL, 1990). A demanda psicológica está relacionada às exigências psíquicas das atividades, e pode ser caracterizada por urgência no tempo, nível de concentração, tarefas que são interrompidas com frequência e necessidade de esperar pelo trabalho dos outros (KARASEK; THEORELL, 1990).

Neste estudo, as variáveis controle e demanda foram criadas com base no somatório das questões referentes a estas características (nove questões relativas ao controle e cinco referentes à demanda). Foi realizada a dicotomização do controle (alto e baixo) e da demanda (alta e baixa) utilizando a média como ponto de corte, segundo recomendações do Manual do Job Content Questionnaire (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003). A combinação desses dois indicadores estabeleceu os quatro tipos de situações no trabalho: a “alta exigência no trabalho” (caracterizado por alta demanda e baixo controle), “trabalho ativo” (alta demanda e alto controle), “trabalho passivo” (baixa demanda e baixo controle) e “baixa exigência no trabalho” (baixa demanda e alto controle).

O modelo pressupõe que quando ocorre a situação de alta exigência, há maior exposição, gerando consequências negativas à saúde; já o trabalho passivo pode levar ao prejuízo da atividade laboral, que pode ocorrer em função da motivação diminuída (KARASEK; THEORELL, 1990).

O suporte social foi avaliado através do suporte proveniente da chefia e dos colegas de trabalho. Este conteúdo foi adicionado ao JCQ por Johnson e Hall (1988) formando a terceira dimensão do modelo demanda-controle. O indicador de suporte social global foi criado através da soma das questões referentes a suporte do supervisor e das questões de suporte dos colegas. A categorização (alto, médio e baixo) foi realizada com base nos tercís.

A variável sobrecarga doméstica foi construída a partir do somatório de quatro atividades domésticas (lavar, passar, limpar e cozinhar), ponderadas pelo número de pessoas beneficiadas, residentes no domicílio, com exceção da entrevistada. Foram criadas três categorias baseadas em tercís: baixa, média e alta (AQUINO, 1996).

A avaliação dos transtornos mentais comuns (TMC) foi feita utilizando-se o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), que analisa o grau de suspeição dos transtornos. Foi

estabelecido ponto de corte de sete ou mais respostas positivas para o grupo feminino (ARAÚJO et al., 2003) e cinco ou mais respostas positivas para o grupo masculino (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

O CAGE foi o instrumento utilizado para identificar o uso abusivo de bebida alcoólica. O ponto de corte adotado foram duas ou mais respostas positivas (CASTELLS; FURLANETTO, 2005).

As variáveis foram codificadas e armazenadas em um banco de dados gerado pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 10.0 e, para análise, foram utilizados os programas Epi-Info 6.0 e o R versão 2.12.1.

Na análise descritiva foram identificadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, as quais foram estratificadas por gênero.

As prevalências de TMC foram estimadas para homens e mulheres, incluindo prevalência global e segundo as variáveis de interesse: características psicossociais, consumo abusivo de álcool e sobrecarga doméstica.

Para avaliação de associação entre TMC e as variáveis de interesse foram realizadas análises multivariadas. Foram testados modelos, em separado, para cada exposição de interesse. O quadro 1 descreve os modelos testados. As análises foram feitas estratificadas por gênero.

Quadro 1 – Descrição das variáveis incluídas no modelo completo da análise de regressão logística multivariada

Exposição de interesse	Variáveis testadas na análise de regressão logística	
	Variáveis específicas para cada modelo	Variáveis testadas em todos os modelos
Controle sobre o trabalho	Demanda psicológica, sobrecarga doméstica, suporte social, consumo abusivo de álcool	Situação conjugal Escolaridade Tempo suficiente para o lazer Renda Carga horária semanal Carteira assinada Direito a folga no trabalho Outra atividade com rendimento
Demanda psicológica	Controle, sobrecarga doméstica, suporte social, consumo abusivo de álcool	
Modelo Demanda-Controle*	Sobrecarga doméstica, suporte social, consumo abusivo de álcool	
Suporte social	Sobrecarga doméstica, consumo abusivo de álcool, alta exigência	
Consumo abusivo de álcool (CAGE)	Sobrecarga doméstica, suporte social, alta exigência	
Sobrecarga doméstica	Suporte social, consumo abusivo de álcool, alta exigência	

*Inclui os quadrantes: baixa exigência (grupo de referência), trabalho ativo, trabalho passivo e de alta exigência.

Para a pré-seleção das covariáveis de cada modelo, observaram-se aquelas que apresentaram um p-valor menor ou igual a 0,25 no teste de razão de verossimilhança, na análise de regressão univariada. A significância de cada variável foi reavaliada após a inserção no modelo completo, assim também como aquelas que foram retiradas do modelo na primeira etapa. A análise da significância de cada exposição e a comparação com achados da literatura forneceram subsídio para a decisão de inserção das covariáveis em cada modelo ajustado.

Foram estimadas as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos com 95% de confiança e nível de significância de 5% para identificar achados estatisticamente significantes. Os intervalos de confiança foram estimados usando-se procedimentos do método Delta (OLIVEIRA et al., 1997).

O projeto de pesquisa para a realização deste estudo foi submetido previamente à

apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, tendo sido aprovado (Protocolo 042-2006; CAAE – 0037.0.059.000-06; e Protocolo 068/2010; CAAE 0065.0.059.000-10, projeto e subprojeto respectivamente). Todos os entrevistados tiveram participação voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando todas as orientações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Para a análise dos diferenciais de gênero na população estudada, avaliaram-se as informações de 1.557 trabalhadores, dos quais, 851 (54,7%) eram mulheres e 706 (45,3%) eram homens. A média de idade foi semelhante entre os sexos, sendo de 36,77 (\pm 12,08) anos entre as mulheres e de 36,40 (\pm 12,99) anos entre os homens, revelando uma população de trabalhadores jovens. A maioria dos trabalhadores/as referiu cor da pele parda. As mulheres apresentaram maior percentual nos estratos mais baixos e também nos mais elevados de escolaridade, quando comparadas com homens nos mesmos níveis. Elas ainda estão em maioria na faixa de menor renda (menor ou igual a um salário mínimo) e de não ter um companheiro.

Os homens apresentaram maior percentual no estrato intermediário de escolaridade (ensino fundamental); a metade era casado e apresentou níveis mais elevados de renda (maior que um salário mínimo). Assim, a renda média mensal das mulheres foi consideravelmente menor (R\$ 475,56) do que a dos homens (R\$ 760,84), recebendo 62,5% da renda deles.

Ao se considerar as características psicossociais do trabalho, avaliados pelo modelo demanda-controle de Karasek (KARASEK; THEORELL, 1990), no que se refere ao controle sobre o trabalho, um percentual mais elevado de homens informou que seu trabalho permitia aprender coisas novas, exigia criatividade e alto nível de habilidade. As mulheres apresentaram percentual maior que os homens para trabalho repetitivo (80,2% contra 73,3%). As diferenças dessas características foram significantes (**Tabela 1**).

Analisando as características relacionadas à demanda psicológica no trabalho, verificou-se que as diferenças do trabalho dos homens e das mulheres não foram muito significativas. O trabalho caracterizado como muito duro, com volume excessivo de tarefas e necessidade de muita conversa com outras pessoas foi mais referido pelos homens. As mulheres informaram, em maior percentual, que o tempo para a realização das tarefas era insuficiente (16,8% contra 10,5%) e caracterizaram o seu trabalho como possuidor de situações conflitantes e demandas emocionais.

As demandas físicas do trabalho apresentaram-se distribuídas de forma distinta. A exigência de muito esforço físico e de mover ou levantar cargas pesadas foram características do trabalho masculino. Já a exigência de manter o corpo, a cabeça e os braços em posições incômodas foi mais referida no trabalho feminino, entretanto esta diferença não foi significativa (**Tabela 1**).

Registrou-se elevada proporção de mulheres com baixo controle sobre o próprio trabalho (60,1% contra 55,1% entre os homens). A alta demanda psicológica foi similar entre

homens (47,6%) e mulheres (45,6%). As diferenças nas situações de trabalho avaliadas pelo modelo demanda-controle não foram expressivas segundo gênero. Registra-se, contudo, que os percentuais entre as mulheres, para situação de alta exigência e trabalho passivo foram mais elevadas do que entre os homens; por outro lado, os homens apresentaram percentuais mais elevados para trabalho ativo e de baixa exigência (**Tabela 2**).

As mulheres referiram percentual mais elevado de alto suporte no trabalho do que os homens (35,4% contra 29,5%), enquanto os homens registraram percentuais mais elevados de baixo suporte (42,0% contra 35,2%) (**Tabela 3**). O apoio do supervisor mostrou-se favorável para a maioria dos trabalhadores/as, embora tenha sido maior entre as mulheres para todos os itens avaliados.

O apoio dos colegas também foi apresentado como positivo por ambos os sexos. Apesar disso, mais de 50% dos homens e das mulheres referiram dificuldade de encontrar no trabalho alguém em quem confiar. (**Tabela 3**). Cabe observar o maior percentual de mulheres que referiram que a vida no trabalho e na família interferem uma na outra (21,6% contra 17,6%).

Foram investigadas também as atividades domésticas como limpar a casa, cozinhar, lavar roupa, passar roupa, fazer compras e cuidar de crianças pequenas, com até cinco anos de idade (**Tabela 4**). As mulheres foram as principais responsáveis pela realização completa ou da maior parte de todas estas tarefas, e as diferenças de percentual entre os gêneros foram extremamente elevadas. O maior diferencial encontrado foi para a tarefa de cozinhar (43,1%) e o menor foi para a atividade de fazer compras (13,0%), que foi a tarefa doméstica mais realizada pelos trabalhadores.

O indicador de sobrecarga doméstica evidenciou que metade das trabalhadoras estava em situação de alta sobrecarga (contra 7,7% dos homens), enquanto 59,3% dos homens vivenciavam sobrecarga baixa ou nula (contra 16,2% das mulheres). As comparações realizadas foram estatisticamente significantes (**Tabela 4**). Os achados evidenciaram expressiva desigualdade na divisão sexual dos afazeres domésticos.

Foi encontrada prevalência global de transtornos mentais comuns de 25,4% entre os trabalhadores investigados. Entre os homens, a prevalência foi de 23,6%, já entre as mulheres, foi mais elevada 33,9%. A diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) (**Tabela 5**). As variáveis que permaneceram em cada modelo para análise ajustada da associação de TMC e as variáveis de exposição estão descritas no quadro 2.

Quadro 2 – Descrição das variáveis que permaneceram no modelo final da análise de regressão logística multivariada

Variável exposição de interesse	Variáveis retidas do modelo final	
	Mulheres	Homens
Controle	Escolaridade, renda, tempo suficiente para o lazer	Suporte social, consumo abusivo de álcool, renda, sobrecarga doméstica, carteira assinada, direito a folga no trabalho, outra atividade com rendimento, tempo suficiente para o lazer
Demanda	Escolaridade, renda, tempo suficiente para o lazer, carteira assinada, controle	Suporte social, consumo abusivo de álcool, renda, sobrecarga doméstica, outra atividade remunerada, tempo suficiente para o lazer
Grupos modelo D-C	Escolaridade, renda, tempo suficiente para o lazer, carteira assinada, carga horária semanal	Suporte social, consumo abusivo de álcool, renda, sobrecarga doméstica, tempo suficiente para o lazer
Suporte social	Escolaridade, renda, tempo suficiente para o lazer, carteira assinada, carga horária semanal, sobrecarga doméstica, modelo demanda-controle.	Consumo abusivo de álcool, modelo demanda-controle, renda, outra atividade remunerada
Sobrecarga doméstica	Escolaridade, tempo suficiente para o lazer, carteira assinada, modelo demanda-controle, renda, carga horária semanal	Suporte social, consumo abusivo de álcool, renda, outra atividade remunerada, modelo demanda-controle
Consumo abusivo de álcool	Escolaridade, renda, tempo suficiente para o lazer, carteira assinada, carga horária semanal, sobrecarga doméstica, modelo demanda-controle	Suporte social, renda, direito a folga no trabalho, outra atividade remunerada, modelo demanda-controle

O controle sobre o trabalho apresentou associação positiva e significativa com os TMC tanto entre os homens como entre as mulheres. Os homens que tinham baixo controle no trabalho apresentaram 1,55 vezes mais TMC do que os que tinham alto controle. No entanto, a associação não foi estatisticamente significativa (**Tabela 5**). A prevalência de TMC entre as mulheres com o baixo controle das atividades laborais foi 1,33 vezes maior do que naquelas que tinham alto controle, a níveis estatisticamente significantes (**Tabelas 5**).

A demanda psicológica apresentou associação positiva com TMC. A força de associação entre demanda e TMC aumentou após a análise ajustada no grupo masculino, no qual o estrato de alta demanda apresentou prevalência 2,04 vezes maior de TMC do que o de baixa demanda (**Tabela 5**). As mulheres que tinham alta demanda psicológica no trabalho tiveram uma prevalência 1,38 vezes maior do que o grupo de baixa demanda, ocorrendo a diminuição da associação após o ajuste. O resultado encontrado para ambos os sexos foi significativo estatisticamente (**Tabela 5**).

Observou-se que os grupos de alta exigência, tanto masculino, quanto feminino, registraram altas prevalências de TMC (32,6%; e 48,0% respectivamente). Entre as mulheres sob alta exigência no trabalho foi encontrada, além de maior prevalência de TMC, uma $RP_{ajustada}=1,66$ estatisticamente significativa (**Tabela 5**). No grupo masculino o registro de maior razão de prevalência foi no trabalho de alta exigência ($RP_{ajustada}=1,83$), não sendo encontrada significância estatística para essa diferença (**Tabela 5**).

A terceira dimensão do modelo demanda-controle, o suporte social, apresentou associação positiva com TMC apenas no grupo masculino. Entre os homens, a elevação da prevalência esteve associada significativamente ao baixo suporte ($RP_{ajustada}=2,76$; $p<0,01$), com diminuição da força de associação após o ajuste no modelo de regressão. Entre as trabalhadoras, após o ajuste no modelo, a associação foi anulada, porém não foi encontrada significância estatística. Observou-se que, de acordo com o apoio recebido no trabalho, a repercussão sobre a saúde mental ocorreu de forma bem diferenciada, principalmente no grupo masculino, que apresentou elevada variação entre os estratos (**Tabela 5**).

Ao considerar-se o abuso no consumo de álcool, foi encontrada prevalência global de 7,4%, sendo 10,9% entre os homens e 4,5% entre as mulheres. Na análise de associação entre o abuso no consumo de bebida alcoólica e TMC, encontraram-se as maiores prevalências de TMC em relação às demais variáveis analisadas na tabela 5 em ambos os sexos (54,1% para as mulheres e 58,5% para os homens). As mulheres que sofriam com o consumo excessivo de álcool apresentaram prevalência 1,39 vezes maior ($p>0,05$) do que as que não tinham problemas com álcool. No grupo masculino, a força de associação foi significativa e

praticamente não sofreu alteração após a análise ajustada ($RP_{Bruta} = 3,07$; $RP_{Ajustada} = 3,04$) ($p < 0,01$).

Na avaliação da sobrecarga doméstica e sua relação com TMC, percebeu-se que a prevalência foi mais elevada para o estrato de alta sobrecarga e para o grupo dos homens (39,5% contra 36,2% entre as mulheres). A força de associação elevou-se no grupo masculino após o ajuste ($RP_{Ajustada} = 2,28$) em níveis de estatisticamente significantes (**Tabela 5**). Entre as mulheres, a influência negativa da sobrecarga doméstica sobre a saúde mental perdeu significância estatística após a análise ajustada (**Tabela 5**).

Os resultados evidenciaram que, de modo geral, a prevalência de TMC é mais elevada entre as mulheres, diferindo para os grupos de alcoolistas e de alta sobrecarga doméstica, que tiveram maiores prevalências no grupo masculino.

DISCUSSÃO

Por este ser um estudo de corte transversal, possui características específicas que limitam a análise. Como estudo de prevalência, reflete a realidade de um determinado ponto do tempo, sendo necessários vários estudos, em diferentes momentos, para observar as transformações epidemiológicas em uma população. Além disso, não permite inferir causas sobre as condições de saúde investigadas, e identifica apenas os sobreviventes aos agravos (viés de prevalência), inclusive, aqueles afastados do trabalho por motivo de doença não estão contemplados no estudo, ocorrendo o que se chama de efeito do trabalhador sadio.

Os resultados encontrados demonstraram diferentes perfis na atividade produtiva de homens e mulheres da cidade de Feira de Santana. Independente do tipo de ocupação e nível de escolaridade, foram observadas diferenças de gênero nas características de exigência de alto nível de habilidade, criatividade, aprendizado de coisas novas e repetitividade. As questões relacionadas à demanda psicológica referida de forma negativa foram vividas mais intensamente pelos homens.

As atividades com maior demanda física foram relacionadas ao sexo masculino. Os trabalhos que exigiam grande força física são mais desempenhados por homens, devido à segregação dos postos de trabalho baseado nas características ditas como atributos de gênero (KERGOAT, 1989; GUIMARÃES, 2001).

Os indicadores dicotômicos de controle e de demanda demonstraram que as mulheres detinham menor poder para controlar a maneira de desenvolver suas atividades laborais. Já os homens trabalhavam mais sob alta demanda psicológica. Em estudo realizado apenas com professores foi demonstrado que as mulheres tanto tinham baixo controle no trabalho como alta demanda em proporções maiores que os homens (ARAÚJO et al., 2006). Essas dimensões psicossociais têm sido apontadas por vários estudos como fator de risco para diferentes agravos à saúde, com destaque para a saúde mental (ARAÚJO et al., 2003; WANG et al., 2008; CAMELO; ANGERAMI, 2008).

Outros autores afirmam, ainda, que nem sempre os indicadores usados para medir a demanda psicológica têm conseguido discriminar corretamente os níveis de exigência, quando se trata de ocupações que exigem pouca qualificação. A realidade aqui encontrada evidencia trabalhadores com baixa escolaridade e baixa renda, o que sugere atividades menos qualificadas (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003) e, portanto, limitações relativas à mensuração de demanda no grupo estudado devem ser consideradas.

O trabalho do tipo passivo e o trabalho de alta exigência foram predominantes na população, tanto entre os homens, como entre as mulheres. Ambos caracterizam-se pelo baixo

controle que abrangeu mais da metade dos/as trabalhadores/as. O modelo estabelece que a alta exigência no trabalho, caracterizada pelo baixo controle e por alta demanda, promove situação de estresse no trabalhador e com isso gera adoecimento do organismo (KARASEK; THEORELL, 1990). O trabalho passivo provoca prejuízo da atividade laboral através da desmotivação do trabalhador.

Os resultados revelaram uma situação de precarização do ambiente psicossocial do trabalho, transcendendo a área subjetiva e o modo individual de interpretar a realidade. Pode-se considerar a ocorrência do que Laurell e Noriega (1989) denominaram de cargas com materialidade interna, que se identificam através do corpo do trabalhador e relacionam-se ao processo e organização do trabalho.

O apoio social, de modo geral, foi insatisfatório, visto que mais de um terço dos homens e das mulheres apresentaram baixo suporte. Segundo o modelo demanda-controle-suporte, o baixo suporte social proveniente do supervisor e dos colegas pode funcionar como agravante das repercussões à saúde (KARASEK et al., 1998). Dessa forma, a realidade de baixo suporte social no trabalho vivenciada por considerável percentual dos/as trabalhadores/as, pode funcionar de modo a reforçar ou até mesmo elevar o efeito negativo das precárias condições de trabalho.

No contexto das relações de gênero no trabalho, é imprescindível a avaliação do trabalho doméstico, pois ele modifica a carga global de trabalho e repercute nas horas disponíveis para o lazer, o descanso/sono, e os cuidados com o próprio corpo. Os resultados deste estudo concordaram com outros já realizados que indicaram as mulheres como as maiores responsáveis pelos afazeres domésticos (AQUINO; MENEZES, 1998; GJERDINGEM et al., 2000; BERNTSSON; LUNDBERG; KRANTZ, 2006; SOARES, SABÓIA, 2007; STALAND-NYMAN; ALEXANDERSON; HENSING, 2008).

Na divisão sexual do trabalho doméstico, as mulheres desempenham atividades que não podem ser adiadas e possuem horários rígidos como cozinhar, limpar a casa e cuidar de crianças pequenas. Dessa forma, desenvolvem maior jornada de trabalho. Já os homens ajudavam mais na atividade de fazer compras, que não exigia restrição de tempo. Mais uma vez, a desigualdade da distribuição das tarefas se faz presente fortemente na esfera doméstica.

O mercado de trabalho, no qual a mulher se inseriu e vem ganhando espaço, apenas dá prosseguimento às relações existentes no campo privado, no qual atuam a discriminação e desvalorização do trabalho feminino, inclusive pelas próprias mulheres (CHATIER, 1995; GUIMARÃES, 2001; HIRATA; KERGOAT, 2007). A relação de dominação/submissão está enraizada nas relações sociais e na cultura, fato que leva as mulheres a admitirem as

desigualdades a que são submetidas de maneira naturalizada, fazendo com que estas não assumam uma postura questionadora, que possa transformar essa relação (CHATIER, 1995).

A condição de saúde mental, avaliada através dos transtornos mentais comuns, demonstrou o perfil de maior adoecimento das mulheres. A prevalência global de TMC encontrada para as mulheres foi de 33,9%, contra 23,6% nos homens. Outros estudos com populações específicas de trabalhadores também encontraram altas taxas de comprometimento mental entre as mulheres: 56,8% em professoras da rede municipal (ARAÚJO et al., 2006), 54,4% em trabalhadoras informais e 49,2% em donas de casa (LUDERMIR, 2000), 33,3% em profissionais de enfermagem (ARAÚJO et al., 2003). Entre os homens, estudos encontraram 19% em trabalhadores informais (LUDERMIR, 2000), 20,3% em eletricitários (SOUZA et al., 2010) e 34,0% em professores (ARAÚJO et al., 2006). O maior sofrimento mental das mulheres em relação aos homens pode estar relacionado às condições precarizadas de trabalho e à sobrecarga de atividades, considerando que as mulheres são as maiores responsáveis pelas tarefas domésticas, começando uma nova jornada de atividades ao encerrar o expediente profissional. Esta situação promove conflito na realização das tarefas e desgaste físico e emocional, como demonstrado em outros estudos (LUNDBERG, 1996; STALAND-NYMAN; ALEXANDERSON; HENSING, 2008).

As dimensões psicossociais do trabalho revelaram-se como importantes fatores preditores de TMC. Entre as mulheres, tanto o controle sobre o trabalho, quanto a demanda psicológica apresentaram associação positiva significativa com os transtornos mentais comuns. Entre os homens, a alta demanda apresentou-se mais fortemente associada aos TMC, do que o controle. Na análise simultânea dos dois fatores, a alta exigência no trabalho registrou associação positiva com TMC para as trabalhadoras. Entre os homens, não se encontrou associação positiva de alta exigência com TMC, neste caso, pode ser considerado como possível fator de influência, o fato de não ter sido registrada associação positiva entre controle e TMC entre os trabalhadores.

A prevalência de TMC em alta exigência foi maior do que quando alta demanda ou baixo controle foram analisados isoladamente, indicando que as duas situações vividas simultaneamente aumentavam os efeitos negativos sobre a saúde. Estes achados estão em concordância com vários estudos que confirmaram associação positiva entre alta exigência no trabalho e adoecimento mental (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003; ARAÚJO et al., 2003; WANG et al., 2008; SOUZA et al., 2010).

O baixo apoio social confirmou associação positiva com TMC, somente entre os homens, fato que não deixa de reafirmar a predição do modelo demanda-controle-suporte

(KARASEK et al., 1998), que é relatado em outros estudos (ARAÚJO et al., 2003; PORTO et al., 2006; SOUZA et al., 2010). Foi encontrada uma grande força de associação entre TMC e o baixo suporte social no trabalho dos homens, ainda que a maior prevalência tenha ocorrido entre as trabalhadoras.

O consumo abusivo de álcool revelou-se como um importante agravado da saúde mental dos homens e também como preditor de TMC, uma vez que as maiores prevalências de TMC, em ambos os sexos, ocorreram entre os etilistas. A prevalência do abuso no consumo de álcool foi semelhante aos resultados de outros estudos (7,4%) (DUNCAN et al., 1993; BRASIL, 2004). Na estratificação por gênero, a prevalência de alcoolismo foi elevada (10,9% entre os homens e 4,5% entre as mulheres), outras pesquisas encontraram 13% em homens (DUNCAN et al., 1993) e 1,2% em mulheres (ARAÚJO et al., 2006). Este fato é extremamente preocupante, visto que o uso de álcool promove impacto nas condições de saúde, de trabalho e na família, além de gastos públicos e privados. Podem repercutir, ainda, em violência, suicídio e acidentes de trânsito (BRASIL, 2004).

A sobrecarga doméstica, representando atividade adicional ao trabalho profissional e que eleva a carga horária global de trabalho confirmou associação positiva com TMC entre os homens. Observou-se que a situação de alta sobrecarga doméstica promoveu maior impacto sobre a saúde mental dos homens, que apresentaram maior prevalência de TMC com maior força de associação. Pode-se considerar que, mesmo que a demanda de tarefas domésticas tenha sido alta para ambos os sexos, os homens têm maior dificuldade de assimilar esta carga de trabalho, visto que culturalmente não foram preparados para esta realidade, ao contrário das mulheres que convivem desde muito jovens com a situação de trabalho doméstico. Este resultado diverge de outros estudos que demonstraram maior adoecimento feminino na associação com sobrecarga doméstica (BERTNSSON; LUNDBERG; KRANTZ, 2006).

Verificou-se alta desigualdade sexual no desenvolvimento dos afazeres domésticos, o que demonstra pouca ou nenhuma mudança na cultura da predominância feminina no trabalho do ambiente privado. Outros estudos realizados em população de países desenvolvidos também confirmaram a desigualdade sexual do trabalho doméstico (GJERDINGEM et al., 2000; BERTNSSON; LUNDBERG; KRANTZ, 2006; STALAND-NYMAN; ALEXANDERSON; HENSING, 2008). Assim como o âmbito doméstico é marcado por vivências diferenciadas entre os sexos, compreende-se que este ambiente interno estende-se para a realidade profissional e que homens e mulheres vivem situações de trabalho de modo distinto (HIRATA; KERGOAT, 2007) e assim a repercussão e a percepção dos eventos relacionados à saúde também são diferentes.

Os estudos e as discussões sobre as relações de gênero têm crescido bastante, principalmente a partir dos anos 2000 (AQUINO, 2006). A produção bibliográfica sobre a temática é considerável e acredita-se que se pode dar início a uma nova cultura que promova, em um futuro próximo, relações sociais de gênero mais equânimes.

Este estudo se propôs a colaborar para um melhor conhecimento da realidade dos trabalhadores segundo gênero, identificar dificuldades e desigualdades. A fim de contribuir com os formuladores de políticas e programas sociais que atuem na correção dos entraves sociais e econômicos, considerando os diferenciais de gênero.

Por ter caráter exploratório, esta investigação abre caminho para outras, com metodologias específicas, no sentido de aprofundar o conhecimento das relações evidenciadas, tanto das características do trabalho como das condições de saúde mental, incorporando indicadores de sobrecarga doméstica.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, E.M.L. Gênero e saúde: perfil e tendência da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n. Esp, p.121-32, 2006.
- AQUINO, E.M.L. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial**: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia [tese de doutorado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da UFBA; 1996.
- 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; AQUINO, E; MENEZES, G; SANTOS, C.O; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.4, p.424-33, 2003.
- ARAÚJO, T.M; GODINHO, T.M; REIS, EJFB; ALMEIDA, MMG. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.1117-1129, 2006.
- ARAÚJO, T.M; GRAÇA, C.C; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.4, p.991-1003, 2003.
- BERNTSSON, L; LUNDBERG, U; KRANTZ, G. Gender differences in work-home interplay and symptom perception among Swedish white-collar employees. **J. Epidemiol Community Health**, v.60, n.12, p.1070-6, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Instituto Nacional de Câncer/ Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- CÂMARA DOS DIRIGENTES LOGISTAS DE FEIRA DE SANTANA – CDL. Disponível em: <http://www.cdifs.com.br/feiradesantana.php>. Acessado em 10/11/2009.
- CAMELO, S.H.H; ANGERAMI, E.L.S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.7, n.2, p.232-240, 2008.
- CASTELLS, M.A; FURLANETTO, L.M. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent in patients on hospital wards. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v.27, n.1, p.54-7, 2005.
- CHATIER, R. Diferença entre os sexos e dominação simbólica. **Cadernos Pagu**, v.4, p.37-47, 1995.
- DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I; POLANCZYK, C.A; HOMRICH, C.S; ROSA, R.S; ACHUTTI, A.C. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região Sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. **Rev. de Saúde Pública**, v.27, n.1, p.143-8, 1993.

GJERDINGEN, D; MCGOVERN, P; BEKKER, M; LUNDBERG, U; WILLEMSSEN, T. Women's work roles and their impact on health, well-being, and career: comparisons between the United States, Sweden, and The Netherlands. **Women Health**, v.31, n.4, p.1-20, 2000.

GUIMARÃES, J.R.S. Participação feminina no mercado de trabalho: expansão e iniquidade. **Bahia Análise e Dados**, v.10, n.4, p.154-168, 2001.

HIRATA, H; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho [Trad. Fátima Murad]. **Cadernos de Pesquisa**, v.37, n.132, p.595-609, 2007.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Mensal de Emprego**. Algumas características da inserção das mulheres no mercado de trabalho: Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre 2003-2008. Rio de Janeiro, 2008.

JOHNSON, J.V; HALL, E.M. Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, v.86, n.3, p.324-331, 1988.

KARASEK, R; BRISSON, C; KAWAKAMI, N; HOUTMAN, I; BONGER, P. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of occupational health psychology**, v.3, n.4, p.322-355, 1998.

KARASEK, R.; THEORELL, T. **Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life**. New York: Basic Books; 1990.

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

LAURELL AC, NORIEGA M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

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

LUNDBERG, U. Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress responses of men and women. **J. Occup Health Psychol**, v.1, n.2, p.117-130, 1996.

OLIVEIRA, N.F; SANTANA, V.S; LOPES, A.A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.1, p.90-9, 1997.

PORTO, L.A et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.5, p.818-26, 2006.

SALIM, C.A. Doenças do trabalho – exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, n.1, p.11-24, 2003.

SANTOS, K.O.B; ARAÚJO, T. M; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.1, p.214-22, 2009.

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.

SOUZA, S.F; CARVALHO, F.M; ARAÚJO, T.M; PORTO, L.A. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.4, p.710-7, 2010.

STALAND-NYMAN, C; ALEXANDERSON, K; HENSING, G. Associations between strain in domestic work and self-rated health: a study of employed women in Sweden. **Scand J. Public-Health**, v.36, n.1, p.21-7, 2008.

WANG, J.L; LESAGE, A; SCHMITZ, N; DRAPEAU, A. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: finding from a population-based study. **J. Epidemiol Community Health**, v.62, n.1, p.42-7, 2008.

WHO. **The World Health Report 2001. Mental Health**: new understanding, new hope. Lisboa, 2002.

ANEXOS

TABELAS

TABELA 1 – Características psicossociais do trabalho, segundo gênero, em trabalhadores de Feira de Santana, 2007/2008.

Característica	Homens		Mulheres		Valor de p
	n	%	n	%	
Controle sobre o próprio trabalho					
O trabalho permite aprender coisas novas	576	82,0	645	76,1	0,005
O trabalho é repetitivo	516	73,3	679	80,2	0,001
O trabalho é criativo	600	85,5	690	81,7	0,044
O trabalho exige alto nível de habilidade	641	91,1	711	84,0	<0,001
O trabalho envolve a realização de muitas tarefas diferentes	489	69,5	585	69,0	0,807
Oportunidade de desenvolver suas habilidades especiais	517	73,4	594	70,2	0,160
O trabalho permite tomar decisões sobre as tarefas que realiza	454	64,6	513	60,8	0,124
Demanda psicológica					
O trabalho é muito duro	312	44,4	325	38,4	0,018
Trabalha muito rapidamente	355	50,5	436	51,5	0,684
Volume excessivo de trabalho	393	55,9	420	49,8	0,016
Tempo insuficiente para realização de tarefas	74	10,5	142	16,8	<0,001
Situações conflitantes no trabalho	211	30,0	313	37,2	0,003
Trabalha durante o horário de pausa	265	37,7	359	42,5	0,058
O trabalho envolve muita negociação/conversa com outras pessoas	575	81,9	632	75,0	0,001
Demanda emocional					
Presença de demandas emocionais	321	45,6	433	51,2	0,026
Necessidade de omitir as emoções no trabalho	393	56,0	473	56,1	0,993
Demanda física no trabalho					
O trabalho exige muito esforço físico	387	55,1	387	45,8	<0,001
Trabalho exige mover ou levantar cargas pesadas no trabalho	274	39,0	195	23,1	<0,001
O trabalho exige manutenção do corpo, por longos períodos em posições incômodas	390	55,4	477	56,3	0,716
O trabalho exige manutenção da cabeça e dos braços, por longos períodos em posições incômodas	351	49,8	460	54,4	0,072

TABELA 2 – Características psicossociais do trabalho de acordo com o gênero, em trabalhadores de Feira de Santana, 2007/2008.

Características psicossociais do trabalho (N)	Homens		Mulheres		Valor de p
	n	%	n	%	
Controle sobre o trabalho (1.517)					
Baixo	382	55,1	495	60,1	0,05
Alto	311	44,9	329	39,9	
Demanda psicológica (1.533)					
Baixa	366	52,4	454	54,4	0,41
Alta	333	47,6	380	45,6	
Grupos de Demanda-Controle (1.504)					
Baixa exigência	173	25,1	190	23,3	0,19
Trabalho passivo	189	27,5	250	30,6	
Trabalho ativo	135	19,6	136	16,7	0,59
Alta exigência	191	27,8	240	29,4	0,34

TABELA 3 – Características do suporte social no trabalho, segundo gênero, em trabalhadores de Feira de Santana, 2007/2008.

Características	Homens		Mulheres		Valor de p
	n	%	n	%	
Suporte Social Global					
Baixo	165	42,0	147	35,2	0,032
Médio	112	28,5	123	29,4	0,405
Alto	116	29,5	148	35,4	-
Suporte da chefia					
Supervisor preocupa-se com sua equipe de trabalho	306	77,1	364	80,0	0,299
Supervisor ajuda a fazer o seu trabalho	203	50,9	247	54,1	0,354
Supervisor lhe trata com respeito	378	94,7	443	96,5	0,201
Suporte dos colegas					
Os colegas de trabalho são amigáveis	435	94,1	487	95,7	0,279
As pessoas ajudam umas às outras a fazer o trabalho	392	84,5	416	82,3	0,379
Os colegas de trabalho lhe tratam com respeito	450	96,8	487	98,1	0,161
Trabalho em equipe					
Ocorre divisão de forma igualitária das dificuldades do trabalho	383	82,7	405	81,4	0,573
Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem você trabalha	424	91,2	465	92,6	0,409
A vida no trabalho e na família interferem uma na outra	93	17,6	137	21,6	0,084
Dificuldade de encontrar no trabalho alguém em quem se possa confiar	283	59,2	314	58,8	0,896
As pessoas encorajam umas às outras a trabalharem mais rapidamente	228	49,1	242	49,3	0,937

TABELA 4 – Grau de responsabilidade pela atividade doméstica realizada por trabalhadores de Feira de Santana, segundo gênero, 2007/2008.

Grau de responsabilidade pela atividade doméstica (N)	Homens		Mulheres		Valor de p
	n	%	n	%	
Limpar a casa (1.551)					
Não faz	329	46,9	83	9,8	
Faz a menor parte ou divide igualmente	315	44,8	378	44,6	
Faz a maior parte ou inteiramente	58	8,2	388	45,7	<0,001
Cozinhar (1.553)					
Não faz	468	66,5	130	15,3	
Faz a menor parte ou divide igualmente	186	26,4	293	34,6	
Faz a maior parte ou inteiramente	50	7,1	426	50,2	<0,001
Lavar roupa (1.552)					
Não faz	511	72,4	141	16,7	
Faz a menor parte ou divide igualmente	143	20,3	318	37,6	
Faz a maior parte ou inteiramente	52	7,4	387	45,7	<0,001
Passar roupa (1.553)					
Não faz	559	79,3	278	32,8	
Faz a menor parte ou divide igualmente	109	15,4	256	30,2	
Faz a maior parte ou inteiramente	37	5,3	314	37,0	<0,001
Fazer compras (1.550)					
Não faz	232	33,0	185	21,9	
Faz a menor parte ou divide igualmente	282	40,0	323	38,2	
Faz a maior parte ou inteiramente	190	27,0	338	40,0	<0,001
Cuidar de crianças** (539)					
Não faz	90	39,6	65	20,8	
Faz a menor parte ou divide igualmente	129	56,8	128	41,0	
Faz a maior parte ou inteiramente	08	3,5	119	38,1	<0,001
Sobrecarga doméstica (1.542)					
Alta	54	7,7	421	50,0	<0,001
Média	231	33,0	285	33,8	<0,001
Baixa/nula*	415	59,3	136	16,2	

**Crianças até 5 anos de idade.* Grupo de referência.

TABELA 5 – Prevalência de TMC, razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança, segundo controle, demanda psicológica, grupos do modelo demanda-controle, suporte social global, CAGE e sobrecarga doméstica. Feira de Santana, BA, 2007/2008.

Variável	Homens			Mulheres		
	%	RP Bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)	%	RP Bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)
TMC						
Suspeito	23,6	-	-	33,9	-	-
Controle sobre o trabalho						
Alto ¹	16,7	1,00	1,00	26,3	1,00	1,00
Baixo	28,3	1,70 (1,19-2,43)**	1,55 (0,65-3,75)	39,0	1,48 (1,44-1,52)***	1,33 (1,01-1,74)*
Demanda psicológica						
Baixa ¹	18,1	1,00	1,00	28,1	1,00	1,00
Alta	30,9	1,71 (1,24-2,36)***	2,04 (1,11-3,76)*	40,7	1,45 (1,41-1,48)***	1,38 (1,07-1,78)*
Grupos do modelo D-C						
Baixa exigência ¹	9,0	1,00	1,00	26,6	1,00	1,00
Trabalho passivo	25,0	2,77(1,48-5,19)***	1,11 (0,72-1,73)	30,0	1,13 (0,82-1,55)	1,09 (0,81-1,47)
Trabalho ativo	27,8	3,09 (1,59-6,01)***	1,44 (0,88-2,38)	26,5	1,00 (0,67-1,48)	0,87 (0,58-1,29)
Alta exigência	32,6	3,61 (1,95-6,68)***	1,83 (0,98-3,39)	48,0	1,80 (1,35-2,40)***	1,66 (1,29-2,14)***
Suporte social global						
Alto ¹	9,1	1,00	1,00	24,4	1,00	1,00
Médio	15,9	1,74 (0,73-4,14)	0,56 (0,25-1,42)	30,2	1,24 (0,81-1,90)	1,09 (0,67-1,76)
Baixo	30,3	3,34 (1,57-7,10)***	2,76 (1,41-5,42)**	36,0	1,48 (1,00-2,18)*	0,98 (0,62-1,56)
Consumo abusivo de álcool						
Não ¹	19,1	1,00	1,00	32,6	1,00	1,00
Sim	58,5	3,07 (2,28-4,18)***	3,04 (1,49-6,17)**	54,1	1,66 (1,21-2,27)**	1,39 (0,57-3,37)
Sobrecarga doméstica						
Baixa ¹	20,1	1,00	1,00	25,9	1,00	1,00
Média	25,7	1,28 (0,91-1,80)	0,78 (0,42-1,45)	34,4	1,33 (0,94-1,89)	0,98 (0,75-1,28)
Alta	39,5	1,96 (1,27-3,04)**	2,28 (1,12-4,66)*	36,2	1,40 (1,00-1,96)*	1,03 (0,79-1,33)

¹Grupos de referência. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de confiança

Nota: Os ajustes foram feitos com as variáveis que permaneceram nos modelos obtidos na análise de regressão logística múltipla e estão descritas no Quadro 2.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação foi desenvolvida a partir do interesse de conhecer os diferenciais de gênero na realidade do trabalho e da situação de saúde da população de Feira de Santana. A investigação foi desenvolvida a partir dos seguintes objetivos: 1) analisar diferenciais de gênero com relação a características sociodemográficas e características do trabalho de residentes da zona urbana de Feira de Santana, Bahia; 2) descrever características psicossociais do trabalho profissional e características do trabalho doméstico segundo gênero; 3) estimar a prevalência de agravos autorreferidos, transtornos mentais comuns – TMC e alcoolismo na população de Feira de Santana - BA, de acordo com o gênero; 4) avaliar a associação entre características do trabalho e saúde mental dos trabalhadores de Feira de Santana, considerando diferenciais de gênero. O formato de artigo foi escolhido para apresentar os resultados da pesquisa, que foram organizados em dois artigos.

O primeiro artigo concentrou as informações referentes às características sociodemográficas, às características gerais do trabalho e frequência de agravos autorreferidos. No segundo artigo, foram abordadas as questões relativas às características psicossociais do trabalho profissional, características do trabalho doméstico, transtornos mentais comuns e alcoolismo.

Através destas investigações foi possível identificar o perfil sociodemográfico da população urbana de Feira de Santana, utilizando uma amostra representativa. Os achados revelaram uma população relativamente jovem, com maioria do sexo feminino, predominaram pessoas casadas ou em união estável e com baixa escolaridade.

Encontrou-se uma reduzida inserção feminina no mercado de trabalho e uma tendência de precarização do trabalho feminino, com atividades de menor status, menor remuneração, maior vulnerabilidade, insegurança no trabalho, com predominância de postos de trabalho informal e subordinação.

Na abordagem das características psicossociais, as mulheres continuaram submetidas às piores condições no ambiente de trabalho, com baixo controle sobre o próprio trabalho desenvolvido, quando comparadas aos homens. A alta exigência no trabalho foi mais elevada entre as mulheres.

A realidade laboral encontrada coaduna com a literatura existente e fortalece a hipótese de processos diferenciados de valorização e desvalorização do trabalho masculino e feminino. É importante salientar que as desigualdades encontradas ocorrem independentes da ocupação desenvolvida, demonstrando ser uma característica da sociedade. Entretanto, faz-se necessário

estudar grupos ocupacionais específicos a fim de identificar onde estas características ocorrem com maior intensidade, e assim, proporcionar ações direcionadas para a melhoria das condições de trabalho da população, considerando aqueles que se encontram em maior desvantagem, ou seja, atuando com equidade.

A situação de saúde também foi mais agravante para as mulheres, foi encontrada maior prevalência para todos os agravos autorreferidos e transtornos mentais comuns, exceto para o alcoolismo, que foi maior entre os homens.

Os resultados são discutidos considerando a possível associação da situação de saúde com a maior precarização das condições do trabalho feminino, e a sobrecarga de atividades das mulheres em relação aos homens, uma vez que foi evidenciado que as mulheres são as maiores responsáveis pela realização das tarefas domésticas. Então, pode ocorrer conflito na conciliação da atividade profissional com a doméstica gerando adoecimento. Considera-se também a diferença entre os sexos em referir os problemas de saúde e na busca por serviços de saúde. As mulheres referem mais os seus problemas de saúde e se empenham mais na realização de exames de rotina.

Trabalhos futuros sobre a atividade profissional, incorporando o trabalho doméstico devem ser realizados acrescentando também aspectos relativos ao poder e dominação masculina para compreender melhor os diferenciais de gênero.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.F; BARATA, R.B; MONTEIRO, C.V; SILVA, Z.P. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.4, p.743-56, 2002.
- ALVES, M.G.M. Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): **Escola Nacional de Saúde Pública**; 2004.
- ANTUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, P. FRIGOTTO, G. **A cidadania negada** – políticas de exclusão na educação e no trabalho. 3 ed. São Paulo: Cortez [Buenos Aires – Argentina]: Clacso, 2002, p. 35-48.
- AQUINO, E.M.L. Gênero e saúde: perfil e tendência da produção científica no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n. Esp, p.121-32, 2006.
- 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; MARINHO, L. F. B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cad. de Saúde Pública**, v.11, n.2, p.281-290, abr/jun, 1995.
- 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, p.131-141, 1998.
- ARAÚJO, T. M; AQUINO, E; MENEZES, G. SANTOS, C.O; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.4, p.424-33, 2003.
- ARAÚJO, T. M; GRAÇA, C.C; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n.4, p. 991-1003, 2003.
- ARAÚJO, T.M; GODINHO, T.M; REIS, E.J.F.B; ALMEIDA, M.M.G. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 1117-1129, 2006.
- 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. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil**, v.5, n.3, p.337-48, 2005.
- AREIAS, M.E.Q; GUIMARÃES,L.A.M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Rev. Psicologia em estudo**, v. 9, n. 2, p. 255-262, mai/ ago, 2004.
- BARTLEY, M.; POPAY, J.; PLEWIS, I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. **Sociology of health and illness**. n.14, p.313-143, 1992.

BEAUVOIR, S. O Segundo Sexo: Fatos e Mitos. vol. 1 [Trad. Sergio Milliet]. 4ª Ed. São Paulo: **Difusão Européia do Livro**; 1970.

BERNTSSON, L; LUNDBERG, U; KRANTZ, G. Gender differences in work-home interplay and symptom perception among Swedish white-collar employees. **J. Epidemiol Community Health**, v.60, n.12, p.1070-6, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Instituto Nacional de Câncer/ Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: **INCA**, 2004.

BRITO, J.C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.1, p.195-204, 2000.

BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.Supl. 2, p.141-4, 1997.

BRITO, J; OLIVEIRA. Divisão sexual do trabalho e desigualdades nos espaços de trabalho. In: SILVA FILHO, J.F; JARDIM, S. (Org.). **A danação do trabalho - organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Corá editora, p. 235-263, 1998.

BUTTO, A. Gênero, família e trabalho. In: **Mulher e Política – Gênero e feminismo no Partido dos trabalhadores**. São Paulo: Perseu Abramo, p. 71-83, 1998.

CALAIS, S. L; ANDRADE, L. M. B de; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. **Rev. Psicol. Reflex. Crit**, v.16, n. 2, 2003. Disponível em < www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722003000200005&script=sci_arttext >. Acessado em 17 março 2007.

CÂMARA DOS DIRIGENTES LOGISTAS DE FEIRA DE SANTANA – CDL. Disponível em: <http://www.cdlds.com.br/feiradesantana.php>. Acessado em 10/11/2009.

CAMELO, S.H.H; ANGERAMI, E.L.S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.7, n.2, p.232-240, 2008.

CARVALHO, M. E. **Consciência de gênero na escola**. João Pessoa: Universitária UFPB, 2000.

CASTELLS, M.A; FURLANETTO, L.M. Validity of the CAGE questionnaire for screening alcohol-dependent in patients on hospital wards. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v.27, n.1, p.54-7, 2005.

CASTRO, M.G. O Conceito de gênero e as análises sobre mulher e trabalho: notas sobre impasses teóricos. **Caderno CRH**, n.17, 1992, p.80-105. Disponível em: <<http://www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=358>>. Acesso em: 16.12.2009.

CHATIER, R. Diferença entre os sexos e dominação simbólica. **Cadernos Pagu**. n.4, p.37-47, 1995.

DANTAS, J; MENDES, R; ARAÚJO, T. M. Hipertensão Arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma Refinaria de Petróleo. **Rev. Bras. Méd. Trab**, v. 2, n. 1, p. 55-68, jan/mar, 2004.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho** – Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5 ed.[Trad. Ana Isabel Paraguay; Lúcia Leal Ferreira] São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DELCOR, N. S. **Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino em Vitória da Conquista – BA**. 2003. Dissertação de Mestrado, Salvador: Departamento de Medicina – Universidade Federal da Bahia.

DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; POLANCZYK, C.A.; HOMRICH, C.S.; ROSA, R.S.; ACHUTTI, A.C. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região Sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. **Rev. de Saúde Pública**. v.27, n.1, p.143-8, 1993.

FISCHER, F.M; LIEBER, R.R; BROWN, F.M. Trabalho em Turnos e as Relações com a Saúde-Doença. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

FRANKENHAUSER, M. The psychophysiology of sex differences as related to ocupacional status. In: FRANKENHAUSER, M; LUNDBERG, U; CHESNEY, M. **Women, work and stress - stress and opportunities**. New York and London: Plenum Press, 1991, p. 39-61.

GALEAZZI, I.M.S. **Mulheres trabalhadoras: a chefia da família e os condicionantes de gênero**. Mulher e trabalho. Porto Alegre: FEE, 2001.

GIANNASI, F. A Precarização do trabalho da mulher e seus impactos sobre a saúde. In: OLIVEIRA, E. M. SCAVONE, L. **Trabalho, saúde e Gênero** – Na era da globalização. Goiania: AB, 1997.

GJERDINGEN, D; MCGOVERN, P; BEKKER, M; LUNDBERG, U; WILLEMSSEN, T. Women's work roles and their impact on health, well-being, and career: comparisons between the United States, Sweden, and The Netherlands. **Women Health**, v.31, n.4, p.1-20, 2000.

GOLDANI, A. M. Família, Gênero e Políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Rev. Bras. de Estudos de População**, v.19, n.1, jan/jun. 2002.

GUEDES, M.C. **As mulheres de formação universitária: a reversão da desigualdade de gênero e seus reflexos no mercado de trabalho Brasil: 1970-2000** [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional das Ciências Estatísticas; 2004.

GUIMARÃES, J. R. S. Participação feminina no mercado de trabalho: expansão e iniquidade. **Bahia Análise e Dados**, v.10, n.4, p.154-168, mar, 2001.

HEILBORN, M.L. Gênero, Sexualidade e Saúde. In: **Saúde, Sexualidade e Reprodução - compartilhando responsabilidades**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1997, p. 101-110.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho [Trad. Fátima Murad]. **Cadernos de Pesquisa**, v.37, n.132, p.595-609, 2007.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Mensal de Emprego**. Algumas características da inserção das mulheres no mercado de trabalho: Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre 2003-2008. Rio de Janeiro, 2008.

JOHNSON, J. V.; HALL, E.M. Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, v.86, n.3, p.324-331, 1988.

KARASEK, R. A; Job Demand, job decision latitude and mental strain implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, n.24, p. 285-308, 1979.

KARASEK R.; THEORELL T. **Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life**. New York, Basic Books, 1990.

KARASEK, R; BRISSON, C; KAWAKAMI, N; HOUTMAN, I; BONGERS, P. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of occupational health psychology**. v.3, n.4, p.322-355, 1998.

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

LAURELL, A.C; NORIEGA M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAUTIER, B; PEREIRA, J.M. Representações sociais e construção do mercado de trabalho: empregadas domésticas e operários da construção civil na América Latina. **Cad. CRH**, v.21, p.125-51, 1994.

LUBISCO, N.M.L; VIEIRA, S.C; SANTANA, I.V. **Manual de estilo acadêmico: Monografias, dissertações e teses**. ed. 4, Salvador: EDUFBA, 2008.

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

LUNDBERG, U. Influence of paid and unpaid work on psychophysiological stress responses of men and women. **J. Occup Health Psychol**, v.1, n.2, p.117-130, 1996.

NAKAYAMA, M. K; BITENCOURT, C. **Processo de mudança e estresse ocupacional**, 2003. Disponível em < www.unicap.br/marina/estresse.html > Acesso em 12/01/07.

NOGUEIRA, D.P.; LAURENTI, R. Absenteísmo por doença em mulheres. **Rev. de Saúde Pública**. n.9, p.393-9, 1975.

OLINTO, M.T.A. Reflexões sobre o uso de gênero e /ou sexo em epidemiologia: um exemplo dos modelos hierarquizados de análise. **Revista Bras. de Epidemiologia**, v.1, n.2, p.162-169, 1998.

OLIVEIRA, N.F; SANTANA, V.S; LOPES, A.A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.1, p.90-9, 1997.

PELLETIER, K.R. **Healthy people in unhealthy places: stress and fitness at work**. New York: Pelacorte, 1984.

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

PINHEIRO, R.S; BRITO, A.S; VIACAVA, F; TRAVASSOS, C. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.4, p.687-707, 2002.

PINHEIRO, L.R.S; MONTEIRO, J.K. Refletindo sobre desemprego e agravos à saúde mental. **Cad. Psicol. Social do Trabalho**, v.10, n.2, p.35-45, 2007.

PORTO, L.A et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.5, p.818-26, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA – **Cidade**. Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br/conteudo.asp?id=6>, acesso em 10/11/2009.

REIS, E.J. B; CARVALHO, F. M; ARAÚJO, T. M; PORTO, L.A; SILVANY NETO, A.M. Trabalho e Distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista – BA, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v.25, n.5, p. 11480-90, 2005.

REIS, R.J.; PINHEIRO, T.M.M.; NAVARRO, A.; MARTIN, M.M. Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões por esforços repetitivos. **Rev. Saúde Pública**. v.34, n.3, p.292-98, 2000.

ROSSI, A. M; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais de saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2005.

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

SALIM, C.A. Doenças do trabalho – exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo em Perspectiva**. n.17, v.1, p.11-24, 2003.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Rev. Saúde Pública**, v.40, special issue, ago, 2006.

SANTANA, V; MAIA, A. P; CARVALHO, C; LUZ, G. Acidentes de trabalho não fatais; diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.2, p.481-93, 2003.

SANTOS, K.O.B; ARAÚJO, T. M; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.1, p.214-22, 2009.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. v.16, n.2, p. 5-22, 1990.

SCOTT, J.W. O enigma da igualdade. **Rev. Est. Fem**, v.3, n.1, p.11-30, 2005.

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.

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.

SOUZA-LOBO, E. **A Classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

SOUZA, S.F; CARVALHO, F.M; ARAÚJO, T.M; PORTO, L.A. Fatores psicossociais do trabalho e transtornos mentais comuns em eletricitários. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.4, p.710-7, 2010.

STALAND-NYMAN, C; ALEXANDERSON, K; HENSING, G. Associations between strain in domestic work and self-rated health: a study of employed women in Sweden. **Scand J. Public-Health**, v.36, n.1, p.21-7, 2008.

TRAVASSOS, C; VIACAVAL, F; PINHEIRO, R; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. Panam Salud Publica**, v.11, n. 5/6, p.365-73, 2002.

UNESCO. **O perfil dos professores: o que fazem, o que pensam, o que almejam**. São Paulo: Moderna, 2004.

VASAPOLLO, L. **O trabalho atípico e a precariedade**. [trad. Maria de Jesus Brito Leite], 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

WALDRON, I. Effects of labor force participation on sex differences in mortality and morbidity. n: FRANKENHAUSER, M; LUNDBERG, U; CHESNEY, M. **Women, work and stress - stress and opportunities**. New York and London: Plenum Press, 1991, p.17-38.

WANG, J.L; LESAGE, A; SCHMITZ, N; DRAPEAU, A. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: finding from a population-based study. **J. Epidemiol Community Health**, v.62, n.1, p.42-7, 2008.

WHO. **The World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope**. Lisboa, 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A – PROJETO DE PESQUISA



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

SAMARA BRUNO MOURA CORDEIRO

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE SAÚDE:
ANÁLISE DE DIFERENCIAIS DE GÊNERO**

Feira de Santana
2010

SAMARA BRUNO MOURA CORDEIRO

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E DE SAÚDE:
ANÁLISE DE DIFERENCIAIS DE GÊNERO**

Projeto de pesquisa apresentado à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Acadêmico do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, para qualificação da pesquisa.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria de Araújo
Coorientadora: Profa. Dra. Maura Maria Guimarães de Almeida

Feira de Santana
2010

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	79
2	REVISÃO DE LITERATURA	81
2.1	Trabalho e Saúde.....	81
2.2	Gênero: aspectos conceituais	83
2.2.1	Trabalho, Gênero e Saúde.....	85
2.2.2	Trabalho doméstico e profissional: a dupla jornada de trabalho	87
2.3	Aspectos psicossociais e estresse no trabalho.....	89
2.3.1	Modelo Demanda-Controle.....	91
3	METODOLOGIA	93
3.1	Tipo de estudo.....	93
3.2	Campo de Estudo	93
3.3	População e Amostra	94
3.4	Instrumento de Coleta.....	94
3.5	Coleta de Dados	96
3.6	Variáveis do Estudo	96
3.7	Análise dos Dados.....	97
3.8	Aspectos Éticos	98
4	CRONOGRAMA	99
5	ORÇAMENTO.....	100
	REFERÊNCIAS.....	101

1 INTRODUÇÃO

As características do trabalho sofrem alterações ao longo do tempo como resposta às demandas do mercado. Assim, as características do trabalho como carga horária semanal, competitividade, urgência no tempo, irregularidade de turnos, demanda psicológica, controle sobre o processo de trabalho, suporte social, entre outros, também acompanham as transformações, produzindo, muitas vezes, consequências negativas à saúde dos(as) trabalhadores(as).

O indivíduo passa grande parte de sua vida desenvolvendo atividades laborais, portanto o seu trabalho deve proporcionar-lhe satisfação e ocorrer em condições adequadas para a preservação da sua saúde. Sabe-se que, muitas vezes, isso não ocorre e o processo de trabalho promove adoecimento.

Vale lembrar que as condições de trabalho são avaliadas de modo diferente entre os indivíduos, principalmente entre homens e mulheres, os quais têm necessidades biológicas e sociais diferenciadas. Assim sendo, a maneira de enfrentar e lidar com as situações de risco do trabalho também difere, ocasionando distintos agravos à saúde.

Com a inserção de grande número de mulheres no mercado de trabalho, houve um crescimento do número de pesquisas relacionando trabalho, saúde e gênero. No entanto, a maioria dos estudos ainda é referente à realidade vivenciada pelos homens e não contempla as peculiaridades dos gêneros.

Na discussão de gênero e trabalho, faz-se necessário ponderar a questão da divisão sexual do trabalho, que se refere à distribuição de atividades e ocupações de acordo com as habilidades peculiares de cada sexo (SOUZA-LOBO, 1991). Hirata e Kergoat (2007) afirmam que estas desigualdades são sistemáticas e que a sociedade as utiliza para hierarquizar as atividades e criar um sistema de gênero.

Diante da característica essencialmente machista da sociedade, percebe-se que os homens ocupam os cargos de chefia ou de nível mais elevado e também recebem os melhores salários. Mesmo quando homens e mulheres ocupam os mesmos postos de trabalho, ainda assim, eles têm maior remuneração (BRITO; OLIVEIRA, 1998). Até mesmo quando as mulheres possuem carga horária de trabalho maior que a dos homens, elas ainda recebem menos que eles (ARAÚJO et al., 2006; UNESCO, 2004).

Outro aspecto extremamente relevante é a carga global de trabalho, que diz respeito à dupla jornada de trabalho, a qual afeta principalmente as mulheres, que tradicionalmente são as responsáveis pelo cuidado da casa e da família. Dessa forma, além do trabalho profissional,

elas têm, concomitantemente, o ciclo de tarefas domésticas. Alguns estudos demonstraram que essa realidade tem provocado maior adoecimento entre as mulheres (ARAÚJO et al., 2006; FRANKENHAEUSER, 1991).

Neste contexto, faz-se necessário o aprofundamento no estudo da relação entre as condições do trabalho e suas repercussões sobre a saúde na perspectiva de gênero, a fim de cooperar para a elaboração de medidas equitativas de assistência e promoção da saúde dos trabalhadores.

O interesse por essa investigação surgiu a partir de trabalhos realizados no Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana, que desenvolve estudos na linha de saúde, trabalho e ambiente. A experiência com as pesquisas desenvolvidas no núcleo promoveu maior aproximação com população de mulheres. Então, brotou a curiosidade de conhecer também a realidade dos homens no aspecto do trabalho. Acreditamos que estudando as condições de trabalho e saúde dos/as trabalhadores/as de uma cidade no interior da Bahia – Brasil, possa se alcançar novas contribuições para o setor, com a adoção de medidas que considerem as características peculiares dos sexos masculino e feminino. Com característica descritiva, este estudo pretende estimular a realização de outros que venham tornar mais consistentes os conhecimentos aqui obtidos.

Diante disso, é colocado o questionamento para investigação:

Quais são as condições de trabalho e saúde referidos pelos trabalhadores de Feira de Santana – BA, na perspectiva de gênero?

Para responder à indagação, pretende-se avaliar diferenciais de gênero nas condições de trabalho e de saúde em trabalhadores da cidade de Feira de Santana – BA.

O estudo proposto tem os seguintes objetivos específicos:

1 - Descrever as características sociodemográficas e as características do trabalho, segundo gênero, em Feira de Santana-BA;

2 - Descrever os aspectos psicossociais do trabalho na população de trabalhadores na cidade de Feira de Santana-BA, segundo gênero;

3 – Estimar a prevalência das doenças autorreferidas, transtornos mentais comuns e alcoolismo em trabalhadores da cidade de Feira de Santana – BA, de acordo com o gênero.

4 – Avaliar a associação entre características do trabalho e principais problemas de saúde dos trabalhadores de Feira de Santana – BA.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Trabalho e Saúde

As relações entre trabalho e agravos à saúde são conhecidas desde os primórdios da humanidade. Entretanto, são recentes as preocupações em estudar a saúde do trabalhador. Entre os primeiros estudos, tem-se o de Ramazzini nos séculos XVII e XVIII, que escreveu um tratado sobre doenças ocupacionais. Nos séculos seguintes, houve um crescimento, de forma paulatina, dos estudos sobre o assunto, os quais englobaram áreas intersetoriais. No Brasil, a expansão desses estudos ocorreu de maneira mais expressiva a partir da década de 90 do século passado (SANTANA, 2006).

Para compreender a relação entre trabalho e saúde, é necessário conhecer o contexto no qual a sociedade trabalhadora está inserida. Nas últimas décadas, ocorreram grandes transformações, como a intensificação da incorporação de tecnologia nas atividades laborais, que proporcionou grandes benefícios aos trabalhadores, tornando mais leve as suas atividades. Contudo, o neoliberalismo e a reestruturação produtiva, voltados principalmente para a produção desenfreada de mercadorias, trouxeram consequências negativas como a precarização do trabalho e, muitas vezes, o desemprego (ANTUNES, 2002).

Um estudo realizado sobre o mercado de trabalho na região metropolitana de Salvador – BA evidenciou que o aumento de emprego estava vinculado às formas precárias de inserção, com predomínio do crescimento da informalidade (GUIMARÃES, 2001). Mostrou, ainda, que os homens estão inseridos em ocupações mais seguras, preenchendo a maioria das vagas do setor formal.

Antunes (2002) afirma que este cenário está globalizado, atingindo, inclusive, os países capitalistas centrais. E o sistema produtor de mercadorias tem levado a uma corrida pela produtividade, formando um processo destrutivo de forças produtivas, do meio ambiente e da força humana de trabalho a qual ele denomina “*sociedade dos excluídos e dos precarizados*” (p.36). Entre exemplos dramáticos de precariedade, tem-se a realidade de trabalhadoras de multinacionais situadas em países asiáticos como Indonésia e Bangladesh, que trabalham cerca de 60 horas por semana e recebem entre 30 e 38 dólares por mês (ANTUNES, 2002).

Entre as condições precarizadas de trabalho, algumas estão intrinsecamente relacionadas a complicações na saúde, entre elas: a intensificação dos ritmos e do conteúdo do trabalho, racionalização da força produtiva, a busca pela excelência, produtividade, inadequação de

postos de trabalho, insuficiência de pausas para descanso, assim como tempo escasso para refeição, contrastando com as longas jornadas de trabalho e excesso de horas extras, mobiliário desconfortável, ferramentas e maquinário inadequados (GIANNASI, 1997).

Para conseguir o sustento da família, homens e mulheres têm se submetido a situações de profunda degradação. Ao se referir a esta realidade, Antunes (2002, p.38) afirma:

Trata-se, portanto, de uma aguda destrutividade, que no fundo é a expressão mais profunda da crise estrutural que assola a (des)sociabilização contemporânea: destrói-se força humana que trabalha; destroçam-se os direitos sociais; brutalizam-se enormes contingentes de homens e mulheres que vivem do trabalho; torna-se predatória a relação produção/natureza, criando-se uma monumental "sociedade do descartável", que joga fora tudo que serviu como "embalagem" para mercadorias e o seu sistema, mantendo-se, entretanto, o circuito reprodutivo do capital.

Alguns estudos sobre a saúde dos trabalhadores na Bahia abordam o trabalho docente (DELCOR, 2003; REIS et al 2005; ARAÚJO et al. 2006) e de enfermagem (AQUINO, 1996; ARAÚJO et al 2003). Ambos os grupos ocupacionais estão marcados pelas relações de gênero e os autores evidenciam associação entre a precariedade do trabalho e o adoecimento tanto de ordem física quanto mental destes trabalhadores. Um estudo em Pernambuco evidencia a relação entre a informalidade, o desemprego e a saúde mental (LUDERMIR, 2000). Os estudos citados acima indicaram que tanto a trabalho formal quanto o informal podem trazer repercussões negativas para a saúde, a depender de suas condições e características.

Além disso, o perfil de adoecimento de homens e mulheres frente à realidade do trabalho tem sido bem diferente. As mulheres adoecem mais que os homens, sendo mais prevalentes, entre elas, sintomas relacionados à saúde mental como estresse, ansiedade, nervosismo, transtornos mentais comuns (TMC), sintomas osteomusculares, incluindo LER/DORT, e entre os homens, a obtenção de hábitos como tabagismo e etilismo (DUNCAN et al., 1993; REIS et al., 2000; SALIM, 2003; ARAÚJO et al., 2006). A diminuição da diferença de expectativa de vida entre os sexos pode está relacionada aos efeitos prejudiciais do trabalho sobre as mulheres, devido ao aumento de sua participação no mercado de trabalho (WALDRON, 1991).

Em relação ao atendimento ambulatorial de trabalhadores, há predominância de pacientes do sexo feminino, entretanto, não foi encontrada diferença entre os sexos para o absenteísmo no trabalho por doenças (excluído as ginecopatias) (NOGUEIRA; LAURENTI, 1975; REIS et al., 2000). Neste caso, a cultura da população deve ser considerada, pois as

mulheres geralmente relatam mais condições agudas de saúde e realizam visitas ao serviço de saúde com maior frequência, enquanto os homens referem condições crônicas que provocam limitação da atividade (WALDRON, 1991).

2.2 Gênero: aspectos conceituais

Para trabalharmos a conexão entre gênero, trabalho e saúde, precisamos primeiramente compreender a que se refere a palavra gênero. Este termo é usado desde o século XIX, a princípio, para designar diferença biológica e características relacionadas ao perfil de cada sexo (SCOTT, 1990). A partir da década de 1970, o termo gênero começou a ser empregado de maneira mais consistente pelas feministas americanas, com o objetivo de romper com a classificação de sexo. O debate sobre gênero inaugura o diálogo entre o movimento feminista e a academia, o que promoverá maior visibilidade para a situação das mulheres (CASTRO, 1992).

Originária das ciências sociais, a expressão gênero conota as relações sociais para cada sexo construídas através da cultura. A utilização deste termo iniciou-se na perspectiva de transcender o biologicismo, embora contemple as diferenças sexuais. Quando se fala em sexo, compreende-se tratar das diferenças anátomo-fisiológicas, das questões genéticas de macho e fêmea (SCOTT, 1990; HEILBORN, 1997; OLINTO, 1998). A espécie é humanizada pela cultura em diferentes sentidos (HEILBORN, 1997). “(...) há machos e fêmeas na espécie humana, mas a qualidade de ser homem e ser mulher é condição realizada pela cultura.” (HEILBORN, 1994, p.1).

Gênero é “um conceito problematizado, aberto; para alguns uma decolagem de relações sociais ancoradas em perfis naturais, ser homem/ ser mulher; para outros, descolagem de relações naturais, realizando-se por culturas e poderes, mais além do sexo de referência.” (CASTRO, 1992, p.80).

Scott (1990) destaca que o termo gênero está sendo usado como sinônimo de mulheres, em que vários trabalhos tiveram o termo mulheres substituído por gênero, no sentido de fortalecer e dar maior seriedade aos trabalhos. Visto que o termo gênero se compõe de menor estigmatização que “mulheres”. A autora afirma que a informação sobre mulheres sugere também informações sobre os homens e que o estudo de um implica no estudo do outro. Homens e mulheres fazem parte de um mesmo mundo e estão relacionados em todo o tempo. Não é possível estudar um separado do outro, pois apesar de serem diferentes, um interfere na

vida do outro. O gênero é utilizado para assinalar as relações sociais entre os sexos, excluindo o determinismo biológico.

O conceito de gênero, segundo Scott (1990), abrange dois aspectos, o primeiro indica gênero refletindo as relações sociais entre os sexos considerando suas diferenças, e o segundo contempla as relações de poder, em que dominação e subordinação são representadas de maneira naturalizada. Os dois aspectos não devem ser colocados isoladamente, pois fazem parte de uma única conotação.

Considerando as relações de poder entre os sexos, Chartie (1995) afirma que as relações sociais direcionam a mulher a consentir à dominação das diferenças de sexo através do ensino da escola sobre os papéis sociais, da divisão das atribuições e dos espaços, da inferioridade jurídica e da exclusão do campo público. Afirma ainda que a imposição dessa submissão às mulheres seja uma violência simbólica:

Definir a submissão imposta às mulheres como uma violência simbólica ajuda a compreender como a relação de dominação, que é uma relação histórica, cultural e linguisticamente construída, é sempre afirmada como uma diferença de natureza, radical, irreduzível, universal. O essencial não é então, opor termo a termo, uma definição histórica e uma definição biológica da oposição masculino/feminino, mas, sobretudo, identificar, para cada configuração histórica, os mecanismos que enunciam e representam como “natural”, portanto biológica, a divisão social, e portanto histórica, dos papéis e das funções (CHARTIE, 1995, p.6).

A partir da discussão de gênero, surge outra esfera de debate também impulsionada pelo feminismo, a divisão sexual do trabalho. Iniciando-se na França na década de 1970, com a tomada de consciência da desvalorização do trabalho das mulheres, que apesar da grande quantidade de trabalho realizado de forma gratuita e para os outros continuavam “invisíveis”. Então, os estudos se iniciaram dando visibilidade ao trabalho doméstico, fazendo com que este seja visualizado como trabalho profissional e não apenas como uma atribuição das mulheres (HIRATA; KERGOAT, 2007).

A naturalização da divisão das tarefas baseada nas diferenças de sexo, mantidas ao longo da história e perpetuadas pela cultura passou a ser questionada. Surgiu a discussão da relação produção / reprodução, em que as tarefas relacionadas ao processo reprodutivo são destinadas à mulher, enquanto ao homem cabe o trabalho profissional remunerado e reconhecido. À mulher, cabe o espaço privado e ao homem o ambiente público. O debate da divisão sexual do trabalho abre caminho para a transformação nas relações de trabalho (CASTRO, 1992; HEILBORN, 1997; HIRATA; KERGOAT, 2007).

A divisão sexual do trabalho é organizada a partir de dois princípios: o de separação, que separa em trabalho dos homens e trabalho das mulheres, e o princípio hierárquico, em que o trabalho do homem tem mais valor do que o da mulher. Essa relação é movida por avanços e retrocessos, entretanto, os avanços têm sido mais significativos (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Podemos considerar que o emprego de gênero nas pesquisas acadêmicas trouxe repercussões positivas e importantes, inclusive nas relações de trabalho. A sua inserção nas pesquisas epidemiológicas faz muita diferença, pois a análise da relação entre um evento e uma população de homens e mulheres avaliados separadamente pode variar a partir da maneira como o termo gênero é interpretado. Há determinados eventos que ocorrem devido às diferenças biológicas de cada sexo, pela genética sexual, como por exemplo, a hemofilia, a concentração e distribuição de gordura no corpo. Já outros eventos acontecem em razão da cultura, das relações sociais, como a realização de atividade física, padrões de renda, entre outros (OLINTO, 1998).

Também pode ocorrer uma mudança nos padrões de comportamento, ocasionando a transformação dos resultados de pesquisas, como na situação de uma mulher que desenvolve uma atividade com características tipicamente masculinas, ela pode ser mais propensa a desenvolver problemas que são mais comuns em homens (FRANKENHAEUSER, 1991).

2.2.1 Trabalho, Gênero e Saúde

A partir da reestruturação produtiva e o processo de desemprego e de precarização do trabalho masculino, nota-se a grande incorporação das mulheres no mercado de trabalho. A inserção feminina na área de atividades remuneradas inicia-se com caráter complementar ao trabalho do homem e aos poucos a mulher vai ganhando espaço e, em muitas situações, torna-se a provedora da família (AQUINO et al., 1995; BUTTO, 1998).

Essa realidade promoveu a redefinição do papel do homem e da mulher na família e discussões sobre a divisão sexual do trabalho. Em relação às responsabilidades familiares, homens e mulheres estão cada vez mais na situação de companheiros na condição de pais e trabalhadores economicamente ativos, apesar de permanecerem as diferenças de gênero. A estrutura familiar tem experimentado de novos arranjos sexuais, alterações nos papéis de gênero, elevação nas taxas de divórcio e dos nascimentos fora do casamento (Goldani, 2002). Na década de 1980, o crescimento das famílias monoparentais (formado por mãe ou pai com filho) foi de 5% contra um crescimento de apenas 2,8% de famílias formadas por casal com filho (BUTTO, 1998).

Dessa forma, muitas mulheres passaram a ser chefes de família, entretanto, este fato está diretamente ligado à pobreza, pois a maioria dessas mulheres tem uma baixa condição econômica e social. O Norte e o Nordeste do Brasil são as regiões de maior concentração dessa realidade (BUTTO, 1998). Esse contexto está intrinsecamente ligado à divisão sexual do trabalho que insere as mulheres nas situações mais precarizadas de trabalho. Entre as mulheres, observam-se as maiores taxas de desemprego, de trabalho no setor informal, de atividades de baixa qualificação e remuneração (AQUINO et al., 1995; GUIMARÃES, 2001).

Em relação à divisão sexual do trabalho:

(...) estuda-se a distribuição diferencial de homens e mulheres no mercado de trabalho, nos ofícios e nas profissões, e as variações no tempo e no espaço dessa distribuição; e se analisa como ela se associa à divisão desigual do trabalho doméstico entre os sexos. (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 596).

Dessa forma, há um processo de valorização do trabalho masculino e desvalorização do labor feminino, em vista da relação de poder e subordinação que é inerente aos sexos (ARAÚJO et al., 2006). Observa-se, ainda hoje, a separação das atividades laborais femininas e masculinas, considerando, sobretudo as habilidades construídas para cada sexo. Então, as mulheres educadas com perfil de ternura, delicadeza, de dedicação aos cuidados da família concentram-se em atividades em que possam somar estes aspectos e ter melhor aproveitamento, assim também o homem desenvolve força, racionalidade e liderança, envolvendo-se, na maioria das vezes, em atividades que requerem essas características.

A maioria das vagas de trabalho das indústrias e fábricas é ocupada por homens, enquanto que, na prestação de serviços, predominam as mulheres (KERGOAT, 1989). Concordando com esta afirmação, os achados de Guimarães (2001) mostram a concentração de trabalhadoras na área de prestação de serviços (36,4%), no social (21,2%) e no comércio de mercadorias (18,9%). A cada cinco mulheres inseridas no mercado produtivo, uma era do setor de trabalho doméstico.

Com relação à carga horária, as mulheres são as que mais trabalham em tempo parcial, principalmente quando possuem filhos pequenos, pela demanda de maior cuidado. O trabalho como autônomas também facilita a flexibilidade de horários para o trabalho. Este fato justifica, em algumas situações, a baixa remuneração do trabalho feminino (AQUINO et al., 1995; LUDERMIR, 2000).

Pela desvalorização do trabalho feminino e muitas vezes pelo foco apenas em sua saúde reprodutiva, até a década de 1980, havia certo desconhecimento das questões relacionadas aos

efeitos do trabalho sobre a saúde das mulheres (AQUINO et al., 1995). Somente a partir desse período, foram feitas as primeiras abordagens qualitativas envolvendo trabalho, saúde e gênero (SANTANA, 2006). Com isso, as pesquisas realizadas sobre trabalho e saúde, até alguns anos atrás, correspondiam ao perfil dos homens, sendo que os seus resultados foram inferidos às mulheres. Entretanto, como existem diferenças nas características do trabalho de homens e mulheres, torna-se equivocada a padronização dos resultados de estudos desenvolvidos apenas com homens para a situação vivenciada pelas mulheres (KARASEK; THEORELL, 1990; ARAÚJO et al., 2006).

2.2.2 Trabalho doméstico e profissional: a dupla jornada de trabalho

O desenvolvimento de tarefas profissionais não retirou aquelas que tradicionalmente já eram realizadas pelas mulheres no âmbito familiar. Esse fato provocou uma acumulação de tarefas femininas, formando a chamada dupla jornada de trabalho. Este fato foi ignorado por muitos anos pelo meio científico, conseqüentemente, os prejuízos à saúde das mulheres não foram objeto de análise (AQUINO et al., 1995; AQUINO; MENEZES, 1998).

A participação masculina nas tarefas domésticas não tem progredido muito no Brasil, mesmo diante da inserção das mulheres em período integral no mercado de trabalho (ARAÚJO et al., 2006). Aquino e Menezes (1998) encontraram uma participação masculina nas tarefas domésticas de apenas de 6,9%, entre trabalhadoras de enfermagem; e ainda assim, os homens realizavam as tarefas que tinham maior flexibilidade de ajuste do tempo, enquanto as mulheres ficavam “presas” às atividades vinculadas a horários (como preparo de refeições e cuidados dos filhos). Estes resultados concordam com estudo de Frankenhaeuser (1991), em trabalhadores da Volvo, na Suécia, em que as mulheres eram as principais responsáveis pelas tarefas domésticas, particularmente por limpeza diária da casa, cozinhar, lavar e passar roupa, lavar pratos, pequenas costuras, enquanto as tarefas dos homens eram jardinagem, pagamentos, manutenção do automóvel. Os dois estudos discordam apenas em relação às compras de supermercado, pois no primeiro estudo, entre homens que participavam das atividades domésticas, 71,5% são os responsáveis pelas compras, enquanto no segundo, eram as mulheres que mais realizavam esta atividade, mesmo quando recebiam ajuda do companheiro.

Estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 a 2005, realizado pelo IBGE, demonstrou que a jornada de trabalho com tarefas domésticas não reduziu. A atividade doméstica ainda é culturalmente feminina, pois 83% das meninas de 10 a

17 anos realizavam afazeres domésticos, enquanto que apenas 47,4% dos meninos realizavam tarefas domésticas nessa mesma faixa etária (SOARES; SABÓIA, 2007).

Nesse mesmo estudo, a escolaridade apareceu como diferencial, visto que as mulheres com doze anos ou mais de estudos dedicavam menos tempo aos afazeres domésticos do que aquelas com menos tempo de estudo. Já em relação aos homens ocorreu o inverso, quanto maior a escolaridade, mais os homens ajudavam nas tarefas do lar. Corroborando este achado, Aquino e Menezes (1998) estudaram profissionais de enfermagem e encontraram diferença no perfil do desenvolvimento de atividades domésticas entre enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Estas últimas eram as principais responsáveis pelo trabalho doméstico com organizador de suas vidas, enquanto as enfermeiras se dedicavam menos a essa atividade, contando com o apoio do trabalho doméstico remunerado e maior colaboração dos maridos.

Entre os trabalhadores brasileiros, investigados na pesquisa nacional por amostra de domicílios (SOARES; SABÓIA, 2007), a carga de trabalho das mulheres com afazeres domésticos era de 21,8 horas semanais, enquanto a dos homens era de 9,1 horas. O trabalho remunerado feminino somava, em média, 34,7 horas e o dos homens 42,9 horas. Considerando a carga global de trabalho, observa-se que as mulheres trabalham quase cinco horas a mais que os homens por semana (SOARES; SABÓIA, 2007). Karasek e Theorell (1990) indicam que os níveis de estresse nas mulheres continuam altos e até aumentam no início da noite, após um dia de trabalho, ocorrendo o inverso com os homens. Atribuindo plausibilidade biológica a esse achado, Frankenhauser (1991), ao comparar homens e mulheres gerentes de uma empresa durante 12 horas consecutivas, verificou que os níveis de noradrenalina, nas mulheres, aumentavam após a jornada de trabalho, enquanto nos homens, as taxas baixavam. Assim, as mulheres trabalhadoras possuíam mais responsabilidade e maior desgaste que os homens (FRANKENHAUSER, 1991).

Nesse contexto, alguns estudos apontam que a avaliação do desgaste físico e mental de mulheres não pode ser restrita ao âmbito profissional. Na conjunção do trabalho doméstico com o remunerado, surgem duas possíveis consequências, primeiro, que a atividade profissional promove satisfação, suavizando as características do trabalho doméstico, como isolamento social, monotonia e pouco reconhecimento; segundo, a conciliação dos trabalhos profissional e doméstico provoca conflito, sobrecarga de afazeres simultâneos (FRANKENHAUSER, 1991; BARTLEY; POPAY; LEWIS, 1992), gerando ansiedade, depressão e diversos outros tipos de adoecimento físico ou mental (AQUINO et al., 1995; LUDERMIR, 2000).

Como a sobrecarga de trabalho acontece de maneira diferenciada entre homens e

mulheres, as repercussões sobre a saúde também ocorrem diferentemente. Araújo et al., (2006) encontraram maiores taxas de adoecimento entre professoras quando comparadas aos professores; Ludermir (2000) encontrou associação entre trabalho informal e transtornos mentais comuns em mulheres e não encontrou em homens. Frankenhaeuser (1991) verificou que o acúmulo da atividade profissional e doméstica provocou conflito e estresse nas mulheres.

O trabalho doméstico é um elemento integrante da vida das mulheres, assim como o trabalho profissional, entretanto, para a maioria dos homens, isto não é uma realidade. Desse modo, diferenças significativas podem ocorrer na repercussão dos efeitos do trabalho sobre a saúde de homens e mulheres, considerando carga global de trabalho e suas características.

2.3 Aspectos psicossociais e estresse no trabalho

O trabalho e a família são os “eixos organizadores” da vida de um cidadão, conforme apontam alguns autores (GOLDANI, 2002). Logo, são meios que devem proporcionar prazer. Entretanto, sequenciadas mudanças na organização do trabalho tem levado a um processo de intensificação e precarização do trabalho. Com isso o trabalho tem gerado desgaste e sofrimento tanto físico quanto mental.

Dejours (1992), em sua abordagem sobre a psicopatologia do trabalho, afirma que diante de situações conflituosas no trabalho, o trabalhador cria estratégias para se defender e enfrentar o sofrimento. Contudo, há situações em que o homem não consegue articular esta defesa e então surge o sofrimento patogênico. As doenças são geradas como resposta a esta experiência.

Entre os aspectos que devem ser considerados na produção de sofrimento, podem ser citados: ritmos de produção mecânica ou eletronicamente controlados, repetição constante do trabalho, baixa utilização dos conhecimentos dos trabalhadores, elevadas responsabilidades, exigências de iniciativas, impossibilidade de aprendizagem de coisas novas, longos períodos de concentração sustentada, dificuldade em realizar tarefas, pausas insuficientes para descanso intra e interjornadas, baixo controle sobre o trabalho, alta demanda psicológica, baixo suporte social, cansaço físico e emocional, horários irregulares e em turnos de trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990; FISCHER; LIEBER; BROWN, 1999).

Este fato exige maior capacidade de adaptação do trabalhador, que ocorre de forma distinta entre homens e mulheres, a depender das características do trabalho a que estão

submetidos. Dessa forma, o estresse é gerado e pode permanecer por tempo prolongado trazendo consequências negativas à saúde de trabalhadores e trabalhadoras (NAKAYAMA; BITENCOURT, 2003; DANTAS; MENDES; ARAÚJO, 2004).

O estresse relacionado ao trabalho ocorre quando há desequilíbrio nos fatores envolvidos na atividade profissional e nas condições com que o trabalho se impõe, depende também da percepção do trabalhador e da maneira como este lida com a situação. Estudos têm demonstrado que as mulheres referem mais características negativas do trabalho do que os homens e apresentam maiores taxas de estresse e adoecimento (FRANKENHAEUSER, 1991; NAKAYAMA; BITENCOURT, 2003; CALAIS; ANDRADE; LIPP, 2003,; ARAÚJO et al., 2006; AREIAS; GUIMARÃES, 2004).

Autores defendem que de 50 a 80% de todas as doenças são relativas ao aspecto psicossomático ou ao nível de estresse, demonstrando que situações estressantes no trabalho, quando prolongadas, oferecem risco à saúde (PELLETIER, 1984).

Estudos sobre a fisiologia do estresse vêm sendo desenvolvidos na Suécia, os quais têm avaliado a influência de fatores psicológicos na saúde das pessoas incluindo as diferenças entre os sexos. As pessoas são avaliadas segundo sua percepção das demandas ambientais (FRANKENHAEUSER, 1991). A depender das condições de trabalho, o indivíduo pode vivenciar uma situação como estímulo ou como ameaça, e isso promoverá sinais para o sistema nervoso central (no córtex cerebral), para o hipotálamo e, pelo sistema nervoso autônomo para a glândula suprarrenal. A partir do estímulo da porção medular desta, ocorre a liberação de adrenalina e noradrenalina, que são chamados hormônios do estresse, enquanto que mensagens enviadas para o córtex adrenal geram a liberação de corticosteroides, como o cortisol, hormônio importante para a resposta imunológica do organismo. Quando estes hormônios se encontram em níveis elevados por muito tempo no organismo podem ser danosos à saúde (FRANKENHAEUSER, 1991).

O estudo de Frankenhaeuser (1991) mensurou os hormônios citados acima em grupos de trabalhadores (do sexo masculino e feminino) de uma empresa. Os homens tiveram as taxas mais elevadas de adrenalina, as mulheres que tinham cargo de gerência (uma função com exigência de características masculinas) apresentaram níveis parecidos aos dos homens; já aquelas que trabalhavam em escritório tiveram as taxas menores.

Quando as mulheres gerentes e as trabalhadoras do escritório estavam em descanso ou relaxamento, as taxas de adrenalina eram similares. Nesse mesmo estudo, conferindo a presença de sintomas psicossomáticos, as mulheres relataram mais sintomas do que os homens.

Outro estudo desenvolvido na década de 1970 por Krankenhaeuser (1988, apud FRANKENHAEUSER, 1991) demonstrou que as mulheres eram menos propensas que os homens a responder a uma situação de estresse com aumento da produção de adrenalina. Estes resultados sugerem que as mulheres têm uma forma mais econômica de enfrentamento do estresse.

Estudos sobre gênero e estresse no trabalho ainda é reduzido, haja vista as constantes mudanças do mercado, que a todo instante tem novas necessidades, novas demandas e assim faz surgir novas profissões, bem como transforma as ocupações já existentes. A análise da situação e a produção de conhecimento sobre essa relação é de fundamental importância para a adoção de medidas que possam reduzir os efeitos negativos do estresse na saúde.

2.3.1 Modelo Demanda-Controlle

Como descrito acima, ainda são poucos os esforços para entender o estresse ocupacional e as possíveis diferenças com que afeta homens e mulheres. Entretanto, faz-se necessário compreender e esclarecer a percepção e a repercussão do estresse segundo o gênero. Estudo realizado por Rossi, Perrewé e Sauter (2005) mostrou a existência de um desequilíbrio entre as necessidades e capacidades das mulheres e as exigências do trabalho.

Na tentativa de entender melhor e avaliar os aspectos psicossociais do trabalho, Robert Karasek (University of Massachusetts, Lowell - EUA) propôs a abordagem simultânea de controle e demanda no trabalho no denominado Modelo Demanda-Controlle (Demand-Control Model ou Job Strain Model) e elaborou um instrumento para avaliação desses aspectos, o Job Content Questionnaire (JCQ) – Questionário do Conteúdo do Trabalho para avaliar esses aspectos.

O controle no trabalho compreende os aspectos referentes ao uso de habilidades (como aprendizagem de coisas novas, repetitividade, criatividade, tarefas variadas) e a autoridade decisória (habilidade para tomada de decisões sobre o próprio trabalho, influência do grupo de trabalho e influência na política gerencial) (KARASEK, 1979). A demanda psicológica está relacionada às exigências psíquicas das atividades, e pode ser caracterizada por urgência no tempo, alta concentração, tarefas que são interrompidas com frequência e necessidade de esperar pelo trabalho dos outros (ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO, 2003).

O Job Content Questionnaire (JCQ) é um questionário autoaplicado formado de 49 questões que avaliam características no ambiente de trabalho, como o controle sobre o próprio

trabalho, as demandas psicológicas, a insegurança no emprego, a autoridade decisória, o suporte social no trabalho e demandas físicas (KARASEK et al., 1998).

Como o modelo de Karasek está fundamentado em duas características centrais (níveis de controle e demanda psicológica), foram estabelecidos, a partir desses dois elementos, quatro tipos de situação no trabalho: a “alta exigência no trabalho” (caracterizado por alta demanda e baixo controle), “trabalho ativo” (alta demanda e alto controle), “trabalho passivo” (baixa demanda e baixo controle) e “baixa exigência no trabalho” (baixa demanda e alto controle).

O modelo pressupõe que quando ocorre alta demanda no trabalho e o baixo controle do indivíduo sobre o próprio trabalho, caracterizando a alta exigência, a pessoa está sob estresse. Essa situação resulta em consequências negativas à saúde; já o trabalho passivo (baixo controle e baixa demanda) pode levar ao prejuízo da atividade laboral, que pode ocorrer em função da motivação diminuída (KARASEK; THEORELL, 1990). O suporte social foi adicionado ao modelo demanda-controle por Johnson e Hall (1988), formando a terceira dimensão do modelo. O incremento dessa terceira dimensão pressupõe que quando o trabalho tem alta demanda psicológica, baixo controle e ainda baixo suporte social, resulta no aumento dos riscos de adoecimento (KARASEK, et al., 1998).

Em relação ao trabalho de homens e mulheres, foi verificado que o nível de controle das mulheres sobre o próprio trabalho é menor que dos homens. As demandas psicológicas são ligeiramente maiores para as mulheres. Existe uma relação negativa entre controle e demanda psicológica. Quando a demanda aumenta, o controle sobre o processo de trabalho diminui. Já entre os homens a relação é oposta, quando a demanda cresce o controle também aumenta. Então, há uma grande proporção de mulheres com alta tensão no trabalho e uma concentração de homens com trabalho ativo (KARASEK; THEORELL, 1990).

Assim, percebe-se que as mulheres tendem a desenvolver funções de subordinação, não detendo grande poder de decisão sobre suas atividades, já os homens ocupam cargos de chefia com alto poder decisório e também alta exigência psicológica.

3 METODOLOGIA

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “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.

3.1 Tipo de estudo

Para a execução desta pesquisa, pretende-se realizar um estudo epidemiológico, do tipo corte transversal, com finalidade descritiva, o qual possibilita “(...) um corte no fluxo histórico da doença, evidenciando as suas características e correlações naquele momento. (...) fator e efeito são observados num mesmo momento histórico” (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003, p.161).

Os estudos de prevalência utilizam amostras representativas da população, baseadas no caráter aleatório da teoria estatística, visto a dificuldade em estudar a totalidade da população. Têm a característica de exigir poucos recursos financeiros, ser de simples e rápida realização e objetividade na coleta de dados.

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, formando o chamado viés de prevalência. Outra limitação é a impossibilidade de estabelecer relação causal, pois não considera a sequência temporal dos fatos, identifica apenas se existe associação entre a exposição e a doença. Os fatores de confundimento também trazem dificuldade em relação à interpretação dos resultados (PEREIRA, 1995).

3.2 Campo de Estudo

O campo de estudo englobará a zona urbana cidade de Feira de Santana, município do interior da Bahia, situado na zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semiáridos do Nordeste baiano. Sua área territorial é formada por 1.363 km² e a sede possui 111 Km². Tem uma população estimada em 2009 de 591.707 habitantes. É a 2^a maior cidade do Estado e a 31^a do país, além de ser o maior entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do Brasil. Tem como principais atividades econômicas o comércio, indústria, serviços, agricultura e pecuária (IBGE, 2009; Prefeitura de Feira de Santana, 2009).

A área urbana da cidade de Feira de Santana é formada por cinco subdistritos, 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.

3.3 População e Amostra

O estudo será realizado com uma amostra probabilística da população de Feira de Santana, Bahia, e será feito um recorte para a população de trabalhadores. A amostragem foi realizada por conglomerado, com amostra aleatória dos setores censitários e das ruas, com visitação de todos os domicílios das ruas sorteadas. Todos os moradores das casas visitadas, com 15 anos de idade ou mais foram entrevistados. As pessoas que não foram encontradas ao final de três tentativas foram excluídas do estudo. Serão selecionadas para a amostra todas as pessoas que informaram estar trabalhando. Foram estudadas 4.170 pessoas maiores de 15 anos, 2.819 do sexo feminino e 1.351 do sexo masculino. Deste total, 1.557 estavam trabalhando no momento da pesquisa, 851 mulheres e 706 homens. Serão excluídas, deste estudo, todas as pessoas que não estavam desenvolvendo uma atividade profissional, como estudantes, desempregados, donas de casa e aposentados.

3.4 Instrumento de Coleta

Foi utilizada uma ficha domiciliar para conhecimento do perfil do domicílio, bem como de seus moradores. Esta ficha continha o endereço completo da residência, incluído o nome do subdistrito e do setor censitário da cidade; o nome de todos os moradores da casa e sua condição na família, como chefe, cônjuge, filho, neto, genitor, parente, hóspede e empregado; sexo, idade e se realizou a entrevista ou não. Continha também características do domicílio, como próprio, alugado ou cedido, quantidade de cômodos, tipo de edificação, se possui água encanada, luz elétrica, geladeira, televisão, rádio, aparelho de DVD, máquina de lavar roupa, telefone, computador e aparelho de micro-ondas; e se havia empregado doméstico.

Foi utilizado, ainda, um questionário abrangendo questões sobre:

a) Características sociodemográficas, no qual foram abordados: nome do entrevistado, sexo, idade, situação conjugal, nível de escolaridade, cor da pele referida, cor da pele observada pelo entrevistador e renda média mensal.

b) Características do trabalho, abordando questões sobre o setor de trabalho, ocupação, a quantidade de dias da semana em que trabalha, carga horária semanal, turno de

trabalho, ambiente de trabalho, se tem carteira assinada, tipo de contrato, se contribui com o INSS, se já sofreu algum acidente de trabalho, a quanto tempo está na mesma atividade.

c) Aspectos psicossociais do trabalho avaliado através do Questionário do Conteúdo do Trabalho (Job Content Questionnaire - JCQ) do Modelo demanda-Controle de Robert Karasek. O JCQ, como já foi dito, avalia os aspectos relacionados ao controle sobre o trabalho, à demanda psicológica e foi incorporada também a avaliação do suporte social. Na sua versão recomendada, o JCQ tem 49 questões, sendo 17 questões relacionadas ao controle (6 questões para uso de habilidades, 3 questões para autoridade decisória e 8 questões para autoridade decisória no nível macro), 9 questões sobre demanda psicológica (5 questões sobre demanda psicológica em geral, 1 questão sobre ambiguidade no trabalho, 1 questão relacionada à concentração, 2 questões sobre interrupção do trabalho mental), 11 questões relacionadas ao suporte social (5 questão sobre suporte proveniente da chefia e 6 de suporte proveniente dos colegas de trabalho), 5 questões sobre demanda física, 6 questões relacionadas à insegurança no trabalho e uma questão referente ao nível de qualificação exigida para o trabalho.

Nesta pesquisa é utilizada uma versão resumida do JCQ com 38 questões, sendo 9 relacionadas ao controle no trabalho (foi retirada a parte da autoridade no nível macro), 9 sobre demandas psicológicas, 4 sobre demandas físicas, 3 referentes ao suporte proporcionado pela chefia, 8 questões de suporte provenientes dos colegas e 5 sobre insegurança relativa à situação de trabalho.

d) Atividades domésticas são abordadas através de questões relacionadas à limpeza da casa, cozinhar, lavar roupa, passar roupa, compra de supermercado e feira, cuidar de crianças, também há perguntas sobre a quantidade de dias que realiza trabalho doméstico, se recebe ajuda para esse trabalho.

e) Problemas de saúde abordando questões sobre dor, a presença de diabetes, colesterol alto, obesidade, pressão alta, câncer, cardiopatia, doença da tireoide, infecções sexualmente transmissíveis, distúrbio do sono, hanseníase, tuberculose, doença articular degenerativa e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Também aborda questões sobre saúde física e mental atual, com questão sobre a presença de vários sintomas nos 30 dias anteriores à entrevista.

f) Saúde mental, o questionário utilizado foi o Self-Reporting Questionnaire (SRQ – 20). Esse instrumento foi criado pela organização Mundial de Saúde, para ser utilizado na triagem de morbidade psíquica neurótica na população de países em desenvolvimento. O SRQ-20 detecta sintomas e classifica indivíduos suspeitos de Transtornos Mentais Comuns

(TMC). Neste estudo, serão adotadas como ponto de corte sete respostas positivas ou mais para as 20 que compõem o questionário, conforme já realizado em outros estudos (REIS et al. 2005; ARAÚJO et al. 2003; LUDERMIR, 2000).

g) Consumo abusivo de álcool e fumo, o CAGE é utilizado como teste de triagem para verificar o abuso no consumo de bebidas alcoólicas, ou seja, os suspeitos de alcoolismo. Este instrumento constitui-se de quatro questões e adota-se como ponto de corte duas ou mais respostas positivas. O hábito de fumar também é investigado através de quatro questões.

3.5 Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada em 2007 por voluntários, bolsistas e pessoal treinado pelo Núcleo de Epidemiologia da UEFS, além de profissionais de saúde como psicólogos e psiquiatras. Foram sorteados os bairros e posteriormente as ruas, todas as casas das ruas sorteadas foram visitadas para coleta de dados de todos os integrantes da família com 15 anos ou mais de idade.

3.6 Variáveis do Estudo

Variáveis das condições de trabalho: serão avaliadas as variáveis tempo de trabalho, setor de trabalho, regime de trabalho, turno de trabalho, carga horária semanal, dupla jornada de trabalho (trabalho profissional e trabalho doméstico) e aspectos psicossociais do trabalho, avaliados através da demanda psicológica e controle sobre o próprio trabalho e serão dicotomizados em alta e baixa demanda, e alto e baixo controle, a partir da escala que varia de 1 (discordo fortemente) a 4 (concordo fortemente). Baixa demanda e baixo controle corresponderão às respostas discordo fortemente e discordo; alta demanda e alto controle corresponderão a concordo fortemente e concordo.

Variáveis referentes à saúde: doenças autorreferidas como hipertensão arterial, diabetes melitus, cardiopatias, saúde mental (suspeição de transtorno mental comum, verificada através do SRQ-20) e consumo abusivo de álcool, verificado através do CAGE.

Variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, situação conjugal, cor da pele, renda média mensal e hábitos de vida.

3.7 Análise dos Dados

As variáveis já estão codificadas e armazenadas em um banco de dados gerado pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 10.0. Será realizada a seleção das variáveis de interesse e possivelmente a criação de outras variáveis pertinentes, utilizar-se-á também o programa Epi-Info 6.0 e o programa R.

Será realizada descrição das características sociodemográficas: idade, escolaridade, situação conjugal, cor da pele, renda média mensal e hábitos de vida; caracterização do trabalho dos homens e das mulheres segundo tempo de trabalho, setor de trabalho, regime de trabalho, turno de trabalho, carga horária semanal, dupla jornada de trabalho (trabalho profissional e trabalho doméstico) e aspectos psicossociais do trabalho. A análise descritiva será feita identificando as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central (média, mediana, desvio padrão) para variáveis contínuas. A descrição será iniciada pela análise univariada, que consiste na análise do perfil de cada variável separadamente. A seguir será feita a análise da relação entre as variáveis referentes às características do trabalho, variáveis referentes à saúde e variáveis sociodemográficas através da análise bivariada. Será feita estratificação das variáveis por sexo e para as demais variáveis sociodemográficas.

A prevalência será utilizada como medida de ocorrência para as variáveis relativas à saúde: doenças autorreferidas como hipertensão arterial, diabetes melitus, cardiopatias, transtorno mental comum, consumo abusivo de álcool. Para avaliação das associações serão utilizados a razão de prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95%, utilizando-se as estatísticas Z e t-de student; e o teste qui-quadrado adotando-se p-valor $\leq 0,05$ para identificar associação estatisticamente significativa.

A análise estratificada será realizada para avaliar possíveis modificadores de efeito e confundidores. A modificação de efeito acontece quando uma covariável interage com o modelo de associação, modificando a intensidade da agressão da exposição, podendo tornar mais agravante, ou seja, atuando de modo sinérgico, ou atenuar o efeito agravante, ou seja, atuando de modo antagônico. Portanto, ocorre quando a medida de associação na presença de duas ou mais covariáveis difere da medida de associação observada para cada fator observado separadamente. Será analisado através do teste de homogeneidade, que consiste em determinar se há semelhança ou diferença nas características de associação para cada estrato.

Já o confundimento, interfere distorcendo a associação. Será realizada análise de regressão logística multivariada com o objetivo de avaliar as associações entre as doenças

autorreferidas, TMC e uso abusivo de álcool com as características do trabalho ajustando para o efeito simultâneo das variáveis sociodemográficas e outras características do trabalho que não sejam usadas como variáveis preditoras na associação. Todos os valores encontrados serão apresentados em forma de tabela.

3.8 Aspectos Éticos

Nesta pesquisa, serão utilizadas informações armazenadas no banco de dados do Núcleo de Epidemiologia. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, através do parecer nº 241/2006. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos a respeito dos objetivos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Embora o projeto-mãe já esteja aprovado, esta investigação também deverá ser submetida, previamente, à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da mesma instituição e pretende respeitar todas as orientações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

4 CRONOGRAMA

Atividades	2009 MÊS												2010 MÊS												2011 MÊS		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Escolha do tema																											
Revisão de literatura																											
Elaboração do Projeto de pesquisa																											
Entrega do Projeto de pesquisa																											
Qualificação do Projeto de pesquisa																											
Tratamento das variáveis																											
Digitação dos dados																											
Tabulação																											
Análise descritiva dos dados																											
Análise bivariada dos dados																											
Análise estratificada dos dados																											
Análise multivariada dos dados																											
Discussão dos resultados																											
Elaboração de artigos																											
Considerações finais																											
Entrega da dissertação p/ banca examinadora																											
Formatação definitiva																											
Defesa																											

5 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
TOTAL			1095,00

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
TOTAL			2.863,00

Descrição	Valor (R\$)
TOTAL GLOBAL=> R\$	3958,00

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, P. FRIGOTTO, G. **A cidadania negada** – políticas de exclusão na educação e no trabalho. 3 ed. São Paulo: Cortez [Buenos Aires – Argentina]: Clacso, 2002, p. 35-48.
- AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S; MARINHO, L. F. B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cad. 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, 131-141, 1998.
- ARAÚJO, T. M; AQUINO, E; MENEZES, G. SANTOS, C.O; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.4, p.424-33, 2003.
- ARAÚJO, T. M; GRAÇA, C.C; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n.4, p. 991-1003, 2003.
- ARAÚJO, T.M; GODINHO, T.M; REIS, E.J.F.B; ALMEIDA, M.M.G. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 1117-1129, 2006.
- AREIAS, M.E.Q; GUIMARÃES,L.A.M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Rev. Psicologia em estudo**, v. 9, n. 2, p. 255-262, mai/ ago, 2004.
- BARTLEY, M.; POPAY, J.; PLEWIS, I. Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health. **Sociology of health and illness**. n.14, p.313-143, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, 1996.

BRITO, J; OLIVEIRA. Divisão sexual do trabalho e desigualdades nos espaços de trabalho. In: SILVA FILHO, J.F; JARDIM, S. (Org.). **A danação do trabalho - organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Corá editora, 1998, p. 235-263.

BUTTO, A. Gênero, família e trabalho. In: **Mulher e Política** – Gênero e feminismo no Partido dos trabalhadores. São Paulo: Perseu Abramo, p. 71-83, 1998.

CALAIS, S. L; ANDRADE, L. M. B de; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. **Rev. Psicol. Reflex. Crit**, v.16, n. 2, 2003. Disponível em < www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722003000200005&script=sci_arttext >. Acessado em 17 março 2007.

CARVALHO, M. E. **Consciência de gênero na escola**. João Pessoa: Universitária UFPB, 2000.

CASTRO, M.G. O Conceito de gênero e as análises sobre mulher e trabalho: notas sobre impasses teóricos. **Caderno CRH**, n.17, 1992, p.80-105. Disponível em: <<http://www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=358>>. Acesso em: 16.12.2009.

CHATIER, R. Diferença entre os sexos e dominação simbólica. **Cadernos Pagu**. N.4, p.37-47, 1995.

DANTAS, J; MENDES, R; ARAÚJO, T. M. Hipertensão Arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma Refinaria de Petróleo. **Rev. Bras. Méd. Trab**, v. 2, n. 1, p. 55-68, jan/mar, 2004.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho** – Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5 ed.[Trad. Ana Isabel Paraguay; Lúcia Leal Ferreira] São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DELCOR, N. S. **Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino em Vitória da Conquista – BA**. 2003. Dissertação de Mestrado, Salvador: Departamento de Medicina – Universidade Federal da Bahia.

DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; POLANCZYK, C.A.; HOMRICH, C.S.; ROSA, R.S.; ACHUTTI, A.C. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região Sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. **Rev. de Saúde Pública**. v.27, n.1, p.143-8, 1993.

FISCHER, F.M; LIEBER, R.R; BROWN, F.M. Trabalho em Turnos e as Relações com a Saúde-Doença. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

FRANKENHAUSER, M. The psychophysiology of sex differences as related to ocupacional status. In: FRANKENHAUSER, M; LUNDBERG, U; CHESNEY, M. **Women**,

work and stress - stress and opportunities. New York and London: Plenum Press, 1991, p. 39-61

GIANNASI, F. A Precarização do trabalho da mulher e seus impactos sobre a saúde. In: OLIVEIRA, E. M. SCAVONE, L. **Trabalho, saúde e Gênero** – Na era da globalização. Goiânia: AB, 1997.

GOLDANI, A. M. Família, Gênero e Políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Rev. Bras. de Estudos de População**, v.19, n.1, jan/jun. 2002.

GUIMARÃES, J. R. S. Participação feminina no mercado de trabalho: expansão e iniquidade. **Bahia Análise e Dados**, v.10, n.4, p.154-168, mar, 2001.

HEILBORN, M.L. De que gênero estamos falando? **Sexualidade Gênero e Sociedade**. v.1, n.2, 1994.

HEILBORN, M.L. Gênero, Sexualidade e Saúde. In: **Saúde, Sexualidade e Reprodução - compartilhando responsabilidades**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1997, p. 101-110.

HIRATA, H. KERGOAT, D. Novas Configurações da divisão sexual do trabalho [Trad. Fátima Murad]. **Cad. de Saúde Pública**, v.37, n.32, p. 595-609, 2007.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v.37, n.132, p.595-609, 2007.

JOHNSON, J. V.; HALL, E.M. Job strain, work place social support and cardiovascular disease: a cross-sectional of a random sample of the Swedish working population. **American Journal of Public Health**, v.86, n.3, p.324-331, 1988.

KARASEK, R. A; Job Demand, job decision latitude and mental strain implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, n.24, p. 285-308, 1979.

KARASEK R.; THEORELL T. **Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life**. New York, Basic Books, 1990.

KARASEK, R; BRISSON, C; KAWAKAMI, N; HOUTMAN, I; BONGERS, P. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **Journal of occupational health psychology**. v.3, n.4, p.322-355, 1998.

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

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v.16,

n.3, p.647-659, jul/set. 2000.

NAKAYAMA, M. K; BITENCOURT, C. **Processo de mudança e estresse ocupacional**, 2003. Disponível em< www.unicap.br/marina/estresse.html> Acesso em 12/01/07.

NOGUEIRA, D.P.; LAURENTI, R. Absenteísmo por doença em mulheres. **Rev. de Saúde Pública**. n.9, p.393-9, 1975.

OLINTO, M.T.A. Reflexões sobre o uso de gênero e /ou sexo em epidemiologia: um exemplo dos modelos hierarquizados de análise. **Revista Bras. de Epidemiologia**, v.1, n.2, p.162-169, 1998.

PELLETIER, K.R. **Healthy people in unhealthy places: stress and fitness at work**. New York: Pelacorte, 1984.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE FEIRA DE SANTANA – Cidade. Disponível em: <http://www.feiradesantana.ba.gov.br/conteudo.asp?id=6>, acesso em 10/11/2009.

REIS, E.J. B; CARVALHO, F. M; ARAÚJO, T. M; PORTO, L.A; SILVANY NETO, A.M. Trabalho e Distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista – BA, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v.25, n.5, p. 11480-90, 2005.

REIS, R.J.; PINHEIRO, T.M.M.; NAVARRO, A.; MARTIN, M.M. Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões por esforços repetitivos. **Rev. Saúde Pública**. v.34, n.3, p.292-98, 2000.

ROSSI, A. M; PERREWÉ, P. L.; SAUTER, S. L. **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais de saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2005.

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

SALIM, C.A. Doenças do trabalho – exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo em Perspectiva**. n.17, v.1, p.11-24, 2003.

SANTANA, V. S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Rev. Saúde Pública**, v.40, special issue, ago, 2006.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. v.16, n.2, p. 5-22, 1990.

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.

SOUZA-LOBO, E. **A Classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

UNESCO. **O perfil dos professores**: o que fazem, o que pensam, o que almejam. São Paulo: Moderna, 2004.

WALDRON, I. Effects of labor force participation on sex differences in mortality and morbidity. n: FRANKENHAUSER, M; LUNDBERG, U; CHESNEY, M. **Women, work and stress - stress and opportunities**. New York and London: Plenum Press, 1991, p.17-38.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep@uefs.br

Feira de Santana, 09 de junho de 2010
Of. CEP-UEFS nº 134/2010

Senhor(a) Pesquisador(a): Prof^a. Tânia Maria de Araújo


Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado **“Condições de trabalho de saúde: Análise de diferenciais de Gênero”**, registrado neste CEP sob **Protocolo N.º 068/2010, CAAE 0065.0.059.000-10**, foi apreciado pelos membros do CEP-UEFS e satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, (vide parecer anexo) podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano **(09/06/2011)** este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Maria da Glória Sampaio Gomes
Vice-Coordenadora do CEP-UEFS

ANEXO B – Questionário da pesquisa

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE- NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA

PROJETO: *Caracterização da Saúde Mental de Feira de Santana, BA, Brasil*

SUBDISTRITO _____ SETOR CENSITÁRIO N° DE ORDEM

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

Data: ___/___/___

N° do domicílio: _____

Hora de início: _____

1. Endereço:	N°	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						

CONDIÇÃO NA FAMÍLIA 1 -Chefe 2 -Cônjuge/Companheiro 3 -Filho/Neto 4 - Genitor(a)(pai, mãe) 5 -Parente 6 -hóspede 7 -empregado	Controle da entrevista 1 -Não amostrado 2 -Entrevista SIM 3 -Entrevista NÃO 4 . 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 NÃO ESTÁ TRABALHANDO , 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 não tem carteira assinada 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 Escrito : 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

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

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**.

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

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 8() não se aplica
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
Atividades sócio-culturais: 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
Atividades físicas: 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

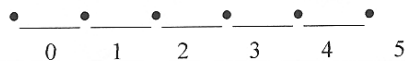
* Jogos: baralho, dominó, dama etc.

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? 0() Não 1() Sim	Se você NÃO BEBE, siga para o bloco XI
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	Se você NÃO FUMA, siga para o bloco XII
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	Se marcou NÃO, siga para questão 5
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 freqüência 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?		
Se você respondeu “NÃO”, salte para a pergunta de número 5		
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?		

4. Pense sobre sua última grave crise de ansiedade.	0 Não	1 Sim	8 Não se aplica
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?			

5. No último mês, com que frequência você se sentiu incomodado por qualquer um dos problemas seguintes?	0 Nenhu -ma	1 Vários dias	2 Mais que a metade dos dias	8 Não se aplica
Se sente nervoso, ansioso, tenso, ou preocupando-se muito sobre assuntos diferentes?				-----
Se você marcou “Nenhuma”, salte para questão de número 6				-----
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				

6. Perguntas sobre alimentação	1 Sim	1 Não	8 Não se aplica
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?			-----
Se você marcou ‘NÃO’ para alternativas “a” ou “b”, salte para a questão 8			-----
Isso ocorreu, em média, com uma frequência de duas vezes na semana pelos últimos 3 meses?			

7. Nos últimos 3 meses, você frequentemente fez algum dos seguintes itens para evitar ganhar peso?	0 Não	1 Sim	8 Não se aplica
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 último mês, 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 no 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.