



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

PALOMA DE SOUSA PINHO

SOBRECARGA DOMÉSTICA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES

FEIRA DE SANTANA
2006



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

PALOMA DE SOUSA PINHO

SOBRECARGA DOMÉSTICA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como exigência para obtenção do grau de mestre pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a Dr^a Tânia Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA

2006

PALOMA DE SOUSA PINHO

SOBRECARGA DOMÉSTICA E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MULHERES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva como exigência para obtenção do grau de mestre pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Feira de Santana, ____/____/____

Prof^a Dr^a Tânia Maria de Araújo
(Universidade Estadual de Feira de Santana)

Prof^a Dr^a Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino
(Universidade Federal da Bahia)

Prof^a Dr^a Acácia Batista Dias
(Universidade Estadual de Feira de Santana)

Dedico este trabalho à duas mulheres, mais que especiais em minha vida...

Maria Goreth de Souza Pinho
Minha mãe, eterna incentivadora

Tânia Maria de Araújo
Mestre, amiga e segunda mãe

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, acima de tudo, que me acordou todas as minhas manhãs e me colocou para dormir todas as noites, quando o cansaço já era maior que a vontade de continuar

A professora **Tânia Araújo**, que cada dia me incentiva e impulsiona na jornada da saúde pública com muita confiança, amizade e amor. Nosso laço vai muito além...

A **UEFS**, pela sua existência na minha caminhada do conhecimento há nove anos

À disciplina **Estágio Supervisionado I**, especialmente a **Tereza Cristina Dantas e Aline Mota**, pela compreensão e confiança na realização da minha dupla jornada de professora e mestranda

Ao **NEPI** e à todos os bolsistas que comigo conviveram, mas com carinho especial à **Francielly, Júnior e Joyce**, que entenderam minha pressa e estiveram sempre dispostos a ajudar

Às secretárias **Rosane e Siomara** pelo apoio, dedicação e paciência.

A **Igor**, meu companheiro, que me alimentava, a cada manhã, com seu amor e compreendeu, a cada dia, a minha ausência

A **Goreth**, minha mãe e também secretária do mestrado, que acompanhou literalmente de perto, meu desempenho, minhas angústias e minhas vitórias

A meu pai, **Carlos** e a meus irmãos, **Ianco e Patrícia**, que sempre confiaram em mim e à meu amorzinho **Gabriel**, que com sua inocência distraia-me nos momentos difíceis

A **Rejane, Kionna, Michelle e Johelle**, que juntas éramos as insuportáveis. Nossa amizade não foi por acaso e, com certeza, sem vocês meu mestrado não teria sido perfeito.

Canção do dia de sempre

Tão bom viver dia a dia...
A vida assim, jamais cansa...

Viver tão só de momentos
Como estas nuvens no céu...

E só ganhar, toda a vida,
Inexperiência... esperança...

E a rosa louca dos ventos
Presa à copa do chapéu.

Nunca dêis um nome a um rio:
Sempre é outro rio a passar.

Nada jamais continua,
Tudo vai recomeçar!

E sem nenhuma lembrança
Das outras vezes perdidas,
Atiro a rosa do sonho
Nas tuas mãos distraídas...

Mario Quintana

RESUMO

Introdução: Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) acometem mais freqüentemente as mulheres e a falta de gratificação e de visibilidade na realização do trabalho doméstico constituem quadro determinante para o adoecimento psíquico.

Objetivos: Avaliar associação entre sobrecarga doméstica e ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres de Feira de Santana - BA. Descrever as características sociodemográficas, condições de vida, trabalho profissional e do trabalho doméstico das mulheres. Estimar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns entre as mulheres segundo a sobrecarga doméstica associado aos aspectos sociodemográficos, condições de vida e trabalho profissional.

Metodologia: Estudo epidemiológico de corte transversal com 2057 mulheres com idade de 15 anos ou mais, selecionadas através de amostragem aleatória por conglomerado. O indicador de sobrecarga doméstica foi criado a partir das atividades domésticas: lavar, passar, limpar e cozinhar, ponderadas pelo número de moradores do domicílio. Os TMC foram avaliados através do SRQ-20 com ponto de corte validado em 7 ou mais respostas positivas.

Resultados: Entre as mulheres estudadas, 39,4% apresentaram TMC. A análise de regressão logística múltipla revelou que as mulheres expostas a uma alta sobrecarga doméstica apresentaram maior prevalência de transtornos mentais comuns (RP: 1,23; IC95%: 1,05-1,44) do que as mulheres em situações de baixa a média sobrecarga doméstica, mesmo ajustada pelas variáveis renda, escolaridade e atividades de lazer.

Conclusão: Os achados fomentam a discussão sobre questões culturais e implementação de políticas públicas para criação de uma rede de apoio social às mulheres.

Palavras-chave: sobrecarga doméstica, transtornos mentais comuns, mulheres.

ABSTRACT

Introduction: The Common Mental Disorders (CMD) occur more frequently in the women and the lack of gratuity and visibility in the accomplishment of the domestic work constitutes determinative picture for the psychic disorders.

Objective: To evaluate connection between domestic overload and occurrence of Common Mental Disorders in women from Feira de Santana - BA. To describe the sociodemographic characteristics, conditions of life, professional work and of the domestic work of the women. According to esteem the prevalence of the Common Mental Disorders between the women domestic overload associate to the sociodemographic aspects, conditions of life and professional work.

Methodology: Epidemiologist study of transversal cut using 2057 women with age of 15 years old or more, selected through random sampling for conglomerate. The pointer of domestic overload was created from the domestic activities: washing up, pressing clothes, cleaning and cooking, weighed for the number of domicile inhabitants. The CMD had been evaluated through the SRQ-20 with cut point validated in 7 or more positive answers.

Results: Between the studied women, 39.4% had presented CMD. The multiple logistic regression analysis disclosed that the women displayed to the high domestic overload had presented greater prevalence of common mental disorders (PR: 1,23; RI95%: 1,05-1,44) that the women in situations of low or average domestic overload, exactly adjusted for the variable income, schooling and leisure activities.

Conclusion: The findings foment the quarrel about cultural questions and implementation of public politics for creation of a social support net to the women.

Word-key: domestic overload, common mental disorders, women.

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 - Níveis de noradrenalinas avaliados durante a jornada de trabalho profissional e domiciliar, entre homens e mulheres em um período de 10 horas, Suécia.....31
- GRÁFICO 2 - Prevalência (%) de TMC segundo sobrecarga doméstica entre as mulheres, Feira de Santana, 200280

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) distribuído por quatro grupos de sintomas identificados por Iacoponi e Mari (1988)	39
QUADRO 2 - Questões do GHQ-12	41
QUADRO 3 - População, tipo de estudo, ponto de corte, validação e principais resultados dos estudos encontrados sobre o SRQ-20 nas principais bases de dados	43
QUADRO 4 - População, tipo de estudo, ponto de corte, validação e principais resultados dos estudos encontrados sobre o GHQ-12 nas principais bases de dados	46
QUADRO 05 - Validação do SRQ-20 por gênero	56
QUADRO 06 - Síntese dos principais achados na associação da sobrecarga doméstica e os transtornos mentais comuns	95

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Cálculo da amostra	51
FIGURA 2 - Mapa de Feira de Santana subdividida em subdistritos	53
FIGURA 3 - Modelo de Predição	61
FIGURA 4 - Prevalência de transtornos mentais comuns entre as mulheres segundo subdistrito de Feira de Santana-BA, 2002.....	66
FIGURA 5 - Prevalência de transtornos mentais comuns entre as mulheres segundo subdistrito de Feira de Santana-BA, 2002.....	74
FIGURA 6 - Curva ROC para análise do poder discriminatório do modelo	90
FIGURA 7 - Análise de resíduos através dos padrões de co-variáveis	90

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Rastreamento dos estudos sobre SRQ-20 e GHQ-12 nas principais bases de dados, 2006	42
TABELA 2 - Distribuição das mulheres segundo realização de atividades de lazer e número de filhos, Feira de Santana, 2002	65
TABELA 3 - Distribuição da Sobrecarga Doméstica segundo características sociodemográficas e familiar das mulheres, Feira de Santana, 2002	67
TABELA 4 - Distribuição da Sobrecarga Doméstica segundo condições de vida das mulheres, Feira de Santana, 2002	69
TABELA 5 - Distribuição da Sobrecarga Doméstica segundo características do trabalho doméstico entre as mulheres, Feira de Santana, 2002.....	71
TABELA 6 - Distribuição da Sobrecarga Doméstica segundo trabalho profissional das mulheres, Feira de Santana, 2002	72
TABELA 7 - Prevalência (%) dos grupos de sintomas avaliados pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)	73
TABELA 8 - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres, Feira de Santana, 2002	75
TABELA 9 - Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo características do trabalho doméstico entre as mulheres, Feira de Santana, 2002	76

TABELA 10 - Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo condições de vida das mulheres, Feira de Santana, 2002	77
TABELA 11 - Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo trabalho profissional entre as mulheres, Feira de Santana, 2002	79
TABELA 12 - Análise estratificada da associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas	81
TABELA 13 - Análise estratificada da associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo condições de vida	82
TABELA 14 - Análise estratificada da associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo características do trabalho doméstico	83
TABELA 15 - Análise estratificada da associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo trabalho profissional	84
TABELA 16 - Sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo co-variáveis modificadoras de efeito, Feira de Santana, 2002	85
TABELA 17 - Sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns ajustadas pelas variáveis confundidoras, Feira de Santana, 2002	86
TABELA 18 - Resultados da pré-seleção de termos de interação para inclusão no modelo da regressão logística múltipla	87

TABELAS 19 - Estimativas do modelo selecionado na análise de regressão logística múltipla88

TABELA 20 - Razão de prevalência ajustada* e intervalo de confiança (95%) entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns (TMC)89

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Geral	22
2.2 Específicos	22
3 HIPÓTESE	24
4 REVISÃO DE LITERATURA	25
4.1 Sobrecarga Doméstica: o invisível e desvalorizado trabalho das mulheres	26
4.2 Mulher no mercado de trabalho: enfrentamento e novas perspectivas	27
4.3 Impacto da dupla jornada de trabalho para as mulheres: saúde e família	29
4.4 Saúde mental das mulheres: contexto dos transtornos mentais comuns.....	33
4.5 Instrumento de avaliação dos Transtornos Mentais Comuns	38
5 MATERIAIS E MÉTODOS	47
5.1 Caracterização do estudo	48
5.2 Tipo de estudo.....	48
5.3 Vantagens e desvantagens do estudo	49
5.4 Campo do estudo	50
5.5 População de estudo	51
5.6 Métodos e instrumentos da coleta de dados	52
5.7 Variáveis do estudo	54
5.7.1 Variável dependente	54
5.7.2 Variável independent.....	56
5.7.3 Co-variáveis	57
5.8 Análise e interpretação dos dados	58
5.9 Aspectos éticos	61

6 RESULTADOS.....	64
6.1 Principais características das mulheres	64
6.2 Distribuição da sobrecarga doméstica entre as mulheres.....	65
6.3 Distribuição dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre as mulheres	72
6.3 Sobrecarga Doméstica (SD) e Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre as mulheres	80
6.3.1 Análise estratificada	80
6.3.2 Análise de Regressão Logística Múltipla (ARLM)	86
7 DISCUSSÃO.....	92
7.1 Limites do Estudo	92
7.2 Resumo dos principais resultados	94
7.3 Transtornos Mentais Comuns: um agravo emergente entre as mulheres	96
7.4 Sobrecarga doméstica: confirmação de uma realidade feminina.....	103
7.5 Sobrecarga Doméstica como fator de risco para os Transtornos Mentais Comuns entre as mulheres	107
8 CONCLUSÃO	112
REFERÊNCIAS.....	115
ANEXO A - Ficha Domiciliar	125
ANEXO B - Questionário Individual	126
ANEXO C - Documento do CEP do Hospital São Rafael	133

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A literatura aponta o aumento da morbidade psíquica entre as mais diversas populações, e entre as doenças mentais, os Transtornos Mentais Comuns (TMC) vêm se destacando. Esses transtornos alteram o funcionamento normal dos indivíduos, prejudicando seu desempenho na vida familiar, social, pessoal e no trabalho, acometendo mais freqüentemente as mulheres (OMS, 2001).

Os Transtornos Mentais Comuns são caracterizados por sintomas como fadiga, esquecimento, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, dores de cabeça e queixas psicossomáticas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Sabe-se também que os TMC afetam pessoas de todas as idades, independente da cultura e do país, causando sofrimento tanto para o indivíduo como para a família e comunidade. Dados recentes revelam que a maioria dos casos de transtornos mentais pode ser diagnosticada e tratada de forma efetiva e com menores custos, na tentativa de se levar uma vida produtiva (LUDERMIR, 2000).

Muitas dessas pessoas não são identificadas pelos sistemas de saúde e atravessam a vida sofrendo sem tratamento adequado. Além disso, o planejamento, organização e avaliação da assistência à saúde mental são dificultados pela acentuada carência de dados epidemiológicos sobre o perfil de morbidade psiquiátrica geral na população (ALMEIDA-FILHO, 1982).

Lennon (1995) refere que as mulheres têm apresentado consideravelmente mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que homens. Os transtornos mais freqüentes entre as mulheres são aqueles relacionados aos sintomas de ansiedade, humor depressivo, insônia, anorexia nervosa e sintomas psicofisiológicos, enquanto os homens têm maiores taxas de distúrbios de conduta como comportamento anti-social, uso de drogas e abuso de álcool.

Além do mais, ao contrário dos homens, a inserção feminina no mercado produtivo é limitada por suas responsabilidades domésticas e familiares, tendo o emprego que ser adaptado às suas outras funções (JOSHI, 1990). Assim, estando ou não inseridas no mercado de trabalho, em geral, as mulheres são donas-de-casa e realizam tarefas que, mesmo sendo indispensáveis para a sobrevivência e o bem-estar de todos os indivíduos, são socialmente desvalorizadas e desconsideradas.

A partir da década de 70, no entanto, o trabalho doméstico começou a ser analisado por feministas como processo de trabalho e como relação social. Estudos sobre o papel do trabalho na vida têm focado os papéis sociais ocupados pelas mulheres; no entanto, muitas vezes ainda é comum a “invisibilidade” do trabalho doméstico sendo ignorado como uma variável que pode provocar ou contribuir para o adoecimento psíquico entre as mulheres (AQUINO, 1996, MARCONDES et al., 2003).

A origem do trabalho doméstico é algo “naturalizado”, prevalecendo a concepção de que a mulher “já nasce sabendo”, não passa por um processo de qualificação. A mulher, no trabalho doméstico, não tem o estatuto de quem trabalha e produz, tomando-se tal atribuição como uma responsabilidade exclusiva das mulheres, uma sobrecarga inevitável (LIMA, 2003).

Em estudos realizados com mulheres empregadas e donas-de-casa foi observado que fatores distintos produziam adoecimento psíquico e recompensa entre esses dois tipos de ocupação. Tanto o primeiro grupo como o segundo experimentaram, em média, níveis similares de sintomas depressivos (LENNON, 1994). Dentre os aspectos referentes ao trabalho doméstico associado a sintomas depressivos, ansiosos ou psicossomáticos destacaram-se a rotinização das tarefas e interrupções constantes das mesmas. Esse quadro configura o silêncio e a conseqüente desvalorização que perpassam pelo trabalho feminino, seja ele doméstico ou extradoméstico (CASTRO; LAVINAS, 1992).

Lima (2003) destaca que algumas pesquisas apontam maior prevalência de depressão entre as mulheres exclusivamente donas-de-casa do que entre aquelas que trabalham fora, sugerindo, assim, que a falta de gratificação e visibilidade na realização do trabalho doméstico constituem o principal determinante deste quadro.

A dupla jornada de trabalho tem sido investigada como uma situação que pode sobrecarregar e produzir efeitos negativos sobre a saúde, assim como, o fato de ser casada sem um trabalho remunerado, pois são geralmente classificadas como donas-de-casa e não como desempregadas (POWER; MANNOR; FOX, 1991).

No Brasil, o processo de empobrecimento e desqualificação do trabalho feminino é bem visível, uma vez que, são destinados às mulheres os salários mais baixos, a dupla jornada de trabalho, maior instabilidade e o desemprego. Apesar do grande avanço das mulheres no espaço de trabalho, elas continuam a ganhar

menos que os homens. Segundo dados do IBGE, no Brasil, as mulheres têm maior escolaridade que os homens, mas seus salários são, em média, 30% menores que os dos homens.

Brito (2000) retrata que no Brasil e América Latina é comum a presença das mulheres no mercado informal de trabalho, sem proteção trabalhista, sem carteira assinada, com jornadas prolongadas e ininterruptas, além de permanecerem na esfera doméstica; em 1995, cerca de 30% das mulheres assalariadas eram empregadas domésticas. A autora também revela que a precarização esteve sempre associada ao trabalho feminino, pois mesmo quando há insegurança, instabilidade e desemprego perpassando por toda população trabalhadora, os homens tendem a estabilizar-se enquanto os postos de trabalho das mulheres se mantêm incertos e irregulares.

O trabalho feminino, então, é qualificado como intermitente, logo instável, altamente desqualificado e bastante concentrado no setor terciário, notadamente nos serviços não assalariados e informais. Assim, acentuam-se as desigualdades salariais entre os sexos e se mantém a segregação ocupacional recriando-se guetos de ocupação feminina, agravamento das discriminações nos planos dos direitos sociais e generaliza-se a dupla jornada de trabalho entre as mulheres (BRUSCHINI, 1985; CASTRO; LAVINAS, 1992). O contexto persistente da desigualdade de gênero e desvalorização do trabalho feminino pode levar às trabalhadoras à interiorização da banalização das suas próprias qualificações com poucas perspectivas de melhorias de sua condição de mulher trabalhadora e, conseqüentemente, gerar adoecimento psíquico.

Salienta-se também que fatores do ciclo da vida como idade, situação conjugal, número de filhos, chefia de família e lazer, assim como a grande quantidade de trabalho não pago realizado pelas mulheres como a dupla jornada e o trabalho de cuidar da família, associados a componentes emocionais, podem intensificar o sofrimento psíquico entre a população feminina.

Na realidade brasileira ainda é restrita a avaliação de estudos que associam gênero, sobrecarga doméstica, trabalho profissional e transtornos mentais. Assim, este estudo pretende dar visibilidade a esta atividade ainda feminina, avaliando aspectos do trabalho doméstico e a saúde mental das mulheres. A lacuna observada neste campo do conhecimento suporta a realização de estudos

epidemiológicos para avaliar mais adequadamente esta temática. Contudo, na medida em que for possível, se buscará analisar o seu caráter multidimensional.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar associação entre sobrecarga doméstica e ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em mulheres de Feira de Santana - BA.

2.2 Específicos

Descrever as características sociodemográficas, condições de vida, trabalho profissional e do trabalho doméstico das mulheres.

Estimar a prevalência dos Transtornos Mentais Comuns entre as mulheres segundo a sobrecarga doméstica associado aos aspectos sociodemográficos, condições de vida e trabalho profissional.

HIPÓTESE

3 HIPÓTESE

Alta sobrecarga doméstica associa-se positivamente à ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC).

REVISÃO DE LITERATURA

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Sobrecarga Doméstica: o invisível e desvalorizado trabalho das mulheres

O trabalho doméstico, mesmo com suas peculiaridades que o diferencia das diversas atividades realizadas no mercado de trabalho, constitui uma forma de trabalho e, conseqüentemente, carrega na sua essência sentidos e valores que podem influenciar o processo saúde-doença, capaz de gerar satisfação e felicidade, mas também sofrimento e angústia.

O trabalho doméstico é uma atividade necessária para subsistência de todos os indivíduos em qualquer sociedade e, como qualquer trabalho, implica consumo da mente e dos músculos e requer destreza adquirida em um processo de capacitação.

Nesse sentido, quando o trabalho está adaptado às condições do trabalhador e os riscos para a saúde estão sob controle, este trabalho favorece a saúde e à realização do indivíduo no trabalho, tornando-o uma fonte de satisfação e auto-estima (OLIVEIRA, 2000).

No entanto, o conceito de trabalho correntemente utilizado não é suficientemente abrangente para compreender as atividades domésticas, o cuidado com os doentes, crianças e idosos, o artesanato e o comércio informal de mercadorias, mesmo sabendo que se constituem em estratégias de sobrevivência. Assim as atividades domésticas ficam invisíveis como um tipo de trabalho, o qual é realizado por milhões de mulheres, os principais sujeitos dessa atividade ainda oculta (AQUINO, 1996).

A esfera doméstica, por muito tempo, ficou intocada e naturalizada como o principal gueto feminino; mas, a partir da década de 70, o trabalho doméstico começou a ser investigado como processo de trabalho e como relação social. Contudo, em alguns momentos desse debate ficou obscurecido o fato de que o trabalho doméstico envolve, em sua essência, atividades restritas aos familiares e que são desenvolvidas exclusivamente pelas mulheres (BRITO; D'ACRI, 1991, AQUINO; MENEZES, 1992).

O trabalho doméstico pode ser fonte de sofrimento a depender da classe social a qual a mulher pertença, do número de pessoas para auxiliá-la e, principalmente, do número de pessoas na família e faixa etária, como crianças e idosos, no entanto, para outras mulheres as atividades domésticas podem ser

consideradas fonte de prazer e realização, na opção de fazer seu próprio alimento ou da família, na organização e arrumação da casa, no cuidar das crianças e da família. Essa situação revela a multidimensionalidade do trabalho doméstico principalmente no que se refere às questões de gênero.

4.2 Mulher no mercado de trabalho: enfrentamento e novas perspectivas

No final do século XIX, nos deparamos com a divisão sexual do trabalho, cabendo ao homem o trabalho produtivo (pelo qual passou a receber salário) e à mulher o trabalho reprodutivo (tarefas relativas à reprodução da força de trabalho, sem remuneração) (BRUSCHINI, 1982).

A divisão de trabalho ocorrida destinou espaços desiguais segundo o gênero e fragmentou o mundo do trabalho em produtivo e doméstico em que no mundo do trabalho doméstico privilegiou-se o papel reprodutivo feminino, em detrimento da sua intervenção no mundo social (BRITO; D'ACRI, 1991).

Essa divisão do trabalho assentou-se no paradigma dicotômico em que o privado está associado imediatamente ao feminino e o público ao masculino, pois a participação das mulheres no mercado de trabalho não depende apenas da sua qualificação profissional, mas também de fatores econômicos, estrutura familiar e condições de vida que se inserem (AQUINO, 1996).

Neste sentido, a ideologia transformou a rígida divisão sexual do trabalho em uma divisão natural, própria do sexo, onde a contradição entre vida doméstica e vida em família legitimou a naturalidade do trabalho doméstico como se ele fosse um trabalho para a família e não um trabalho social, delimitado por características próprias (BRUSCHINI, 1982).

Nas últimas décadas vêm ocorrendo, no entanto, importantes conquistas sociais das mulheres, ocupando lugar de destaque na sociedade e consolidando sua inserção no mundo produtivo, no mercado de trabalho. Contudo, esse novo papel social, em geral, não as liberou do trabalho doméstico (AQUINO; MENEZES, 1997).

O Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos e Socioeconômicos (DIEESE, 2003) revela que, desde o final dos anos 40, as mulheres em todo o mundo vêm ingressando em massa no mercado de trabalho e em 1995 cerca de

40,1% da força de trabalho era desenvolvida pelas mulheres. Atualmente, segundo dados da Organização das Nações Unidas, as mulheres são responsáveis por 53% do total de trabalhadores (remunerado e não remunerado) nos países desenvolvidos e 51% nos países industrializados e a carga horária diária das mulheres é, em média, 13% maior que a dos homens (BRITO, 2004).

No cenário brasileiro, em 2001, estavam no mercado de trabalho como ocupadas ou desempregadas, 34.852.764 mulheres, 41,9% da população economicamente ativa. No entanto, a vulnerabilidade do trabalho feminino pode ser observada nos elevados percentuais de mulheres que ocupam cargos de empregadas domésticas (18,3%), autônomas (16,3%) ou sem remuneração (9,8%), tornando evidente o grande contingente de mulheres que exercem, no mercado de trabalho, atividades semelhantes às realizadas no âmbito doméstico (DIEESE, 2003).

A realidade denuncia que as mulheres trabalhadoras enfrentam dificuldades como remuneração mais baixa e discriminação para alcançar postos de trabalhos (DIEESE, 2003), e o trabalho doméstico traz a marca dos valores mais tradicionais das sociedades ocidentais e suas motivações são menos visíveis, mas permanece evidente o sentido da obrigação de manutenção da vida familiar e do lar (PICANÇO, 2005).

O trabalho das mulheres não depende somente das demandas do mercado e de suas qualificações para atendê-las, mas decorre também de uma articulação complexa de características pessoais e familiares. Tanto a presença de filhos, como sua posição na família são fatores que estão sempre presentes nas decisões das mulheres de ingressar ou permanecer no mercado de trabalho, ou se inserir em trabalho de tempo parcial ou integral.

Alguns paradigmas se cristalizaram e a mesma hierarquia que organizou as diferenças entre trabalhos realizados por homens e mulheres, promoveu o não reconhecimento dos trabalhos que ocorrem na esfera doméstica e são relacionados ao mundo privado. Assim, os cuidados, geralmente atribuídos às mulheres, com as crianças, a casa e seus moradores não são considerados trabalhos e sim atividades de manutenção das condições para realização do “autêntico trabalho”, aquele produtivo e remunerado (MARCONDES et al., 2003). A luta travada pelas mulheres tem feito emergir movimentos de desconstrução desse paradigma, baseado não apenas na perspectiva de fazer com que o trabalho doméstico, realizado pelas

mulheres, adquira novo status nas relações produtivas, como também buscar a inserção da força de trabalho masculina na esfera privada, nas atividades domésticas.

De fato, paralelamente ao crescimento das taxas de atividade feminina não houve maiores mudanças na divisão sexual do trabalho doméstico e nem melhorias nas políticas sociais de suporte às famílias.

A persistente desigualdade entre os papéis sociais masculinos e femininos registra que aquela mulher, que até então, exercia o papel de gerenciadora do lar, hoje rediscute sua dimensão social no núcleo familiar e se depara com a solidez do preconceito ao buscar ingresso no mercado de trabalho (MARQUES, 2004).

Assim, a entrada e permanência das mulheres no mercado de trabalho são processos inseridos em distintos contextos que possui nitidamente duas motivações: a primeira que agrega a realização individual, desejo de autonomia e independência e estão ligados a valores mais modernos, e o segundo que agrega a necessidade econômica e de complementação da renda familiar, principalmente em sociedades tão desiguais quanto à brasileira.

A partir da análise crítica dos aspectos acima mencionados, emergiu a reflexão acerca de um conceito mais ampliado de trabalho – que possa abranger o trabalho doméstico e suas interações com a reprodução social. Necessita-se olhar para a mulher trabalhadora numa perspectiva integradora, evitando-se a separação do trabalho remunerado do não remunerado, do âmbito privado do público, não pensando apenas no locus feminino construído na sociedade, que define a mulher como ser do lar, da família, da maternidade, cuja identidade já está dada, determinada socialmente para essas funções (BRITO, 2000).

Entender o trabalho feminino pode ser, então, o ponto de partida para desvendar a dinâmica da divisão e opressão dos seres, a partir de sua identidade sexual, pois um dos fatores que condiciona sua posição no processo de produção é o trabalho doméstico que tem interferência decisiva na vida pessoal e profissional das mulheres.

4.3 Impacto da dupla jornada de trabalho para as mulheres: saúde e família

A discussão dos papéis sociais, masculino e feminino, e a conseqüente desordem na estrutura familiar com a saída da mulher de casa é mais uma questão que emerge no estudo sobre mulher e trabalho, pois a mulher trabalhadora tem assumido, na maioria das vezes, a dupla jornada de trabalho (doméstica e profissional).

Em geral, há uma concepção de que a mulher ocupa postos de trabalho menos perigosos, de trabalho leve, mas, na verdade, este “leve” torna-se mais pesado pelo fato de ela também realizar atividades domésticas, o que leva a compreensão do impacto diferenciado das condições de trabalho sobre a saúde do homem e da mulher.

O trabalho doméstico torna-se “invisível” quando a mulher se insere no mercado de trabalho, conseqüentemente descaracteriza o nexo entre trabalho e doença, reforçando dois aspectos, um é que o trabalho doméstico não é trabalho, e o outro é que o trabalho realizado em casa é leve e sem riscos (CARLOTO, 2003).

Assim, as mulheres trabalhadoras assumem dupla obrigação e jornada ininterrupta de trabalho. Soma-se a esse quadro, um conflito com sentimento de culpa ao se depararem com desgaste, fadiga, estresse, irritabilidade, insônia, angústia e nervosismo, pois suas atribuições são interrompidas e/ou não realizadas.

Por outro lado, estudo recente feito pela International Stress Management Association (ISMA), com 220 funcionárias de empresas e donas-de-casa de São Paulo e Porto Alegre, revela que a dupla jornada (trabalho, filhos e afazeres domésticos) pode ser menos estressante do que ter apenas uma jornada, pois a realização de duas ou mais atividades, permitiria a diversificação de tarefas, possibilitando que a mulher divida suas preocupações e deixe de concentrar todas as expectativas em apenas uma delas (ZAKABI, 2006).

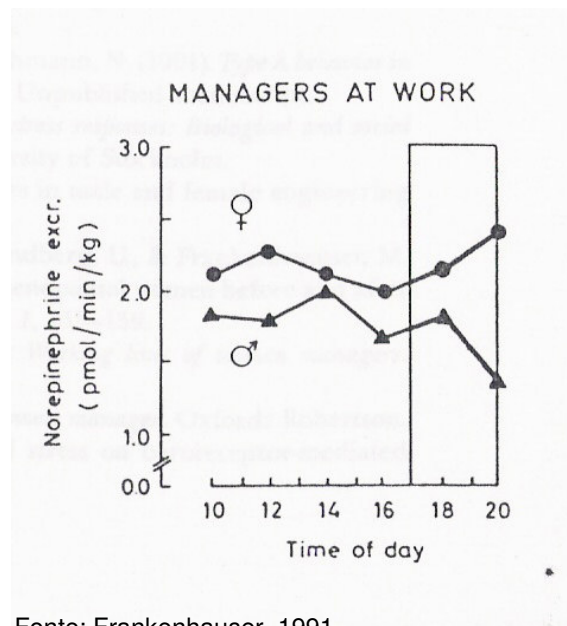
Como se pode observar, o trabalho doméstico envolve múltiplas dimensões e sentidos, muitas vezes, cruzados. Uma breve análise de suas dimensões deixa claro tratar-se de um conceito complexo e que não mantém relações diretas ou unidirecionais com os eventos a ele associados.

Além do mais, o acúmulo de tarefas decorrente da dupla jornada de trabalho sobre as mulheres pode ser entendido não só como uma naturalização das atividades domésticas à condição feminina como também uma prerrogativa masculina que facilita a ausência dos homens nessas atividades, mesmo em uma

época em que as mulheres encontram-se cada vez mais inseridas no mercado de trabalho.

Em estudo realizado por Frankenhauser (1991) na Suécia, por exemplo, homens e mulheres foram avaliados quanto à produção de catecolaminas durante o trabalho profissional e em casa. Os dados revelaram que durante as horas de trabalho fora de casa não houve diferenças marcantes entre os sexos, entretanto, ao chegar em casa, essas diferenças foram significantes, pois o nível de noradrenalina nos homens caiu consistentemente depois de sua jornada de trabalho, enquanto as mulheres mantinham seus altos níveis de noradrenalina, mesmo após o retorno para casa. Esses dados comprovam que a dupla jornada das mulheres continua ao chegar em casa, ou seja, o tempo livre, fora do trabalho, não é utilizado para o descanso, ao contrário dos homens (GRÁFICO 1).

GRÁFICO 1 - Níveis de noradrenalinas avaliados durante a jornada de trabalho profissional e domiciliar, entre homens e mulheres em um período de 10 horas, Suécia



Fonte: Frankenhauser, 1991

O apoio na realização das tarefas domésticas aparece estreitamente ligado à qualidade de saúde das mulheres. A sobrecarga e desigualdade percebida pelas mulheres na realização dos trabalhos de casa aumentam os sintomas de depressão, além de se encontrar benefícios para a saúde mental quando mulheres casadas com trabalho profissional recebiam ajuda dos maridos nos afazeres

domésticos (REPETTI et al., 1989; GLASS; FUJIMOTO, 1994; SANTANA; PONDÉ, 1995).

No Brasil, os dados do DIEESE (2004), demonstraram que a média de horas dispensada pelas mulheres no cuidado com os afazeres domésticos era o dobro da observada para os homens, ocupados ou não. As mulheres ocupadas dedicavam em média 22,1 horas semanais no cuidado aos afazeres domésticos, enquanto os homens dedicavam apenas 9,9 horas. Sendo que, na maioria das vezes, essa ajuda dispensada pelos homens está direcionada para tarefas extra lar (AQUINO, 1996).

Já no México, os homens dedicam 10,5 h da semana para as tarefas domésticas e as mulheres 27,6 h, esses resultados ilustram a desigualdade de divisão do trabalho doméstico em tempo e conteúdo onde a participação masculina está centrada no apoio e preparação dos alimentos e cuidado dos filhos (CRUZ; NORIEGA; GARDUÑO, 2003).

Desta forma, é fundamental a reflexão sobre o conflito da instituição família e a condição de ser mulher no mercado de trabalho. A complexidade desse processo de mudança pode ser visto como um desafio, imerso em possibilidades de novas formas de convivência no ambiente de trabalho e na família sendo possível dar visibilidade à duas dimensões (negativa e positiva) na interface trabalho-família (MARQUES, 2004).

O lado negativo da interface trabalho-família pode estar ligado à quantidade de tempo gasto no trabalho em relação ao tempo gasto com a família. Pois, quando se gasta mais tempo em um papel, sobra menos tempo para os outros papéis, aumentando a probabilidade de conflito trabalho-família.

Entretanto, também se percebe o lado positivo nesta interface do trabalho com a família, pois em muitos momentos um se configura apoio social para o outro, sendo o trabalho uma forma de buscar sua independência, autoconfiança e proporcionar bem-estar para sua família (PICANÇO, 2005).

Em resumo, os efeitos da dupla jornada de trabalho sobre a saúde dessas mulheres são evidentes, pois longa jornada diária torna mínimo o tempo para reposição do desgaste, do sono, lazer e cuidado com o corpo, além disso, o próprio esforço de conciliar duas atividades gera ansiedade e tensão, cujas implicações sobre a saúde física e mental das mulheres são ainda pouco conhecidas em nossa realidade (AQUINO, 1996).

4.4 Saúde mental das mulheres: contexto dos transtornos mentais comuns

O conceito de saúde mental deve envolver o homem no seu contexto biopsicossocial, assim como a fase de desenvolvimento em que ele se encontra, uma vez que, a saúde mental é entendida como um equilíbrio dinâmico que resulta da interação do indivíduo com seus vários ecossistemas; o seu meio interno e externo; seus antecedentes pessoais e familiares (FONSECA, 1985).

Os transtornos mentais acometem 450 milhões de pessoas devido à interação de fatores genéticos e ambientais, representando quatro das dez principais causas de incapacitação. Segundo a OMS (2001) há indícios de que os transtornos depressivos passarão a ocupar o segundo lugar na lista das doenças com maior carga. Estudos epidemiológicos realizados em 14 países mostram que cerca de 24% da população apresentam distúrbios cujos diagnósticos mais freqüentes são a depressão e ansiedade (VOLCAN et al., 2003).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos revela que quase metade dos americanos apresentará algum distúrbio mental durante a vida, sendo que as mulheres têm mais depressão e ansiedade e os homens sofrem em maior número de déficit de atenção, hiperatividade e dependência de álcool e droga (FRUTUOSO, 2005).

Uma em cada quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre atualmente de um transtorno mental ou comportamental, segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo – Saúde Mental, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). Este relatório revela também que os transtornos mentais apresentam um quadro variado e heterogêneo, onde alguns deles persistem por semanas, já outros podem durar a vida inteira.

A epidemiologia psiquiátrica, depois de mudar seu foco de atenção de populações hospitalizadas para a comunidade, tem revelado um padrão de morbidade em que cerca de 90% das enfermidades compõem-se de distúrbios não psicóticos, principalmente a ansiedade e depressão, no entanto, estudos sobre diferenciais de morbidade segundo o gênero têm consistentemente indicado maior

freqüência de morbidade referida entre as mulheres (COUTINHO; ALMEIDA-FILHO; MARI, 1999).

Comorbidade é definida quando, de maneira concomitante, o indivíduo apresenta dois ou mais transtornos independentes. Este evento vem sendo observado com maior freqüência nos indivíduos que apresentam um diagnóstico psiquiátrico, sugerindo que a existência de um transtorno expõe a pessoa afetada a um maior risco de desenvolver um segundo transtorno (SOARES et al., 1995).

A literatura internacional tem mostrado evidências de que pacientes depressivos utilizam os serviços de saúde com maior freqüência, têm diminuição da produtividade no trabalho e prejuízo da qualidade de vida quando comparados à portadores de outras doenças de caráter crônico (JOHNSON, et al., 1992 apud FLECK et al, 2002).

Vários estudos em outros países têm mostrado que usuários freqüentes de serviços de saúde têm comorbidade de doenças físicas e mentais e que, em sua grande maioria, constitui-se de mulheres com diagnóstico de depressão (FLECK et al., 2002).

Esses dados podem estar relacionados a diferenças nas respostas biológicas, nas situações de trabalho, como também na interseção entre papéis exercidos pelas mulheres no trabalho e no lar (ROCHA; DEBERT-RIBEIRO, 2001), pois a interface entre trabalho e família, como já mencionado anteriormente, tanto pode ser fonte de apoio social como fonte de estresse.

As exigências do trabalho, integradas às responsabilidades atribuídas à mulher no âmbito doméstico, geram importantes repercussões sobre a saúde, isso pode ocorrer em razão do fato da inserção crescente das mulheres no mercado de trabalho não ter sido acompanhada de uma distribuição mais balanceada de tarefas entre os gêneros.

Desta forma, essa situação desigual e complexa entre homens e mulheres se relaciona, de forma muito clara, com os problemas de saúde, onde as mulheres apresentam mais freqüentemente sintomas psicossomáticos, como ansiedade e depressão do que os homens. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), a depressão será a segunda causa de morbidade em mulheres no ano de 2020.

Aliados a depressão e ansiedade, temos o esquecimento, a fadiga, a irritabilidade, insônia, dificuldades de concentração e queixas somáticas, definidas

por Godberg e Huxley (1992) como os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Destaca-se que esses transtornos representam alto custo social e econômico, pois, incapacitantes, constituem causa importante de dias perdidos de trabalho, além de elevarem a demanda nos serviços de saúde. Em um inquérito epidemiológico realizado em Brasília, São Paulo e Porto Alegre com 6.740 entrevistados, cerca de 50% dos pacientes de serviços primários de saúde apresentaram distúrbios não-psicóticos (COUTINHO; ALMEIDA-FILHO; MARI, 1999).

Esses transtornos mentais se referem a situações de saúde com sintomas proeminentes que trazem incapacidade funcional comparáveis ou até pior do que quadros já bem estabelecidos. Entretanto, esse quadro clínico, não faz os pacientes procurarem a assistência necessária, e muitas vezes, quando procuram, são subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber tratamento adequado.

Os diagnósticos dos transtornos mentais em nível primário costumam ser prejudicados, na maioria das vezes, pela presença freqüente de comorbidades, pela dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecê-las, assim como pela sistemática do atendimento o que leva a percentuais de 50% a 60% dos casos de depressão a não serem diagnosticados e tratados adequadamente (FLECK et al., 2002).

A prevalência de transtornos mentais comuns varia de 23,9% em comunidade rural da África do Sul a 52% em Santiago no Chile. No Brasil alguns estudos também têm encontrado elevadas prevalências de TMC: Araújo e outros (2003) encontrou prevalência de 33,3% em trabalhadoras de enfermagem. Na população da zona urbana de Pelotas com idade entre 20 a 69 anos, Costa e outros (2002) encontrou uma prevalência de distúrbios mentais de 21,0% entre os homens contra 34,2% entre as mulheres; e Lopes, Faerstein e Chor (2003) verificou que 29% dos funcionários de uma universidade do Rio de Janeiro tinham TMC, sendo que a prevalência foi de 22,2% entre os homens contra 34,4% entre as mulheres.

A avaliação dos TMC na população é tão importante para compreensão da sua distribuição em diferentes grupos, de acordo com suas diferentes características, quanto dos fatores de riscos associados à sua ocorrência. O diagnóstico proveniente dessa avaliação é capaz de fornecer informações relevantes para nortear as políticas de intervenção em saúde mental, diminuindo ou prevenindo tais agravos.

A epidemiologia define como fatores de risco variáveis sociais ou biológicas que, quando presentes, aumentam a probabilidade de ocorrência de uma dada doença (COUTINHO; ALMEIDA-FILHO; MARI, 1999). Algumas características são descritas como associadas aos riscos à saúde mental, aumentando a ocorrência de transtornos mentais comuns, destacando-se as características sociodemográficas, diferenças de gênero, condições de trabalho, desemprego, hábitos de vida e mais recentemente características do trabalho doméstico ou a dupla jornada de trabalho – profissional e doméstica (ARAÚJO, 1999).

No Brasil, a presença de alguns fatores tem contribuído para elevar as prevalências dos transtornos, tais como os eventos da vida estressante, processo de industrialização e urbanização, condições de moradia inadequadas, desigualdades sociais, violência e criminalidade (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003). Dados recentes apontam que o baixo apoio social e variáveis relativas à condição de vida e trabalho também têm sido considerados potenciais fatores de risco para ocorrência de transtornos mentais comuns (COSTA; LUDERMIR, 2005).

Fatores ambientais desfavoráveis também estão sabidamente associados ao aparecimento dos distúrbios psiquiátricos assim como à severidade no curso da grande parte deles. Neste sentido, a doença mental pode provocar uma série de prejuízos sociais na vida do indivíduo, como baixo nível educacional, desemprego e ruptura das relações sociais (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Salienta-se também que os estudos sobre trabalho têm geralmente focalizado o trabalho remunerado, direcionando pouca atenção ao estudo das dimensões do trabalho doméstico, que pode ser estressante e caracterizar sua relação com o funcionamento psíquico (LENNON, 1995).

Apesar da pouca visibilidade dada ao trabalho doméstico, alguns achados empíricos têm evidenciado a sua importância do trabalho doméstico como fator de risco para a saúde mental:

- Horas de trabalho em casa elevaram a sintomatologia de depressão para maridos e esposas (GLASS; FUJIMOTO, 1994);
- Demandas domésticas apresentaram efeito negativo sobre a saúde (WALTERS et al., 1996).
- Sobrecarga doméstica associou-se positivamente à hipertensão arterial (AQUINO, 1996).

- Alta sobrecarga doméstica eleva a prevalência de distúrbios psíquicos menores (ARAÚJO, 1999).

- Estudos comparando mulheres empregadas e donas-de-casa, constataram que o emprego está associado com menor frequência de sintomas psíquicos (ARAÚJO et al., 2000).

Os dados empíricos sinalizam alguns fatores que podem estar relacionados aos efeitos negativos: longas jornadas, isolamento, tensões geradas pela monotonia, repetitividade, e desvalorização, ao longo do tempo, podem cristalizar diferentes formas de adoecimento psíquico.

O estudo da relação saúde/trabalho, então, deve direcionar o olhar para a mulher trabalhadora, evidenciando a impossibilidade de separar os espaços de trabalho e de consumo, o trabalho e o descanso, o trabalho remunerado e não remunerado (BRITO, 2000), pois as demandas domésticas em elevada intensidade e frequência produzem efeito negativo sobre a saúde das mulheres, já que mães ainda jovens apresentam uma forte tendência a ter sintomas estressores decorrentes da repetitividade dessas atividades e da falta de lazer, gerando desmotivação e tristeza (DITZ, LIMA; ROCHA, 2003). A monotonia da rotina doméstica associada a carga psicológica do papel a ser desempenhado - seja por ser mãe ou por ser casada - e a pouca possibilidade de mudanças na vida geram frustrações às mulheres que almejam realização profissional.

O que se pode observar neste contexto é que o mundo moderno apresenta novos desafios para a construção da equidade de gênero e os conceitos, até então cristalizados, podem ser revistos na busca da igualdade social e de papéis na perspectiva da qualidade de vida para ambos os sexos.

4.5 Instrumento de avaliação dos Transtornos Mentais Comuns

Recentemente, no Brasil, dois instrumentos têm sido bastante utilizados para avaliar os Transtornos Mentais Comuns (TMC) nas populações: o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e o General Health Questionnaire (GHQ).

O primeiro, é um instrumento que objetiva sinalizar distúrbio psiquiátrico em nível de atenção primária. Foi desenvolvido por Harding e outros (1980) e validado no Brasil por Mari e Williams (1986). Em sua elaboração inicial, o SRQ incluía 24 questões subdivididas em duas seções: a primeira com vinte questões para detecção de distúrbios neuróticos e a segunda contendo quatro questões para detecção de distúrbios psicóticos. A versão em português adotou as vinte primeiras questões para detecção de morbidade não psicótica.

O SRQ-20 é um instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para uso em países em desenvolvimento e tem-se mostrado eficaz na detecção de transtornos mentais comuns. Em centros de saúde, o SRQ-20 é útil para detectar níveis de suspeição e de não suspeição, tendo em vista sua alta sensibilidade (83%) e especificidade (80%) (MARI; WILLIAMS, 1986). O SRQ-20 pode ser respondido através de autopreenchimento ou através de entrevista, e contém uma escala de sim/não para cada resposta.

Iacoponi e Mari (1988) avaliaram os sintomas medidos pelo SRQ-20 e observaram que quatro grupos de sintomas podiam ser identificados. O QUADRO 1 apresenta os grupos identificados com os itens de cada grupo.

GRUPO DE SINTOMAS	QUESTÕES DO SRQ-20
Humor depressivo-ansioso	Sente-se nervosa, tensa ou preocupada
	Assusta-se com facilidade
	Tem se sentido triste ultimamente
	Tem chorado mais do que de costume
Sintomas somáticos	Dores de cabeça freqüentes
	Dorme mal
	Sensações desagradáveis no estômago
	Má digestão
	Falta de apetite
	Tremores nas mãos
Decréscimo de energia vital	Cansa-se com facilidade
	Tem dificuldade em tomar decisões
	Dificuldades de realizar com satisfação suas atividades
	Seu trabalho é penoso
	Sente-se cansada o tempo todo
	Tem dificuldade de pensar com clareza
Pensamentos depressivos	É incapaz de desempenhar papel útil em sua vida
	Tem perdido o interesse pelas coisas
	Tem tido a idéia de acabar com a vida
	Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo

QUADRO 1 – Itens do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) distribuído por quatro grupos de sintomas identificados por Iacoponi e Mari (1988).

O segundo instrumento, é um questionário bem estabelecido para rastrear transtorno psiquiátrico não psicótico na população geral. Sua versão mais utilizada é composta por doze questões, que objetivam mensurar sentimentos de tensão, depressão, incapacidade de lidar com situações habituais, ansiedade e falta de confiança (VEGGI et al., 2004).

O General Health Questionnaire (GHQ-12) ou Questionário de Saúde Geral (QSG-12) também é auto-aplicável e foi elaborado por Goldberg (1972) com o objetivo de detectar doenças psiquiátricas não psicóticas. Inicialmente este questionário continha 60 itens, sendo posteriormente apresentado em versões alternativas, mais breves, contendo 30, 20 e, finalmente, 12 itens. Esta versão reduzida tem compreendido um dos instrumentos mais utilizados para medir o bem-estar psicológico e diagnosticar desordens psiquiátricas menores, principalmente em estudos ocupacionais e contempla períodos de tensão, depressão, incapacidade de luta ou enfrentamento, insônia de fundo ansioso, falta de confiança e outros problemas psicológicos (MAGALHÃES; MENDONÇA, 2005; GOVEIA et al., 2003).

Os itens do GHQ-12 (QUADRO 2) consistem de questões que procuram saber se o respondente experimentou recentemente um determinado sintoma ou comportamento numa escala de 4 pontos, variando de 1= Não, absolutamente a 4=Muito mais do que de costume. O instrumento foi traduzido para o português e validado na população brasileira com uma amostra de 200 sujeitos (78% mulheres, 22 % homens, média de idade de 34,4, sendo 63,5% com terceiro grau completo e de diversas profissões). Os resultados revelaram consistência interna satisfatória (*Alpha* de Cronbach 0,87), ficando composto de um fator de depressão e o outro de ansiedade, cobrindo assim o conceito de tensão ou *distress* que se pretende avaliar (POSSATI; DIAS, 2002).

Questões*

1. Você tem conseguido se concentrar bem em suas atividades?
2. Suas preocupações têm feito você perder muito o sono?
3. Você sente que está desempenhando um papel útil na vida?
4. Você se sente capaz de tomar decisões?
5. Você tem estado constantemente deprimido e tenso?
6. Você se sente incapaz de superar seus problemas?
7. Você tem sido incapaz de realizar suas atividades normais de cada dia?
8. Você tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas?
9. Você tem se sentido pouco feliz ou deprimido?
10. Você tem perdido a confiança em si mesmo?
11. Você tem pensado ser uma pessoa que não serve para nada?
12. Você se sente razoavelmente feliz considerando todas as circunstâncias?

* níveis de avaliação: 1 (melhor que o habitual), 2 (igual ao habitual), 3 (menos que o habitual) e 4 (muito menos que o habitual)

QUADRO 2 – Itens do General Health Questionnaire (GHQ-12)

No Brasil, esses instrumentos vêm sendo utilizados em estudos populacionais e de grupos ocupacionais (VOLCAN et al., 2003; ARAÚJO et al., 2003; LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; COSTA et al., 2002; SOUZA; SILVA, 1998; REGO, 1992; PITTA, 1990). Neste sentido, uma busca sistemática (TABELA 1), nas principais bases de dados (SciELO, Lilacs e Medline) foi feita com o objetivo de sistematizar informações relevantes como população estudada, ponto de corte e validação dos principais estudos divulgados sobre o SRQ-20 e o GHQ-12 (QUADRO 3 e 4).

TABELA 1 – Rastreamento dos estudos sobre SRQ-20 e GHQ-12 nas principais bases de dados, 2006.

Palavra-chave	Lilacs	Medline 1966-1995	Medline 1996-2006	Scielo
SRQ	52	108	39	31
GHQ	33	925	475	11
SRQ-20	0	0	0	01
GHQ-12	0	0	0	01
SRQ-20 e TRABALHO	0	0	0	0
GHQ-12 e TRABALHO	0	0	0	0
SRQ e TRABALHO	18	0	0	12
GHQ e TRABALHO	02	0	0	02
TOTAL 19*				

* artigos sem repetições sobre SRQ e trabalho e GHQ e trabalho listados nos quadros 3 e 4

AUTOR / ANO	POPULAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	PONTO DE CORTE DO INSTRUMENTO	VALIDAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
SOBRINHO e outros (2006)	350 médicos de Salvador-BA	Corte Transversal	6/7	Não	Os médicos referiram elevada sobrecarga de trabalho, excesso de trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções e baixa remuneração. As queixas de saúde mais frequentes estavam relacionadas à postura corporal e a saúde mental. A prevalência de DPM, medido pelo SRQ-20 foi de 26%.
ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA (2005)	2055 mulheres da zona urbana do município de Feira de Santana-BA	Corte Transversal	6/7	Não	A prevalência global de TMC foi 39,4%. Mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentaram prevalência de TMC mais elevada (48,17%) do que mulheres com baixa sobrecarga (22,51%) Outras características estavam associadas à ocorrência de TMC: ser negra ou parda, divorciada, desquitada, viúva, baixo nível de escolaridade ou de renda, ter filhos, ser chefe de família e não dedicar tempo semanal ao lazer.
COSTA; LUDERMIR (2005)	População maior de 19 anos residente na comunidade do Pirauá, Macaparana, PE	Corte Transversal	5/6	Sim	A prevalência total dos transtornos mentais comuns foi de 36%; análise multivariada utilizando a regressão logística demonstra que as pessoas que têm baixo apoio social apresentam duas vezes mais chances de ter TMC (OR:2,09%; IC 95%: 1,35- 3,24) que os que têm alto apoio, mesmo depois do ajuste por idade, escolaridade e participação no mercado de trabalho.
BRANT; DIAS (2004)	132 gestores de uma escola pública da região metropolitana de Belo Horizonte, MG	Corte Transversal com abordagens quantitativas e qualitativas	6/7	Não	As principais manifestações do sofrimento foram: angústia (73,2%); tristeza (43,7%); insatisfações (39,0%). Das nove variáveis estudadas apenas o gênero mostrou-se estatisticamente associado ao sofrimento. As trabalhadoras apresentaram sofrimento significativamente superior ao dos trabalhadores (OR= 6,0; IC 95%) O grupo focal demonstrou ser um instrumento revelador do sofrimento.
SMAIRA; KERR CORREIA; CONTEL (2003)	141 pacientes de um hospital geral (47 casos e 94 controles)	Caso Controle	Sem Informação	Sem informação	Observou-se que alterações de comportamento com manifestações de exaltações depressivas motivaram os pedidos de interconsultas psiquiátrica; 95,8% dos casos e 27,7% dos controles receberam um diagnóstico; transtornos orgânicos e alcoolismo prevaleceram no grupo dos casos e os transtornos de ansiedade e depressão no grupo dos controles.

QUADRO 3 – População, tipo de estudo, ponto de corte, validação e principais resultados dos estudos encontrados sobre o SRQ-20 nas principais bases de dados.

ARAÚJO et al. (2003)	502 trabalhadoras de enfermagem de hospital público de Salvador-BA	Corte Transversal	6/7	Não	A prevalência de DPM foi de 33,3% variando de 20% entre enfermeiras a 36,4% entre auxiliares. Observou-se nítido gradiente tipo dose-resposta de associação positiva entre demanda psicológica e DPM e associação negativa entre controle sobre o trabalho e DPM. A prevalência de DPM foi mais elevada (RP: 2,6; IC 95%: 1,81-3,75) no quadrante de trabalho em alta exigência (alta demanda, baixo controle), quando comparado as profissionais em trabalho de baixa exigência (baixa demanda, alto controle), depois de ajustado em um modelo de regressão logística múltipla por potenciais confundidores.
ARAÚJO; GRAÇA; ARAÚJO (2003)	314 professores da UEFS e 130 dentistas da área de abrangência da 3ª DIRES, BA	Corte Transversal	6/7	Não	A prevalência global de distúrbios psíquicos menores (DPM) foi de 24,6% entre cirurgiões-dentistas e de 19,1% entre os professores. Aspectos relacionados a demanda psicológica do trabalho estavam mais fortemente associados a elevadas prevalências de DPM do que os aspectos referentes ao controle.
LUDERMIR; MELO FILHO (2002)	621 adultos de Olinda-PE	Corte Transversal	5/6	Sim	A prevalência total dos TMC foi de 35%. Apenas escolaridade ($p < 0,001$) e condições de moradia ($p = 0,02$) mantiveram-se associadas aos TMC. Em relação à estrutura ocupacional, os trabalhos manuais informalmente inseridos no processo produtivo (OR=2,21; ic95% 1,1-4,5) e os indivíduos com pior renda familiar <i>per capita</i> (OR=2,87; IC 95%: 1,4-5,8) apresentaram maior prevalência de TMC.
MARCOLINO (2002)	Pacientes de psicoterapia do setor de psiquiatria do Departamento de Saúde Mental as Sta Casa de misericórdia de São Paulo.	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Pacientes com uma pontuação mais alta da TUI na 1ª sessão tiveram um impacto significativo sobre a mudança da sintomatologia medida pelo inventário de Depressão de Beck (BDI). Foi encontrado também que as pacientes com maiores índices de aliança de trabalho, medidas pela PWC na 3ª sessão, tiveram um impacto significativo na mudança da sintomatologia medida por todas as escolas.
LUDERMIR (2000)	621 pessoas da área II de Olinda- PE	Corte Transversal	5/6	Sim	Enquanto as trabalhadoras formais apresentaram uma saúde mental significativamente melhor que as informais (OR: 3,02, IC 95%: 1,3-7,2), Desempregadas (OR: 2,29; IC95%: 1,0-5,0) e inativas (OR: 3,19, IC 95%: 1,2-8,4), as mais encontradas entre os homens não foram estatisticamente significantes.

QUADRO 3 – População, tipo de estudo, ponto de corte, validação e principais resultados dos estudos encontrados sobre o SRQ-20 nas principais bases de dados.

ALMEIDA (1999)	75 idosos atendidos no ambulatório de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo-SP	Corte Transversal	7/8	Não	A prevalência de morbidade psiquiátrica foi de 45,3%. Sintomas característicos de depressão foram relatados por 69,3%; ideação persecutória e alucinações auditivas foram descritas por 20,0% e 16,0% dos idosos avaliados. Pacientes com SRQ positivo ou com ideação suicida eram significativamente mais jovens. Não se observou diferença significativa entre os sexos quanto a frequência dos sintomas investigados.
SILVANY-NETO et al. (1998)	497 professores da rede particular de ensino de Salvador-Ba	Corte Transversal	Sem informação	NÃO	A prevalência de DPM foi de 51,4%. As principais queixas foram: presença de poeira, ritmo acelerado de trabalho, esforço físico, ambiente intranquilo e estressante, cansaço mental, dor de garganta, dor nas costas e dor nas pernas.
BORGES et al. (1997)	8 estudos realizados no Brasil de 1989 a 1995	Sem informação	Sem informação	Sem informação	Sem Informação
JARDIM; PERECMANIS; SILVA FILHO (1996)	Grupo de pilotos do metrô do Rio de Janeiro	Corte Transversal	Sem informação	Sem informação	Sem Informação
BORGES; FARIA (1993)	894 trabalhadores do sexo masculino de uma usina siderúrgica de Cubatão-SP	Corte Transversal	Sem informação	Sem informação	Sem Informação
FERNANDES (1992)	684 trabalhadores de 03 empresas que lidam com processamento de dados em Salvador-BA	Estudo de caso em 03 contextos distintos	Sem informação	Sem informação	Na empresa A a prevalência de distúrbios psíquicos emocionais foi de 30% , na Empresa B foi de 13% e na Empresa C foi de 21%. Os resultados sustentam a hipótese de que há associação entre exposição ao trabalho informativo e a ocorrência de distúrbios psicoemocionais apenas na empresa A

QUADRO 3 – População, tipo de estudo, ponto de corte, validação e principais resultados dos estudos encontrados sobre o SRQ-20 nas principais bases de dados.

AUTOR / ANO	POPULAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	PONTO DE CORTE DO INSTRUMENTO	VALIDAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS
WAGNER et al. (1999)	391 adolescentes de ambos os sexos entre 12 e 17 anos estudantes de 25 escolas particulares e públicas de Porto Alegre-RS	Amostra intencional com os critérios de sexo, idade composição familiar	6/7	Sem informação	A maioria dos adolescentes (81%) apresentou um nível de bem estar geral entre bom e muito bom, sendo que não houve diferença significativa entre adolescentes de famílias originais e reconstituídas.
POSSATTI; DIAS (2002)	132 mulheres que eram mães e tinham trabalho pago na Paraíba.	Corte Transversal	Sem informação	Sem informação	A população estudada apresentou um bom índice de bem estar psicológico. Os resultados revelam que as recompensas a partir de autonomia no trabalho e autoridade de decisão predizem as medidas de bem estar psicológico para todas as mulheres e a satisfação com o casamento predizem para todas, exceto para mulheres com maior status socioeconômico e mulheres com mais de 39 anos.
GOVEIA et al (2003)	306 voluntários de diferentes bairros de João Pessoa	Corte Transversal	Sem informação	Sem informação	Os resultados indicam ser mais adequado considerar o GHQ-12 como bifatorial, representada pelos fatores ansiedade ($\alpha = 0,660$) e depressão ($\alpha = 0,80$). Tais fatores se correlacionaram com a escalada de satisfação com a vida e a escala de afetos positivos e afetos negativos, demonstrando a validade convergente do GHQ-12.

QUADRO 4 – População, tipo de estudo, ponto de corte, validação e principais resultados dos estudos encontrados sobre o GHQ-12 nas principais bases de dados.

MATERIAIS E MÉTODOS

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Caracterização do estudo

Este estudo utilizou informações coletadas na pesquisa “Distúrbios Psíquicos Menores: estimativas de prevalência e validação de instrumento diagnóstico (SRQ-20) em zona urbana de Feira de Santana” realizada pelo Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

5.2 Tipo de estudo

Realizou-se estudo epidemiológico do tipo corte transversal. Neste tipo de estudo, a população do estudo se constitui de um grupo de pessoas que compartilham uma dada experiência, cujos indivíduos podem ser expostos ou não-expostos, enfermos ou não-enfermos, e as medidas de interesse (exposição e efeito) são registradas simultaneamente (CHECKOWAY, PEARCE; KRIEBEL, 2004).

É um excelente método para descrever características de uma população, detectar freqüências da doença e de fatores de risco, identificar o perfil de enfermidades ou comportamentos de risco, assim como outros aspectos relevantes para programação de ações de saúde e segurança.

Uma questão importante que pode ficar sem resposta nesse tipo de estudo é a definição de que evento ocorreu primeiro: o fator de exposição ou a doença. Desta forma os estudos de corte transversal refletem não apenas determinantes de doença, mas, também, determinantes de sobrevida.

5.3 Vantagens e desvantagens do estudo

O tipo mais comum de estudo seccional é aquele pontual, no qual a prevalência na população é medida em um único momento. Segundo Pereira (2005), dentre as vantagens dos estudos transversais pode-se destacar:

- São de fácil execução e de custo reduzido (se comparado aos demais tipos de desenho de estudos epidemiológicos);
- Possibilitam obter informações relevantes em situações de limitação de tempo e de recursos;
- Produzem informações sobre a freqüência e característica da doença ou agravo, fornecendo informações relevantes para os serviços de saúde e planejamento e programas de intervenção;
- Permitem descrever características dos eventos na população, seja da doença, seja dos fatores a ela relacionados, a fim de identificar casos ou detectar grupos de alto risco, para os quais pode-se privilegiar medidas de intervenção mais imediatas;
- Permitem incluir não apenas estados de doença, mas condições ou estados que podem levar à doença, como por exemplo, o nível de estresse em uma população.

Dentre os limites deste estudo pode-se destacar:

- Dificuldades operacionais no caso de doenças e agravos de baixa prevalência que exigem amostra de grande tamanho;
- Viés de prevalência, ou seja, as pessoas curadas ou falecidas não aparecerem na casuística dos casos, o que mostra um quadro deturpado da doença;
- Não determina risco absoluto (incidência), mas é possível o cálculo da associação entre exposição e doença, como ela existe, na população, em um particular momento (prevalência).

5.4 Campo do estudo

O local de escolha para realização deste estudo foi a zona urbana do município de Feira de Santana. Feira de Santana tornou-se município em 1833, emancipando-se de Cachoeira, passando a ser conhecida como Cidade Comercial de Feira de Santana. Começava a nascer ali um ponto obrigatório de tropas, viajantes e tropeiros procedentes do alto sertão baiano e de outros Estados a caminho do porto de Cachoeira, até então, vila mais importante da Bahia.

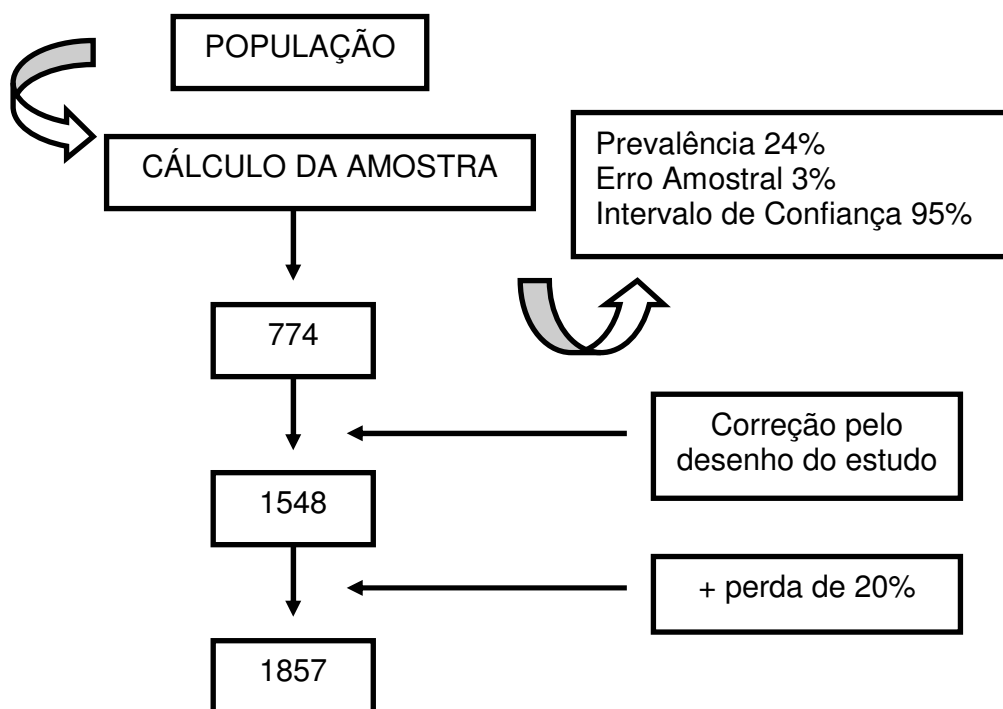
Feira de Santana, ou Princesa do Sertão está localizada na planície do recôncavo com clima semi-árido, à 108km da capital baiana, Salvador, e apresenta um grande fluxo migratório de regiões mais próximas para o município, o que tem contribuído para a degradação ambiental e aumento do contingente populacional de baixa renda. A situação geográfica do município de Feira de Santana, como eixo rodoviário, facilita o processo migratório, que se mantém crescente e se caracteriza por uma maioria de migrantes sem renda ou instrução (ARAÚJO, 2001a).

Em 1997, o município apresentava uma população total estimada de 454.669 habitantes com ligeira predominância de mulheres (52,3%). E grande concentração na zona urbana. Quanto ao rendimento médio mensal, em 1980, o IBGE revelou que 45,2% da população ativa se encontrava bem abaixo de um salário mínimo e entre aqueles que não recebiam qualquer rendimento, 72,7% eram mulheres. Os setores que concentravam maior mão de obra era o setor industrial, comércio e serviços (BRASIL, 1997).

5.5 População de estudo

O estudo incluiu uma amostra representativa da população feminina de Feira de Santana-BA, com idade de 15 anos ou mais, selecionada através de amostragem aleatória por conglomerado, estratificada por subdistrito. Para cálculo do tamanho da amostra se assumiu uma prevalência estimada de transtornos mentais de 24%, erro amostral de 3%, com 95% de confiança. A partir desses parâmetros chegou-se a uma amostra de 774 mulheres. Para correção do efeito do desenho de estudo (amostragem por conglomerado), dobrou-se o tamanho da amostra (N=1548). Admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%, definiu-se n amostral de 1.857 mulheres (FIGURA 1).

FIGURA 1 - Cálculo da amostra



Para verificar se o estudo tinha poder para avaliar a associação entre sobrecarga doméstica e transtorno mental comum entre as mulheres, já que a amostra inicial não foi desenhada para esse fim, foi recalculado o n amostral. Para

este cálculo assumiu-se os parâmetros: frequência esperada de TMC no grupo não exposto de 35,2%, frequência de TMC entre expostos de 45,6%, intervalo de confiança de 95% e poder de 90%, chegando a um n amostral de 1086 mulheres.

Esta expectativa inicial foi superada, obtendo-se o n mínimo necessário. Foram entrevistadas 2057 mulheres. Portanto, segundo os parâmetros acima mencionados, observou-se que o estudo tinha poder para analisar, satisfatoriamente, a associação de interesse (sobrecarga doméstica e TMC).

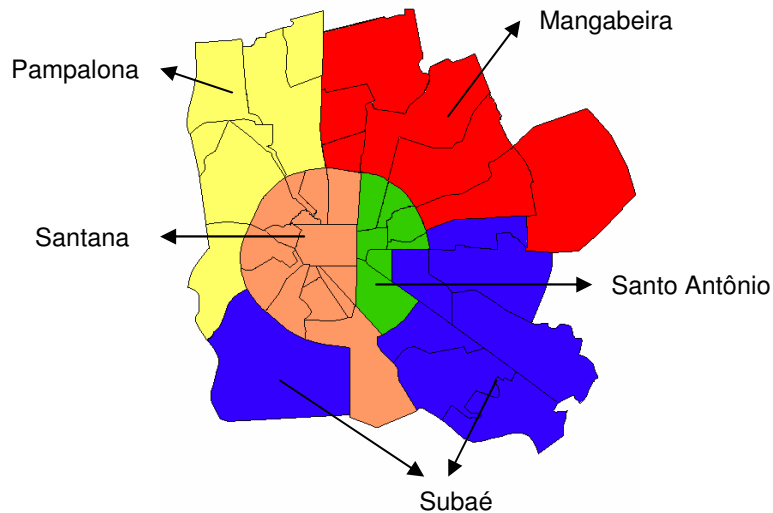
Para o estudo da sobrecarga doméstica e saúde mental, foram avaliadas todas as 2057 mulheres que residiam em 1479 domicílios selecionados para o estudo dos cinco subdistritos da zona urbana de Feira de Santana. Foram consideradas elegíveis para o estudo todas as mulheres com 15 anos ou mais de idade residentes nos domicílios das ruas sorteadas.

5.6 Métodos e instrumentos da coleta de dados

Segundo o IBGE (2000), o município de Feira de Santana está subdividido em cinco subdistritos (Pampalona, Santo Antônio, Subaé, Mangabeira e Santana), cada subdistrito encontra-se dividido em setores censitários que incluem agrupamentos de ruas.

Os subdistritos Santana e Santo Antônio ficam dentro do anel rodoviário, abrangendo boa parte da população e os subdistritos Pampalona, Mangabeira e Subaé ficam fora desse anel, em uma área mais periférica com ocupações mais recentes, mas dentro do perímetro urbano (ARAÚJO, 2001b) (Figura 2).

FIGURA 2 - Mapa de Feira de Santana subdividida em subdistritos



Fonte: IBGE, 2000

Inicialmente foi realizado um levantamento dos dados populacionais de cada subdistrito e a delimitação geográfica de cada área. Em seguida, por procedimento aleatório, foi feita a seleção dos setores censitários em cada subdistrito. Em cada setor censitário selecionaram-se as ruas a serem incluídas no estudo. Todos os domicílios das ruas sorteadas foram visitadas e todas as mulheres com 15 anos ou mais de idade foram entrevistadas.

Os dados foram coletados em todos os subdistritos de Feira de Santana por pessoas treinadas para este fim, sendo realizada no período de novembro de 2001 a fevereiro de 2002. O estudo contou com a participação de docentes e discentes da graduação de enfermagem, bolsistas do Núcleo de Epidemiologia (UEFS) e entrevistadores contratados para o trabalho de campo.

Com o objetivo de testar os instrumentos de coleta de dados e adequar as questões e as condutas à realidade da população a ser estudada, foi realizado um estudo piloto no bairro da Baraúnas, cujos resultados foram publicados por Araújo e outros (2002).

Na coleta de dados foram utilizados dois tipos de instrumentos:

- Ficha domiciliar: incluindo endereço, nome, sexo, idade dos residentes na casa, condição na família e informações gerais sobre o domicílio (ANEXO A).

- Questionário individual: contendo 12 blocos de questões: 1. características sociodemográficas; 2. características do trabalho profissional; 3. aspectos psicossociais do trabalho; 4. saúde reprodutiva; 5. atividades domésticas; 6. atividades de lazer; 7. padrões de sono; 8. Self-Reporting Questionnaire – SRQ-20; uso de medicamentos; 10. uso de bebidas alcoólicas; 11. hábitos de fumar e 12. atos de violência – vitimização (ANEXO B).

5.7 Variáveis do estudo

5.7.1 Variável dependente

Transtornos Mentais Comuns (TMC): foram avaliados utilizando-se o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) - questionário que permite rastreamento de transtornos mentais.

5.7.1.2 Ponto de corte do SRQ-20

Na revisão de literatura (Quadro 3) observou-se a adoção de diferentes pontos de corte para classificação de suspeitos e de não suspeitos de portar TMC; além disso, se observou que poucos estudos avaliaram o desempenho do SRQ-20 para a população estudada. Assim, definiu-se por estabelecer o melhor ponto de corte considerando-se o desempenho do SRQ-20 na população do estudo.

Um estudo de validação do SRQ-20 foi conduzido com esta finalidade. A validação do SRQ-20 no projeto inicial foi realizada na segunda etapa da pesquisa, na qual se selecionou uma subamostra de suspeitos e não suspeitos de ter TMC. A entrevista clínica foi o padrão-ouro para avaliação do SRQ-20. Foram realizadas 91

entrevistas clínicas com psicólogas contratadas para este fim. Na entrevista clínica realizada utilizou-se um instrumento estruturado – o Clinical Schedule Interview (CIS-R).

A análise da Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) foi conduzida para definir os níveis de sensibilidade e de especificidade com melhor desempenho. No gráfico da curva ROC o eixo y corresponde à sensibilidade e o eixo x à taxa de erro falso-positivo, ou seja, ao complemento da especificidade. A área sob a curva ROC representa a capacidade do teste de discriminar corretamente os indivíduos que tem a característica que está sendo medida daqueles que não a têm (PEREIRA, 2005).

O ponto de corte de melhor desempenho encontrado foi 6/7, que apresentou uma sensibilidade de 70,7% e especificidade de 68,0%, taxas de falso positivo de 29,3% e falso negativo de 32,0%, o que revela um desempenho aceitável para o teste. A área sob a curva ROC apresentou um valor de 0,789 com um desvio padrão de 0,48 e intervalo de 95% de confiança variando de 0,696 a 0,882 apontando assim um nível razoável de discriminação entre casos e não casos.

Foi realizada também a análise do desempenho do SRQ-20 e do ponto de corte por gênero e diferenças foram observadas entre os melhores pontos para suspeição dos TMC entre homens e mulheres. Para as mulheres foi estimado o ponto de corte “ótimo”, ou seja, onde houve um melhor equilíbrio entre sensibilidade (64,5%) e especificidade (64,5%) no escore 7, apresentando uma área abaixo da curva de 0,708, com desvio padrão de 0,069 e intervalo de confiança de 95% variando de 0,572 a 0,843. Entre os homens foi estimado um melhor ponto de corte no escore 5 apresentando sensibilidade de 80%, especificidade de 83,4% e uma área abaixo da curva de 0,919 estimada com imprecisão em virtude do pequeno tamanho da amostra neste grupo.

Gênero	Ponto de corte	Sensibilidade	Especificidade	Área abaixo da curva
Feminino	7	64,5%	64,5%	0,708
Masculino	5	80,0%	83,4%	0,919

QUADRO 05 - Validação do SRQ-20 por gênero

Assim, neste estudo, o ponto de corte utilizado para o SRQ-20 foi 7 ou mais respostas positivas, que, apesar de considerar aceitável, reconhece-se sua limitação.

O resultado completo da validação do SRQ-20 estão descritos no artigo “Avaliação e estimativa do ponto de corte do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em um estudo de base populacional” que está em processo de encaminhamento para publicação.

5.7.2 Variável independente

Sobrecarga Doméstica – foi avaliada a partir das seguintes atividades: lavar, passar, limpar, cozinhar. Outras características do trabalho doméstico também foram analisadas como: cuidado com crianças, apoio na realização das tarefas (sim/não), quem disponibiliza esse apoio, dias que realiza o trabalho doméstico e se possui empregada doméstica.

Para a construção do indicador da sobrecarga doméstica foram utilizados os procedimentos elaborados por Aquino (1996), que corresponde ao somatório das quatro atividades domésticas avaliadas, descritas acima (T1-lavar, T2-passar, T3-limpar, T4-cozinhar).

Essas tarefas foram medidas segundo o grau de responsabilidade na realização dessas por uma escala de 0-4: 0: não faz; 1: faz a menor parte; 2: faz, mas divide igualmente; 3: faz a maior parte e 4: faz inteiramente. Esta medida foi ponderada pelo número de moradores, exceto a própria entrevistada (M-1), de modo a considerar o volume de trabalho realizado, além do nível de responsabilidade

presente na escala utilizada. Sobrecarga doméstica (SD) foi calculada da seguinte forma:

$$SD = \Sigma (T1 + T2 + T3 + T4) * (M-1)$$

A variável sobrecarga foi, inicialmente, avaliada em três categorias construídas a partir da divisão da distribuição dos valores obtidos em tercis: alta sobrecarga, média sobrecarga e baixa sobrecarga. Para análise estratificada e multivariada, essa variável foi tomada como dicotômica – alta sobrecarga doméstica (representando as mulheres que assumiam a maioria das atribuições domésticas) e baixa sobrecarga doméstica (representando as mulheres que não realizavam atividades domésticas ou as realizavam moderadamente).

5.7.3 Co-variáveis

- Características sociodemográficas foram avaliadas a partir das variáveis: bairro, idade, escolaridade, migração, cor da pele/raça e situação conjugal.

- Trabalho profissional foi avaliado a partir da ocupação e realização de dupla jornada de trabalho.

- Condições de vida foram avaliadas a partir das variáveis: renda, chefia de família, atividades de lazer, condições de moradia, infraestrutura e posse de bens duráveis. O lazer foi avaliado a partir do questionamento em ter ou não alguma atividade de lazer (sim/não). Condição de moradia foi avaliada através do indicador que incluiu quantidade de cômodos da casa, quantidade de cômodos usados como dormitório e a quantidade de pessoas por domicílio. A infraestrutura foi estudada segundo ter ou não água encanada e luz elétrica e posse de bens duráveis segundo o indicador com o somatório da posse de som, rádio, televisão, geladeira e máquina

de lavar. Esses indicadores, depois de criados, foram mensurados em tercís através das categorias: boa, média e precária.

5.8 Análise e interpretação dos dados

O banco de dados foi construído utilizando-se o programa estatístico “Social Package for the Social Sciences – SPSS”, na versão 10.0 e para análise e processamento dos dados também utilizou-se o Epi Info versão 6.0 e o “R” The R Foundation for Statistical Computing versão 2.2.1.

No primeiro momento foi realizada a análise da qualidade do banco de dados através da listagem das frequências simples de todas as variáveis, onde foi possível observar a qualidade da digitação e corrigir os erros encontrados. Ressalta-se que para a variável cor da pele considerou-se a definição dada pelo entrevistado (cor auto-referida).

Para análise dos dados foi feita, inicialmente, a caracterização da população estudada. Em seguida foram calculadas as taxas de prevalência, razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança, quando indicadas. Também foi utilizado o teste qui-quadrado para avaliação de associação entre as variáveis de interesse, adotando-se $p \leq 0,05$ para associação estatisticamente significativa.

Para análise de associação entre sobrecarga doméstica e ocorrência de TMC na tentativa de avaliar possíveis modificadores de efeito e confundidores referentes às características sociodemográficas, condições de vida e trabalho profissional foi realizada análise estratificada, a qual “permite estudar a associação entre três ou mais variáveis categóricas” (MEDRONHO, 2006, p. 329).

Na análise estratificada, além da variável dependente e da independente consideram-se outras co-variáveis que podem ser impróprias à associação em teste, ou seja, pode-se identificar possíveis modificadores de efeito e/ou potenciais confundidores.

Se a co-variável interagir de modo dinâmico, modificando a intensidade da agressão da exposição, ela estará atuando de modo sinérgico, tornando esta exposição mais forte, o que chamamos de uma variável modificadora de efeito. Neste estudo, para identificar a interação, observou-se o comportamento das

medidas estrato-específicas e sua presença no intervalo de confiança dos demais estratos. No caso da razão de prevalência não estar incluída no intervalo de confiança oposto considerou-se a variável um modificador de efeito.

No entanto, se a co-variável interferia na associação principal de modo a distorcer o que se pretendia medir e identificar, a definimos como uma variável confundidora, imprópria ao modelo causal em teste. Uma variável confundidora se associa tanto com a exposição, quanto com o efeito e não faz parte da linha causal em estudo. Assim, avaliou-se se a co-variável estava associada à exposição nos sadios e se a co-variável estava associada ao efeito nos não-expostos, além de não estar na linha causal da associação principal investigada. Quando confirmada a existência de confundimento, as medidas de efeito foram ajustadas pelo método de Mantel-Haenszel.

Em seguida, realizou-se análise de regressão logística múltipla (ARLM) para avaliação simultânea das variáveis estudadas.

A regressão logística é apropriada para a análise da relação entre uma variável dependente binária e variáveis discretas ou contínuas, permitindo estimar a contribuição independente das variáveis incluídas na análise, para fins de predição ou explicação do efeito estudado. O objetivo da regressão logística é achar o modelo mais adequado, parcimonioso e biologicamente razoável para descrever as relações entre uma variável dependente e um conjunto de variáveis independentes (Hosmer; Lemeshow, 1989; Kleinbaum, 1994).

A ARLM foi conduzida segundo os procedimentos recomendados por Hosmer e Lemeshow (1989), e incluiu as seguintes etapas:

1a) Seleção das variáveis a partir dos objetivos do estudo e revisão de literatura, bem como análise do banco de dados;

2ª) Verificação de pressupostos do modelo;

3ª) Pré-seleção das variáveis para inclusão na análise através do teste de razão de verossimilhança, adotando um valor de $p \leq 0,25$;

4ª) Análise de modificação de efeito, com introdução dos termos produtos, usando-se o teste de máxima verossimilhança para comparar o modelo completo;

5ª) Análise de confundimento das variáveis (exceto aquelas confirmadas como modificadoras de efeito no modelo principal), comparando-se as medidas de associação e respectivos intervalos de confiança do modelo completo resultante da retirada de cada potencial confundidor;

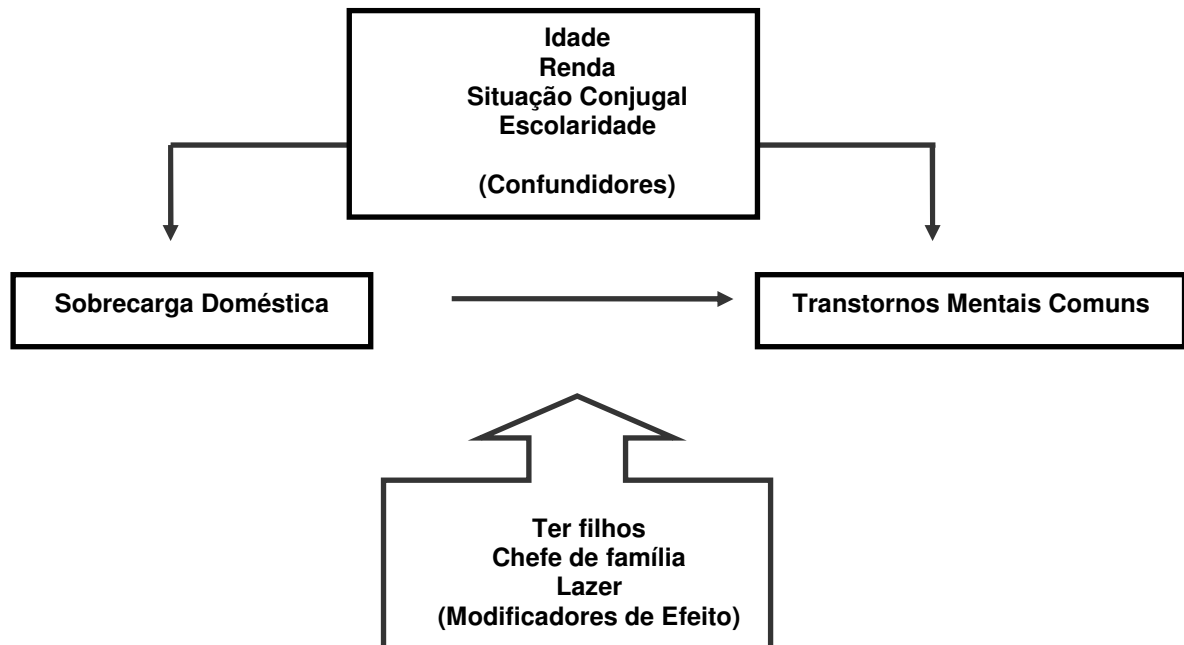
6ª) ARLM propriamente dita, utilizando procedimento Backward adotando o critério de significância $p < 0,10$, chegando ao modelo completo;

7ª) Análise de resíduos e diagnóstico da regressão logística múltipla.

A ARLM foi desenvolvida principalmente para análises de estudos de caso-controle, produzindo medidas de OR e não de RP, não sendo assim, recomendado o uso de estimativas de OR, obtida na regressão logística, em estudos de efeitos com elevada ocorrência. Como a prevalência de transtornos mentais esperada neste estudo foi estimada em 24%, distanciando-se dos parâmetros estimados para OR, foi necessário proceder-se ao cálculo das estimativas de RP. Com base nos parâmetros do modelo final, foram estimadas as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança, utilizando um programa específico, o Método Delta, desenvolvido por Oliveira, Santana e Lopes (1997) especificamente para esse fim disponível no pacote estatístico do R.

Desta forma, o modelo de predição desenhado na Figura 3 estrutura a associação sob teste da variável independente (sobrecarga doméstica) e a variável dependente (transtornos mentais comuns), testada neste estudo. As variáveis: número de filhos, trabalhar atualmente e lazer foram preditos como possíveis modificadoras de efeito e; idade, situação conjugal, renda e condições de moradia como potenciais variáveis de confundimento. Os dados foram analisados com uso do SPSS, versão 10.0 e R.

FIGURA 3 - Modelo de predição



5.9 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Rafael - Salvador, tendo sido aprovada (Projeto de Pesquisa de nº 17/01) (ANEXO C).

Todos os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram termo de consentimento informado e esclarecido segundo recomendações da Comissão de Ética em Pesquisa (CONEP) e da Resolução 196/96 sobre ética em pesquisa com seres humanos, estando em consonância com o princípio da autonomia. Da mesma forma foi garantido que danos previsíveis seriam evitados, comprometendo-se com o máximo de benefícios e mínimo de riscos recomendados pelas normas e procedimentos de pesquisa em seres humanos (BRASIL, 1997).

Além disso, foi assegurado total confidencialidade dos dados informados respeitando a dignidade dos entrevistados.

Foi confirmado junto aos participantes que todas as informações coletadas seriam utilizadas apenas para o propósito explicitado e em nenhuma situação, o participante teria seu nome diretamente mencionado ao material a ser publicado.

RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 Principais características das mulheres

Entre as mulheres estudadas (N=2057), predominaram as mais jovens, de 15 a 30 anos de idade (44,0%), as casadas ou em união estável (46,7%), de cor parda (58,5%) e com baixo nível de escolaridade (13,0% eram analfabetas e 44,2% tinha apenas o ensino fundamental). Mais da metade (53,6%) eram migrantes, sendo que 43,3% delas moravam no subdistrito Santana, com predomínio dos bairros Sobradinho e Rua Nova (18,4% e 18,0%, respectivamente). O rendimento próprio mensal foi baixo (18,6% ganhavam até $\frac{1}{2}$ salário mínimo e 39,2% ganhavam até um salário mínimo).

Segundo a ocupação, 28,9% eram donas-de-casa, 11,6% estavam desempregadas e cerca de 32,3% delas referiram trabalhar, no entanto, 67,6% informaram não ter carteira assinada. Cerca de 16,4% das mulheres referiram ser chefe de família, 47,7% apresentaram precárias condições de moradia, 86,7% disseram possuir luz elétrica e água encanada e 62,1% tinham um bom nível de posse de bens duráveis.

O trabalho doméstico era desenvolvido todos os dias pela grande maioria das mulheres (88,5%). Apenas 15,6% tinham empregada doméstica, 67,9% tinham filhos, e dentre essas, 31,0% tinham até dois filhos e 7,0% tinham mais de 8 filhos. Quando questionadas se recebiam ajuda na realização das tarefas domésticas realizadas, 24,6% disseram não receber qualquer ajuda, e quando havia o apoio, 52,0% era disponibilizado por outra mulher.

Um percentual expressivo das mulheres não mantinha atividade regular de lazer (45,1%). Esse percentual aumentava com o aumento do número de filhos: entre aquelas que tinham de um a dois filhos, 48,5% não realizavam qualquer atividade de lazer, chegando a 64,7% entre aquelas com cinco a sete filhos e 59,0% com oito filhos ou mais (TABELA 2).

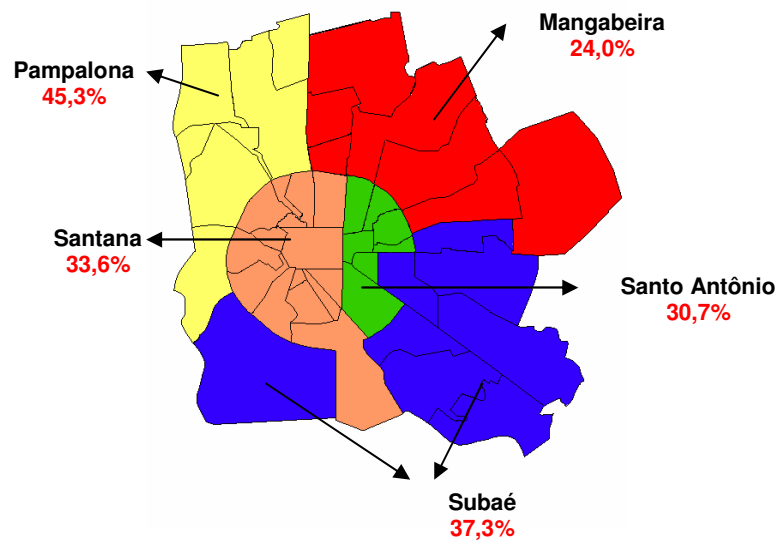
TABELA 02 - Distribuição das mulheres segundo realização de atividades de lazer e número de filhos, Feira de Santana, 2002.

Número de filhos	Atividades de lazer				Total
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sem filhos	482	72,9	179	27,1	661
1-2 filhos	328	51,5	309	48,5	637
3-4 filhos	182	46,3	211	53,7	393
≥ 5 filhos	137	37,5	228	62,5	365
Total	1129	54,9	927	45,1	2056

6.2 Distribuição da sobrecarga doméstica entre as mulheres

A sobrecarga doméstica alta foi mais prevalente nos subdistritos Pampalona e Subaé localizados em áreas periféricas, fora do anel de contorno (FIGURA 04).

FIGURA 4 – Prevalência da alta sobrecarga doméstica segundo os subdistritos de Feira de Santana, BA



Fonte: IBGE (2000)

A sobrecarga doméstica alta foi expressivamente maior entre as que estavam na faixa etária de 21-30 anos e 31-40 anos de idade (43,4% e 41,4%, respectivamente), com nível de escolaridade fundamental (41,2%), entre as casadas ou em união estável (41,6%) e entre aquelas de cor preta (39,5%). Entre as mulheres com filhos, 39,8% apresentaram sobrecarga doméstica alta contra 22,4% para aquelas que não tinham filhos. Esse percentual aumentava com a elevação do número de filhos: 35,0% para mulheres com até dois filhos e 45,8% com três ou quatro filhos (TABELA 3).

TABELA 3 - Distribuição da Sobrecarga Doméstica segundo características sociodemográficas e familiar das mulheres, Feira de Santana, 2002.

Características	Sobrecarga Doméstica					
	Baixa		Média		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Idade						
Até 20 anos	160	37,1	160	37,1	111	25,8
21-30 anos	130	27,8	135	28,8	203	43,4
31-40 anos	89	22,9	139	35,7	161	41,4
41-50 anos	78	28,6	89	32,6	106	38,8
≥ 51 anos	225	46,4	140	28,9	120	24,7
Escolaridade						
Nunca foi à escola	101	38,1	73	27,5	91	34,3
Ensino Fundamental	232	25,9	294	32,8	369	41,2
Ensino Médio	296	37,2	268	33,7	231	29,1
Superior	49	66,2	19	25,7	06	8,1
Situação conjugal						
Solteira	276	37,7	245	33,5	211	28,8
Casada/União livre	244	25,6	312	32,8	396	41,6
Viúva/Separada	160	45,2	104	29,4	90	25,4
Cor da pele/raça						
Branca	203	47,0	125	28,9	104	24,1
Parda	339	29,8	384	33,8	414	36,4
Preta	96	27,5	115	33,0	138	39,5
Amarela/indígena	08	33,3	10	41,7	06	25,0
Filhos						
Sim	378	27,2	457	32,9	553	39,8
Não	303	46,4	204	31,2	146	22,4
Número de filhos						
Sem filhos	305	46,5	205	31,3	146	22,3
1-2 filhos	163	25,7	250	39,4	222	35,0
3-4 filhos	94	24,0	118	30,2	179	45,8
≥ 5 filhos	120	33,0	90	24,7	154	42,3

O indicador de sobrecarga doméstica apresentou um nítido acréscimo quando analisamos as condições de vida e algumas características do trabalho doméstico (TABELA 4 e 5).

A sobrecarga doméstica aumentava com a precarização das condições de moradia: as mulheres que referiram ter boa condição de moradia, 56,0% apresentaram baixa sobrecarga doméstica e entre as que tinham precárias condições, 17,1% apresentaram baixa sobrecarga contra 51,5% com alta sobrecarga de trabalho.

O rendimento próprio no último mês também tinha uma relação linear com a sobrecarga: quanto menor a renda, maior a sobrecarga doméstica. Para aquelas que recebiam até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, 48,4% tinham alta sobrecarga, esse percentual caiu para 15,8% quando as mulheres recebiam mais de dois salários mínimos por mês. Entre as mulheres chefes de família observou-se menor proporção de alta sobrecarga doméstica: 21,9% contra 36,6% entre as mulheres que não assumiam a chefia da família.

A realização de atividade de lazer apresentou-se como fator importante, pois entre aquelas que referiram realizar regularmente alguma atividade de lazer, 28,5% tinham alta sobrecarga, contra 41,2% para aquelas que não realizavam qualquer atividade.

TABELA 4 - Distribuição da Sobrecarga doméstica segundo condições de vida das mulheres, Feira de Santana, 2002

Condições de Vida	Sobrecarga Doméstica					
	Baixa		Média		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Condições de Moradia						
Boa	14	56,0	09	36,0	02	8,0
Média	501	47,9	349	33,3	197	18,8
Precária	167	17,1	305	31,3	502	51,5
Infraestrutura (água e luz)						
Boa	603	34,1	585	33,1	582	32,9
Média	76	28,8	72	27,3	116	43,9
Precária	01	12,5	04	50,0	03	37,5
Posse de bens						
Boa	441	34,8	435	34,3	391	30,9
Média	203	30,4	196	29,4	268	40,2
Precária	36	33,3	30	27,8	42	38,9
Renda própria						
Até ½ SM*	25	16,3	54	35,3	74	48,4
Até 1 SM	126	39,3	97	30,2	98	30,5
Até 2 SM	76	38,2	73	36,7	50	25,1
Mais de 2 SM	85	58,2	38	26,0	23	15,8
Chefe de Família						
Sim	154	46,8	103	31,3	72	21,9
Não	517	30,7	550	32,7	616	36,6
Lazer						
Sim	410	36,6	391	34,9	320	28,5
Não	271	29,3	272	29,4	381	41,2

* SM: Salário Mínimo (R\$ 200,00)

O fato de ter empregada doméstica diminuiu a sobrecarga: entre as mulheres que tinham o auxílio, apenas 19,1% tinham alta sobrecarga doméstica, já entre aquelas que não tinham empregada doméstica, esse percentual elevou-se para 37,1%. Observou-se coerência entre alta sobrecarga doméstica e o fato de receber ou não apoio para desenvolver essas atividades e os dias que disponibiliza para desenvolvê-las: 45,5% das mulheres que não recebiam qualquer apoio referiram alta sobrecarga contra 32,7% para aquelas que recebiam algum apoio; aquelas que desenvolviam atividades domésticas todos os dias esse percentual chegou a 39,0% contra 13,7% para aquelas que só realizavam nos finais de semana.

Ajuda para realização das tarefas domésticas também foi fator importante para diminuir a sobrecarga doméstica: entre as mulheres que tinham ajuda de empregada doméstica, 10,2% apresentaram alta sobrecarga doméstica, contra 44,6% para aquelas que não tinham nenhum tipo de ajuda.

TABELA 5 - Distribuição da sobrecarga doméstica segundo características do trabalho doméstico entre as mulheres, Feira de Santana, 2002

Características do Trabalho Doméstico	Sobrecarga Doméstica					
	Baixa		Média		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Cuidar de criança						
Sim	143	15,3	314	33,5	479	51,2
Não	112	48,7	68	29,6	50	21,7
Serviço doméstico remunerado (empregada doméstica)						
Sim	165	51,7	93	29,2	61	19,1
Não	513	30,0	562	32,9	635	37,1
Apoio para realização Das atividades domésticas						
Sim	443	31,0	518	36,3	467	32,7
Não	141	28,3	131	26,3	227	45,5
Quem ajuda nas atividades domésticas						
Ninguém	142	28,7	132	26,7	221	44,6
Empregada	143	60,6	69	29,2	24	10,2
Outro homem/marido	49	32,9	59	39,6	41	27,5
Outra mulher	266	26,3	367	36,3	377	37,3
Outra alternativa*	14	24,6	20	35,1	23	40,4
Dias da semana que realiza atividades domésticas						
Todos os dias	463	27,9	551	33,2	647	39,0
Segunda a Sexta	18	42,9	11	26,2	13	31,0
Apenas finais de semana	77	45,8	68	40,5	23	13,7

* Situações que a mulher tivesse mais de um tipo de ajuda

O fato de a mulher ter um trabalho remunerado, fora de casa alterou o percentual de sobrecarga doméstica quando comparado com mulheres que não tinham um trabalho remunerado, 30,4% e 36,0%, respectivamente.

Quando avaliamos a sobrecarga doméstica segundo ocupação, observou-se a confirmação do dado anterior, pois entre as donas-de-casa 49,1% apresentaram alta sobrecarga doméstica, contra 39,9% para as desempregadas e 30,4% para as trabalhadoras (TABELA 6).

TABELA 6 - Distribuição da sobrecarga doméstica segundo trabalho profissional das mulheres, Feira de Santana, 2002

Características do Trabalho Profissional	Sobrecarga Doméstica					
	Baixa		Média		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Trabalha Atualmente						
Sim	225	34,7	227	35,0	197	30,4
Não	455	32,7	436	31,3	501	36,0
Ocupação principal						
Trabalhadora	222	34,2	230	35,4	197	30,4
Dona-de-casa	118	20,3	178	30,6	285	49,1
Desempregada	64	27,5	76	32,6	93	39,9
Outra condição ¹	267	48,9	167	30,6	112	20,5

¹ estudante, vive de renda, aposentada, afastada

6.3 Distribuição dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre as mulheres

Encontrou-se uma prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) bastante elevada: 39,4%, atingindo 811 das 2057 mulheres estudadas.

Dentre os sintomas avaliados pelo SRQ-20, e agrupados por Iacoponi e Mari (1988), observou-se que os sintomas predominantes foram o de Humor Depressivo/Ansioso. Neste grupo, a questão com maior percentual de respostas afirmativas foi "sentir-se nervosa, tensa ou preocupada" (69,7%), seguida de "assustar-se com facilidade" (56,9%). Sintomas somáticos foi o segundo grupo de sintomas mais prevalentes, destacando-se dores de cabeça freqüentes (47,5%) e ter sensações desagradáveis no estômago (32,7%). No grupo de Decréscimo de Energia Vital, "ter dificuldade para tomar decisões" obteve o maior percentual (43,7%), seguido de "cansar-se com facilidade" (42,9%). Já nos itens referentes à

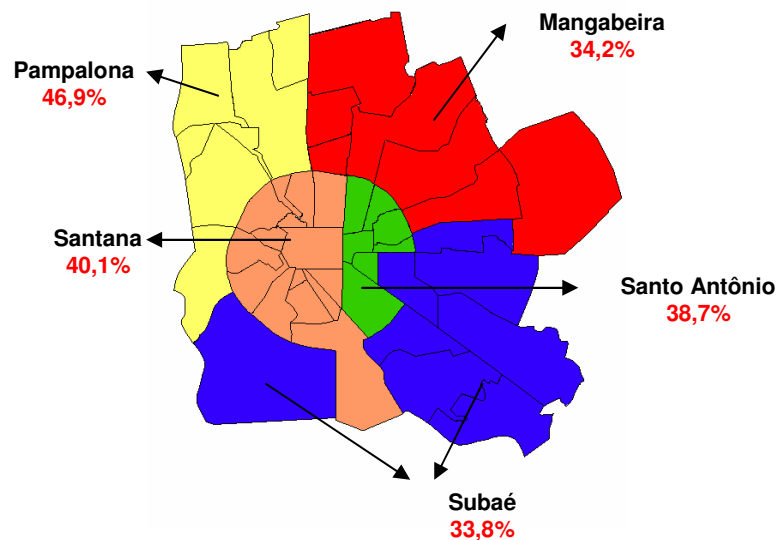
Pensamentos Depressivos, a “perda de interesse pelas coisas” apresentou maior percentual (20,4%), enquanto “ser incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida” foi o menos citado (6,9%) (TABELA 7).

TABELA 7 - Prevalência (%) dos grupos de sintomas avaliados pelo Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20).

Grupo de Sintomas	N	%
Humor Depressivo/Ansioso		
Sente-se nervosa, tensa ou preocupada	1432	69,7
Assusta-se com facilidade	1166	56,9
Tem se sentido triste o tempo todo	952	46,4
Tem chorado mais que o de costume	672	32,7
Sintomas Somáticos		
Dorme mal	622	30,3
Tem má digestão	513	25,0
Tem falta de apetite	607	29,6
Tem tremores nas mãos	439	21,4
Tem dores de cabeça freqüente	977	47,5
Tem sensações desagradáveis no estômago	668	32,7
Decréscimo de Energia Vital		
Você se cansa com facilidade	878	42,9
Sente-se cansada o tempo todo	364	17,7
Tem dificuldades para tomar decisões	897	43,7
Tem dificuldade de pensar com clareza	651	31,8
Seu trabalho lhe causa sofrimento	224	10,9
Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas atividades diárias	240	11,7
Pensamentos Depressivos		
Tem tido a idéia de acabar com a vida	166	8,1
Tem perdido o interesse pelas coisas	418	20,4
Você se sente uma pessoa inútil em sua vida	234	11,4
Sente incapaz de desenvolver um papel útil em sua vida	141	6,9

O mapeamento da prevalência dos transtornos mentais segundo os subdistritos do município de Feira de Santana revelou maior prevalência de TMC no subdistrito de Pampalona (46,9%) seguido do Santana (40,1%).

FIGURA 5 - Prevalência de transtornos mentais comuns entre as mulheres segundo subdistrito de Feira de Santana-BA, 2002.



Fonte: IBGE, 2000

Analisando-se a ocorrência de transtornos mentais comuns, segundo variáveis sociodemográficas, observou-se que algumas variáveis estavam estatisticamente associadas ao adoecimento psíquico entre as mulheres: baixa escolaridade, não ter companheiro, ser negra, migrante e ter filhos. Com relação ao número de filhos, observou-se que à medida que aumentava o número de filhos, aumentava a prevalência de TMC (TABELA 8).

TABELA 8 - Prevalência de Transtornos Mentais Comuns segundo características sociodemográficas entre as mulheres, Feira de Santana, 2002

Características	n	%	RP	IC (95%)
Idade				
Ate 20 anos	434	30,2	*	*
21-30 anos	471	35,0	1,2	0,96-1,40
31-40 anos	392	42,6	1,4	1,17-1,70
41-50 anos	274	43,1	1,4	1,17-1,74
51 e mais	486	47,3	1,6	1,32-1,86
Cor (auto-referida)				
Branca	435	32,0	*	*
Parda	1143	40,2	1,3	1,08-1,47
Preta	351	46,4	1,5	1,22-1,74
Escolaridade				
Analfabeta	266	56,8	3,1	1,90-5,0
Ensino Fundamental	901	46,7	2,5	1,57-4,09
Ensino Médio	797	27,6	1,5	0,92-2,44
Superior	76	18,4	*	*
Situação Conjugal				
Solteira	738	31,4	*	*
Casada/União livre	956	42,5	1,4	1,19-1,54
Viúva/Separada	355	48,2	1,5	1,32-1,78
Migração				
Não	944	36,0	*	*
Sim	1091	42,4	1,2	1,06-1,31
Número de Filhos				
Não tem	661	28,1	*	*
1-2 filhos	638	40,6	1,4	1,24-1,68
3-4 filhos	393	46,1	1,6	1,39-1,92
5 ou mais filhos	365	50,7	1,8	1,54-2,11

Ajuda nas tarefas domésticas e dias que as realizava essas atividades estiveram associados aos transtornos mentais. Observou-se também que a ajuda doméstica remunerada estava associada à menor prevalência de TMC (28,0%), enquanto encontraram-se prevalências elevadas quando a entrevistada não dispunha de nenhum auxílio (47,0%) ou contava apenas com a colaboração de um homem (48,0%) (TABELA 9).

TABELA 9 - Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo características do trabalho doméstico entre as mulheres, Feira de Santana, 2002

Características	n	%	RP	IC 95%
Cuida de Crianças¹				
Sim	400	42,5	1,03	0,87-1,22
Não	96	41,2	*	*
Recebe ajuda nas tarefas domésticas				
Sim	1438	36,6	*	*
Não	500	47,2	1,3	1,15-1,45
Quem disponibiliza ajuda				
Ninguém	496	47,0	1,7	1,34-2,10
Empregada	236	28,0	*	*
Marido/Outro homem	150	48,0	1,7	1,32-2,23
Outra mulher	1018	37,5	1,3	1,08-1,67
Outra alternativa	58	31,0	1,1	0,72-1,71
Quais dias realiza as atividades domésticas				
Todos os dias	1665	40,7	1,3	1,04-1,64
Segunda a Sexta	43	32,6	1,0	0,64-1,69
Finais de semana	173	31,2	*	*

¹ Inclui apenas mulheres com crianças de até 12 anos

Algumas características das condições de vida estavam fortemente associadas aos TMC, em níveis estatisticamente significantes: ter precária condição de moradia, nível precário de posse de bens duráveis, ser chefe de família, ter renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo e não participar regularmente de atividades de lazer (TABELA 10).

TABELA 10 - Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo condições de vida das mulheres, Feira de Santana, 2002

Condições de vida	n	%	RP	IC 95%
Condições de moradia				
Boa	25	16,0	*	*
Média	1051	36,9	2,3	0,94-5,68
Precária	981	42,7	2,7	1,08-6,57
Infraestrutura (água e luz)				
Boa	1779	39,2	*	*
Média	266	41,4	1,1	0,90-1,23
Precária	08	50,0	1,3	0,64-2,56
Posse de bens duráveis				
Boa	1275	34,8	*	*
Média	670	44,9	1,3	1,15-1,44
Precária	108	61,1	1,8	1,48-2,08
Chefe de família				
Sim	331	46,5	1,2	1,07-1,39
Não	1691	38,1	*	*
Renda Mensal*				
Até R\$ 100,00	153	45,1	2,2	1,53-3,16
R\$ 200,00	323	51,1	2,5	1,78-3,48
R\$ 400,00	201	31,3	1,5	1,04-2,23
Mais R\$ 400,00	146	20,5	*	*
Lazer				
Sim	1129	31,6	*	*
Não	927	48,9	1,5	1,39-1,72

* Salário Mínimo na época R\$ 200,00

Quanto ao trabalho profissional, as prevalências de transtornos mentais foram relativamente altas entre aquelas que não possuíam um trabalho (40,5%). Entre aquelas que eram donas-de-casa e desempregadas, as prevalências foram maiores quando comparadas com as trabalhadoras, 43,5%, 41,5% e 35,5%, respectivamente. O fato de ter dupla jornada de trabalho, ou seja, trabalhar fora e realizar trabalho doméstico, aumentou a prevalência dos TMC, 49,2% contra 31,2% para aquelas que apenas trabalhavam fora e não realizavam trabalho doméstico (TABELA 11).

Nas situações analisadas se observou que a realização de trabalho doméstico aumentou a prevalência de TMC, sendo as situações mais desfavoráveis, independente de ter ou não um trabalho remunerado. Por outro lado, cabe destacar que a manutenção de um trabalho remunerado favoreceu as mulheres estudadas: as menores prevalências de TMC foram observadas nos grupos com trabalho remunerado. No entanto, os múltiplos papéis não ajudam essa população e sim sobrecarregam.

TABELA 11 - Prevalência (%) de transtornos mentais comuns segundo trabalho profissional entre as mulheres, Feira de Santana, 2002

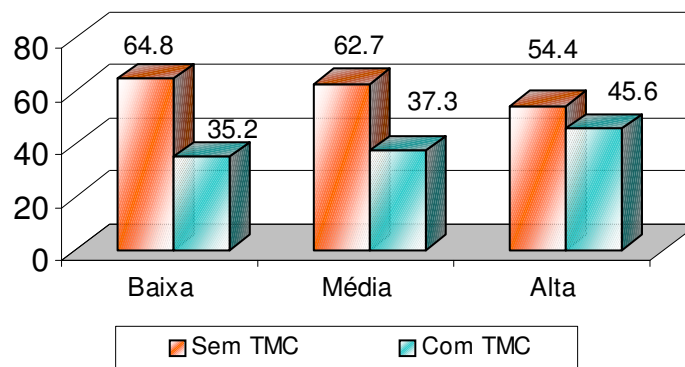
Trabalho Profissional	n	%	RP	IC
Trabalha atualmente				
Sim	239	36,6	*	*
Não	567	40,5	1,1	0,98-1,25
Ocupação				
Trabalhadora	232	35,5	*	*
Dona-de-casa	254	43,5	1,2	1,06-1,40
Desempregada	97	41,5	1,2	0,97-1,40
Outra condição	208	37,9	1,1	0,91-1,23
Dupla jornada				
Com trabalho remunerado e sem trabalho doméstico	141	31,2	*	*
Sem trabalho remunerado e sem trabalho doméstico	344	38,6	1,2	1,02-1,41
Sem trabalho remunerado e com trabalho doméstico	220	43,9	1,4	1,19-1,67
Com trabalho remunerado e com trabalho doméstico	97	49,2	1,6	1,30-1,92

6.3 Sobrecarga Doméstica (SD) e Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre as mulheres

6.3.1 Análise estratificada

Ao associar os transtornos mentais à sobrecarga doméstica, observou-se um crescimento linear da prevalência deste evento quando se aumentava o gradiente de responsabilidade pelas atividades domésticas: aumentava a sobrecarga doméstica, aumentava a prevalência de TMC. A associação entre sobrecarga doméstica e TMC foi estatisticamente significativa (RP=1,26; IC: 1,13-1,40) (GRÁFICO 2).

GRÁFICO 2 – Prevalência (%) de TMC segundo sobrecarga doméstica entre as mulheres, Feira de Santana, 2002.



As características sociodemográficas analisadas (idade, escolaridade, migração, cor da pele, situação conjugal e ter filhos) não revelaram interação estatística com a associação principal aqui avaliada (SD e TMC) (TABELA 12).

TABELA 12 - Análise estratificada da associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo características sociodemográficas

Co-variável	N	RP	IC (95%)
<i>Não ajustada</i>	2057	1,26	1,13-1,40
Idade			
Até 30 anos	905	1,35	1,12-1,63
31 anos e mais	1152	1,22	1,07-1,38
Escolaridade			
Superior/Ensino médio	873	1,31	1,04-1,64
Ensino fundamental/ nunca foi à escola	1167	1,11	0,99-1,25
Migração			
Sim	1091	1,25	1,08-1,43
Não	944	1,30	1,10-1,54
Cor da pele			
Parda/Preta	1494	1,20	1,06-1,35
Branca	459	1,26	0,95-1,67
Situação Conjugal			
Com companheiro	956	1,25	1,08-1,45
Sem companheiro	930	1,21	1,01-1,46
Ter filhos			
Sim	1388	1,19	1,06-1,33
Não	653	1,14	0,86-1,51

Constatou-se que a posse de bens duráveis aumentou a magnitude do efeito da sobrecarga doméstica sobre a ocorrência dos transtornos mentais nas mulheres, em nível estatisticamente significativo, revelando tratar-se de um modificador de efeito para a associação principal investigada. As demais variáveis analisadas não se mostraram potenciais modificadoras para a associação principal em estudo (TABELA 13).

TABELA 13 – Análise estratificada da associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo condições de vida

Co-variável	N	RP	IC (95%)
<i>Não ajustada</i>	2057	1,26	1,13-1,40
Condições de moradia			
Ampliada [#]	1076	1,13	0,88-1,69
Básica [#]	981	1,28	1,11-1,49
Posse de bens duráveis*			
Ampliada	1945	1,30	1,16-1,46
Básica	108	0,79	0,56-1,10
Infra-estrutura			
Ampliada	2045	1,26	1,13-1,40
Básica	8	0,83	0,12-5,72
Lazer			
Sim	1129	1,23	1,03-1,47
Não	927	1,17	1,02-1,33
Chefe			
Sim	331	1,26	0,99-1,62
Não	1691	1,31	1,16-1,48
Renda			
Até 1 SM**	476	1,23	1,03-1,48
Mais de 1 SM	347	1,30	0,88-1,91

* Interação estatística ** SM: Salário Mínimo [#] Ampliada (boa/média) / Básica (precária)

Algumas características do trabalho doméstico parecem acentuar o efeito da sobrecarga doméstica para os transtornos mentais (TABELA 14). Assim, receber ajuda na realização das tarefas domésticas e realizar essas atividades de segunda a sexta ou todos os dias ocasiona um aumento da ocorrência do evento estudado, ou seja, possui interação estatística na associação principal. Vale destacar que o cuidado com as crianças, empiricamente considerado como um agravante para sobrecarga doméstica, nesta investigação não revelou diferenças significantes.

TABELA 14 – Análise estratificada da associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo características do trabalho doméstico

Co-variável	N	RP	IC (95%)
<i>Não ajustada</i>	2057	1,26	1,13-1,40
Tem serviço doméstico remunerado (empregada doméstica)			
Sim	319	1,12	0,76-1,66
Não	1710	1,25	1,12-1,40
Cuida de criança			
Sim	936	1,20	1,04-1,40
Não	230	1,20	0,85-1,69
Recebe ajuda na realização do trabalho doméstico*			
Sim	1428	1,37	1,20-1,57
Não	499	1,05	0,88-1,27
Dias que realiza trabalho doméstico*			
Apenas final de semana	168	1,23	1,10-1,38
5-7 dias	1703	2,10	1,34-3,29

* Interação estatística

No que se refere ao trabalho profissional, a ocupação no momento da pesquisa foi uma variável modificadora da associação entre sobrecarga doméstica e TMC (TABELA 15).

TABELA 15 - Análise estratificada da associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo trabalho profissional

Co-variável	N	RP	IC (95%)
<i>Não ajustada</i>	2057	1,26	1,13-1,40
Ocupação*			
Trabalhadora	649	1,57	1,29-1,93
Outra condição	1360	1,12	0,98-1,27

* Interação estatística

Em síntese, os fatores que revelaram interação estatística, na análise estratificada foram: precária posse de bens duráveis, ausência de ajuda na realização do trabalho doméstico, realizar atividades domésticas 5 a 7 dias por semana e tipo de ocupação.

Desta forma, após se afastar a possibilidade de interação, as demais variáveis foram analisados para presença de confundimento na associação principal. Foram confirmados como potenciais confundidores: escolaridade, lazer, renda, serviço doméstico remunerado e presença de filhos. As demais co-variáveis analisadas (idade, situação conjugal, cuidar de crianças e ser chefe de família) não se mostraram simultaneamente associadas ao evento na ausência da exposição e à exposição na ausência do evento, afastando a possibilidade de confundimento (TABELA 16).

TABELA 16 – Sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo co-variáveis confundidoras, Feira de Santana, 2002

Co-variáveis	Sadios		Não expostos	
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)
Idade	0,98	0,87-1,10	1,42	1,22-1,65
Escolaridade*	1,32	1,18-1,48	1,89	1,61-2,21
Situação conjugal	0,76	0,67-0,87	0,86	0,74-1,00
Lazer*	1,36	1,18-1,57	1,54	1,34-1,77
Renda*	1,36	1,13-1,62	1,79	1,41-2,27
Serviço doméstico remunerado*	1,13	1,08-1,19	1,22	1,00-1,49
Cuidar de criança	1,26	1,17-1,35	0,96	0,77-1,19
Chefe	0,51	0,35-0,73	1,28	1,09-1,51
Ter filhos*	1,29	1,19-1,41	1,55	1,31-1,82

* Presença de confundimento

O ajuste pelas variáveis escolaridade, lazer, renda, serviço doméstico remunerado e ter filhos, co-variáveis identificadas como confundidoras, não modificou a direção da associação sob estudo: a associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns manteve-se positiva em níveis estatisticamente significantes (TABELA 17).

TABELA 17 - Sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns ajustadas pelas variáveis confundidoras, Feira de Santana, 2002

Co-variável	RP ajustada	IC (95%)
Escolaridade	1,56	1,41-1,71
Lazer	1,45	1,31-1,60
Renda	1,56	1,34-1,81
Serviço doméstico remunerado	1,15	1,08-1,23
Ter filhos	1,39	1,28-1,50

6.3.2 Análise de Regressão Logística Múltipla (ARLM)

O modelo de regressão logística incluiu, além da variável dependente (transtornos mentais comuns) e da variável independente principal (sobrecarga doméstica), as seguintes variáveis:

- Variáveis sociodemográficas: idade, escolaridade, cor da pele, situação conjugal e ter filhos.
- Variável do trabalho profissional: ocupação.
- Variáveis das condições de vida: renda, chefia de família, lazer, condições de moradia e posse de bens duráveis.
- Variáveis do trabalho doméstico: receber ajuda na realização do trabalho doméstico e dias em que realizava o trabalho doméstico.

Os termos de interação, apontados na análise estratificada, foram testados na avaliação de pré-seleção para análise de regressão logística múltipla, através do teste de razão de verossimilhança, adotando um valor de $p \leq 0,25$, como já descrito na metodologia. Os termos produtos pré-selecionados encontram-se descritos na TABELA 18.

TABELA 18 - Resultados da pré-seleção de termos de interação para inclusão no modelo da regressão logística múltipla

Termo produto	Valor de p
SD*posse	0,086
SD*ajuda	0,004
SD*dias	0,000
SD*ocupação	0,014

A regressão logística permitiu avaliar simultaneamente os modificadores de efeito sobre a associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns entre as mulheres. No entanto, a modelagem não confirmou a presença de interação estatística: os termos-produtos avaliados não permaneceram no modelo final obtido.

Para análise de confundimento, com a retirada de cada co-variável selecionada, avaliou-se o efeito na associação principal investigada, assim, as variáveis escolaridade, renda mensal e lazer foram potenciais confundidores para a associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns entre as mulheres (TABELA 19).

TABELA 19 - Estimativas do modelo selecionado na análise de regressão logística múltipla

Co-variável	β	OR	Valor de p
Sobrecarga Doméstica	0,345	1,41	0,06
Escolaridade	0,796	2,21	0,00
Renda	0,604	1,83	0,02
Lazer	0,779	2,18	0,00
Constante	-1,711	0,181	0,00

O modelo final obtido inclui as variáveis: sobrecarga doméstica (SD), escolaridade (ESCDIC), renda (RENDADIC) e lazer (LAZER). Portanto, tem-se:

$$\text{Logito (TMC)} = \beta_0 + \beta_1 \text{SD} + \beta_2 \text{ESCDIC} + \beta_3 \text{RENDADIC} + \beta_4 \text{LAZER}$$

Encontrou-se associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns entre as mulheres, mesmo após ajustamento por todas as co-variáveis confundidoras. Como o estudo foi do tipo corte transversal, procedeu-se o cálculo das razões de prevalência (RP) das variáveis que permaneceram no modelo final (TABELA 20).

Ao final, a análise de regressão logística revelou que as mulheres expostas a uma alta sobrecarga doméstica apresentaram maior prevalência de transtornos mentais comuns (1,23 vezes) do que as mulheres em situações de baixa a média sobrecarga doméstica (TABELA 20).

TABELA 20 - Razão de prevalência ajustada, intervalo de confiança (95%) e valor p para associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns (TMC)

Variável	RP	IC	valor p
Sobrecarga Doméstica	1,23	1,05-1,44	0,028
Escolaridade	1,58	1,34-1,88	0,000
Lazer	1,53	1,31-1,78	0,000
Renda	1,36	1,14-1,62	0,004

Observou-se que a razão de prevalência e o nível de significância estatística obtidos depois do ajuste simultâneo, por todas as co-variáveis confundidoras, na análise de regressão logística, não alteraram substancialmente os achados da associação principal quando comparados à análise sem ajuste.

A bondade do ajuste do modelo foi feito através do teste de Hosmer e Lemeshow, Curva Roc e análise dos padrões das covariáveis.

No teste de Hosmer e Lemeshow analisou-se se a hipótese nula poderia ser aceita ou rejeitada (H_0 =modelo está bem ajustado). O teste revelou $p=0,497$, desta forma, foi aceita a H_0 , ou seja, o modelo obtido revelou estar bem ajustado aos dados.

Com a Curva Roc é possível avaliar a capacidade discriminatória do modelo pela área abaixo da curva. Na análise conduzida, obteve-se uma área=0,697, o que indica um razoável poder discriminatório do modelo para avaliação de casos/não casos (FIGURA 5). Em seguida foi feita análise do padrão de covariáveis e se as observações encontradas eram influentes o suficiente para serem excluídas do banco de dados. A comparação dos modelos com e sem as observações demonstrou pouca influência, não havendo significativa mudança dos coeficientes obtidos (FIGURA 6).

Portanto, o modelo se revelou adequadamente adaptado aos dados.

FIGURA 6 – Curva ROC para análise do poder discriminatório do modelo

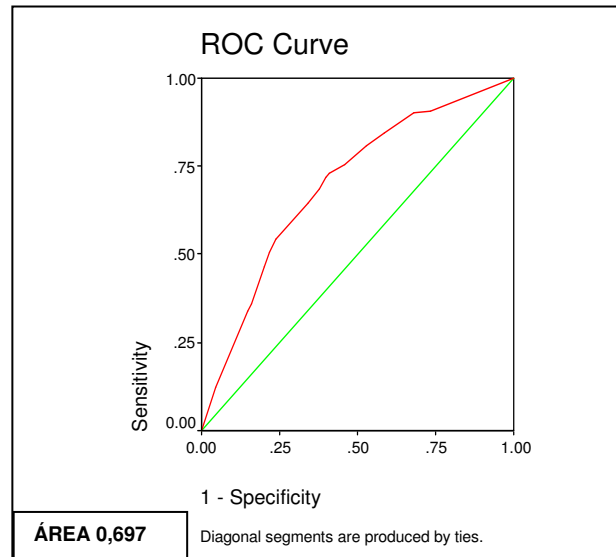
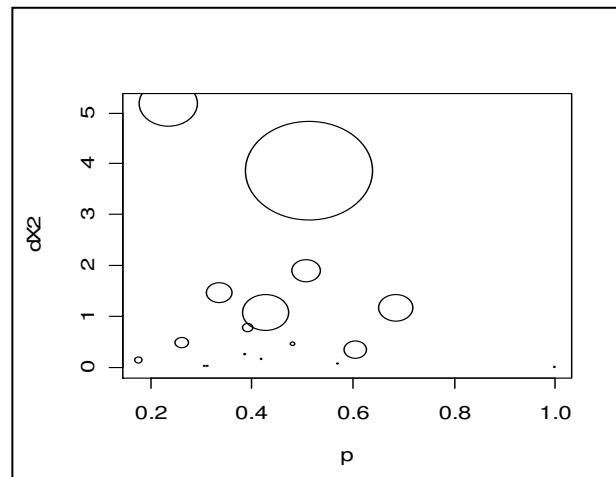


FIGURA 7 - Representação gráfica do diagnóstico do modelo



DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

7.1 Limites do Estudo

O principal limite a ser discutido se refere ao próprio desenho do estudo – corte transversal. Este estudo, em particular, apresenta duas limitações relevantes: o viés de prevalência e a dificuldade em esclarecer a seqüência causal (CHECHOWAY, PEARCE; KRIEBEL, 2004; PEREIRA, 2005).

O viés de prevalência pode estar presente, pois os estudos transversais informam os casos existentes na população, podendo fornecer informações distorcidas da realidade, visto que, os agravos à saúde de curta duração têm menos chances de aparecerem nos resultados. Ou seja, nesta investigação não estão incluídos óbitos ou curas, em conseqüência, as pessoas identificadas como doentes são os sobreviventes e, portanto, o viés de sobrevivência ou viés de prevalência não pode ser completamente afastado, devendo, assim, ser considerada na avaliação dos achados obtidos aqui.

Outra limitação importante é o de esclarecer a relação temporal dos acontecimentos, permanecendo uma restrição a ser considerada. Estudos transversais indicam a existência de associação entre exposição e doença, na população investigada, em determinado momento podendo ser útil para avaliar efeitos não fatais. Assim, não se pode afirmar se a sobrecarga doméstica leva à ocorrência dos transtornos mentais ou se os transtornos mentais levam à sobrecarga doméstica. Desta forma, tais resultados devem ser analisados com cautela.

No entanto, o presente estudo, obteve uma amostra representativa da população feminina da zona urbana do município de Feira de Santana acima do esperado (esperado: 1857, entrevistadas: 2057) e obedeceu a critérios de aleatoriedade; assim a possibilidade de ter ocorrido erros sistemáticos parecem reduzidas.

Outro tipo de viés que pode ser encontrado é o de aferição da doença ou exposição. No caso da doença, os transtornos mentais comuns foram avaliados através do SRQ-20, e como já mencionado este tem sido um instrumento bastante utilizado, mantendo um desempenho global satisfatório, embora tenha se revelado

ser mais específico que sensível. Além disto, no presente estudo também foi realizada validação do SRQ-20 para avaliar melhor ponto de corte a ser utilizado nesta população. O resultado obtido mostrou desempenho satisfatório do instrumento (SRQ-20). Assim, embora não se possa afastar, em definitivo, erros de classificação, há evidências de que a classificação realizada de casos e não casos foi adequada.

Quanto à avaliação da sobrecarga doméstica, dois pontos estão em destaque: a difícil avaliação do trabalho doméstico em função de suas características multidimensionais e multidirecionais; e o outro ponto refere-se, como apontado por Aquino (1996), às dificuldades em considerar a exposição atual como um proxy da exposição prévia, já que ao longo da vida ocorrem mudanças objetivas e subjetivas com relação ao trabalho doméstico.

Uma outra dificuldade encontrada foi uma lacuna na literatura sobre a temática aqui abordada, revelando a invisibilidade do problema – isto também impediu a obtenção de parâmetros mais consistentes para comparação.

7.2 Resumo dos principais resultados

- Entre as mulheres estudadas, a alta sobrecarga doméstica foi mais prevalente entre aquelas com baixa escolaridade, sem companheiros, que possuíam filhos, com precárias condições de moradia, com baixa renda, sem qualquer atividade regular de lazer, que não recebia qualquer ajuda para realizar o trabalho doméstico e que realizavam essa atividade todos os dias, como também as donas-de-casa ou desempregadas.

- Os Transtornos Mentais Comuns foram mais prevalentes entre as mulheres mais velhas, sem acesso à escola, com 5 ou mais filhos, com precárias condições de moradia e posse de bens duráveis, as chefes de família, com renda de até um salário mínimo, as que não tinham atividade de lazer e entre aquelas que tinham trabalho remunerado e trabalho doméstico simultaneamente, caracterizando a dupla jornada de trabalho.

Foi possível constatar uma associação positiva da sobrecarga doméstica e ocorrência de transtornos mentais comuns, e mostrou-se acentuada pelo tipo de ocupação, pela precária posse de bens duráveis, pela ausência de ajuda na realização do trabalho doméstico e por realizar esse tipo de trabalho quase todos os dias (QUADRO 6).

MODELO	ANÁLISE ESTRATIFICADA	ANÁLISE MULTIVARIADA
Modificadoras de efeito	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Precária posse de bens duráveis ↻ Ausência de ajuda na realização do trabalho doméstico ↻ Realiza o trabalho doméstico de 5 a 7 dias ↻ Ocupação 	---
Confundidoras	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Ausência de lazer ↻ Baixa escolaridade ↻ Baixa renda ↻ Não ter serviço doméstico remunerado ↻ Ter filhos 	<ul style="list-style-type: none"> ↻ Ausência de lazer ↻ Baixa escolaridade ↻ Baixa renda

QUADRO 6 – Síntese dos principais achados na associação da sobrecarga doméstica e os transtornos mentais comuns

O modelo final não evidenciou interação estatística entre as co-variáveis e a associação estudada, mas demonstrou uma associação positiva entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns entre as mulheres mesmo depois de ajustada por lazer, escolaridade e renda.

7.3 Transtornos Mentais Comuns: um agravo emergente entre as mulheres

A prevalência global de TMC entre as mulheres foi de 39,4%, o que revela um grave problema de saúde na população, principalmente quando comparada à estimativa da Organização Mundial de Saúde (2000) que refere uma prevalência média de 24% na população. Outros estudos brasileiros também demonstraram altas prevalências dos transtornos mentais entre as mulheres variando de 24,9% a 45,0% (LUDERMIR, 2000; COSTA et al., 2002; LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003; ARAÚJO et al., 2003; LUDERMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006). Da mesma forma, internacionalmente, as prevalências variaram de 27,0% em Santiago (Chile) a 18,0% na Grã Bretanha (ARAYA et al, 2001).

No entanto, algumas características sociodemográficas estavam associadas aos transtornos mentais comuns, o que configura possíveis situações de risco para as mulheres, como: ter mais de 50 anos, ter baixa escolaridade, ser migrante, ser negra, ser viúva ou separada e ter filhos. Esse resultado concorda com o que foi apresentado por Costa e Ludermir (2005), onde as prevalências também foram mais elevadas entre as mulheres com idade entre 40 e 59 anos, analfabetas e as separadas, viúvas e divorciadas.

Salienta-se que as pessoas mais velhas podem supervalorizar ou subestimar sua sintomatologia, podendo relatá-las com mais veemência e assim ser detectadas mais freqüentemente. Além do mais, o envelhecimento pode estar associado a maior exposição a eventos psicossociais como doenças crônicas, luto, separações conjugais, isolamento social, dificuldades econômicas e perda de emprego (COSTA et al., 2002; MAIA; DURANTE; RAMOS, 2004; MARAGNO et al., 2006).

Características como ser negra, ser migrante e ter baixa escolaridade, inseridas na estrutura social vigente, passa a ser indicativos de condições importantes, no sentido de subsidiar a incorporação de aspectos relacionados à classe social na avaliação dos transtornos mentais (ARAÚJO, 1999), visto que em áreas mais carentes e pobres, a prevalência de distúrbios mental tem sido mais elevada (MAIA; DURANTE; RAMOS, 2004, 2004).

Os fatores migração e raça também foram citados no estudo de Maragno e outros (2006), direcionando a discussão da temática para a recorrência da

exclusão social que perpassa por questões econômicas e exclusões do mercado de trabalho o que pode implicar em incerteza, tensão e ansiedade, com repercussões permanentes ou temporárias sobre a saúde mental. Os migrantes, por exemplo, passam por mudanças culturais e sociais, podendo não absorver as pressões produzidas durante o processo de mudança que pode relacionar-se com o início de sintomas psiquiátricos e psicossomáticos (ALMEIDA-FILHO; MARI; COUTINHO, 1999). Já o racismo, embora haja relutância em debater o preconceito racial e étnico no contexto da saúde mental em certos setores sociais, pesquisas psicológicas e sociológicas demonstram que o racismo está relacionado com a perpetuação de problemas mentais, sinalizando, por exemplo, que o racismo pode acentuar a depressão (OMS, 2001).

No estudo de Ludermir e Melo-Filho (2002), os indivíduos com até quatro anos de estudo apresentaram 2,84 ($p < 0,0001$) vezes mais transtornos mentais comuns do que aqueles com onze ou mais anos de estudo, em consonância com os achados do presente estudo que encontrou uma razão de 3,1 ($p < 0,0001$) quando comparou mulheres analfabetas com aquelas que tinham nível superior. Neste sentido, acredita-se que o fracasso escolar seja consequência e não causa de ansiedade e depressão, já que o acesso à educação geralmente ocorre ou deveria ocorrer na infância, antes do desenvolvimento da maioria dos TMC. Além disso, a escolaridade tem um efeito direto na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida, gera auto-estima, realização de sonhos, aquisição de novos conhecimentos, o que pode motivar comportamentos mais saudáveis e melhoria da qualidade de vida (MURPHY et al., 1991).

A situação conjugal revelou-se um importante indicador de sofrimento mental, sinalizando que as mulheres divorciadas, separadas ou viúvas apresentaram maior prevalência de desordens mentais. Explicações plausíveis podem ser feitas considerando também a determinação social, onde as mulheres casadas teriam maior suporte social e familiar, pois segundo Costa e Ludermir (2005), saber-se amado e cuidado está relacionado a baixos índices de ansiedade, depressão e somatizações e melhor adaptação a circunstâncias e efeitos dos eventos produtores de estresse, que embora não possam ser de todo evitados, passam a ter menores consequências sobre a vida dos indivíduos. Além do mais, as viúvas, divorciadas, separadas e desquitadas provavelmente passaram por momentos de perda, separações, solidão e luto, tendo que assumir o papel de provedora ou chefe de

família, pois a perda de alguém que poderia compartilhar as atribuições domésticas e de educação dos filhos e proporcionar suporte social e financeiro acaba por sobrecarregar essa mulher (ARAÚJO, 1999). Por outro lado, deve-se considerar também, neste contexto, a realidade de uma cidade de interior, que apesar de classificada como a segunda do estado da Bahia, remete à especificações da dinâmica social feirense baseada em moralismo, tradição e cultura. Entretanto, alguns trabalhos já trazem também a discussão em que a situação de viuvez ou separação pode promover re-significações consideradas positivas para as mulheres, especialmente na possibilidade de realizar atividades de lazer, cuidar mais de si com menores responsabilidades com o cuidado da casa e da família.

O estudo também encontrou que mulheres com filhos apresentaram elevadas prevalências de TMC. Coutinho, Almeida-Filho e Mari (1999) também observaram maior ocorrência de morbidade psiquiátrica menor na presença de filhos com idade inferior a 14 anos, mesmo quando controlado pelas variáveis: idade, escolaridade e ocupação. Nessas situações, a necessidade de cuidar dos filhos, impulsiona a mulher a precários modos de produção, desfavoráveis à sua saúde física e mental (GOMES; TANAKA, 2003).

Do ponto de vista das condições de vida, os fatores que estavam associados aos transtornos mentais foram relativos às precárias condições de moradia e posse de bens duráveis, baixa renda, chefia de família e não realização de atividades regulares de lazer. Os dados apontaram que os fatores socioeconômicos, que condicionam a situação de vida das pessoas, têm estreita relação com os transtornos mentais e que intervenções em saúde mental devem considerar as condições de vida da população e que estas precisam ser melhoradas, para que as intervenções sejam efetivas, quando implementadas em um contexto real (COSTA et al., 2002).

As precárias condições de moradia e posse de bens também estavam associadas aos TMC na população olindense, situações estas que podem representar redução da privacidade, insalubridade, desgaste, falta de auxílio na realização das tarefas domésticas e diminuição do lazer, que, em longo prazo, seria um potencial fator desencadeante do estresse (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002).

A renda esteve fortemente associada aos TMC. Esses achados estão de acordo com estudos conduzidos em outras populações que observaram que o estresse financeiro foi o principal evento de vida estressante, o que sinaliza a

diminuição de poder, incapacidade social e, portanto maior susceptibilidade a doenças mentais (WEICH; LEWIS, 1998; LOPES, FAERSTEIN, CHOR, 2003; MARAGNO et al., 2006).

Sabe-se também que a renda proporciona acesso a melhores condições de vida, incluindo condições de moradia, e, a falta de dinheiro pode levar ao estresse e à insegurança, mecanismos psicológicos causadores dos TMC. Esta temática impulsiona a necessidade de compreender melhor a natureza deste fator de risco e sua relação com a pobreza, no sentido de encontrar propostas para o desafio de reduzir a prevalência destas desordens que geram altos custos e incapacitam pessoas (WEICH; LEWIS, 1998).

Questões referentes às relações familiares foram importantes achados, pois as mulheres chefes de família estavam mais expostas à ocorrência dos transtornos mentais. A literatura tem registrado que a vida em família e social da mulher é constituída por elementos e situações que determinam sua condição de saúde, que vão desde o fato de se sentir participante do processo produtivo, a ter que assumir sozinha as responsabilidades familiares, como genitora e chefe da sua família (GOMES; TANAKA, 2003). Situações que perpassam por dedicação, abdicação em uma realidade ainda recente para as mulheres o que pode configurar sentimentos de ansiedade e medo com possíveis conseqüências para sua saúde.

Os fardos carregados pelas mulheres chefes de família são extremamente pesados: fisicamente, pelo gasto de energia necessária para cumprir o trabalho diário; psicologicamente, pela constante ansiedade para resolver os problemas de subsistência diária e isolamento social e; materialmente, pelas responsabilidades de ter que produzir o que a unidade doméstica necessita para sobreviver (LISBOA, 2004).

Nesta discussão, destacamos o lazer, que embora seja elemento indispensável para uma vida saudável ainda tem sido pouco estudado como fator indispensável para qualidade de vida e saúde das populações. A prevalência dos TMC entre aquelas mulheres que não participavam de qualquer atividade de lazer, na presente investigação, foi quase 50,0%, corroborando com a idéia de que o lazer atua na carga/descarga e renovação de energias, na revitalização e desbloqueio dos pensamentos monótonos, negativos e rotineiros, na busca de descanso e de novas tensões agradáveis.

Estudos registram que as relações entre trabalho remunerado e trabalho doméstico condicionam a utilização do tempo livre, principalmente entre as mulheres, já que estas despendem, geralmente, seu tempo, fora do trabalho assalariado, às atribuições domésticas e cuidado com os filhos, em um tempo que deveria ser dedicado ao descanso e lazer, ao contrário dos homens (CRUZ; NORIEGA; GARDUÑO, 2003). No trabalho com operárias de uma fábrica no Ceará, Chagas e outros (2005) observaram que essas mulheres não dispunham de tempo para lazer e para cuidado consigo, ficando estes em segundo plano, prejudicando sua qualidade de vida e ficando vulneráveis, cada vez mais, a doenças físicas e mentais e ao envelhecimento precoce.

O indivíduo, ao participar das atividades de lazer, coletivamente, estabelece relações afetivas com as pessoas e com o mundo, contribuindo para a melhoria da saúde, no nível de socialização e de interesse pela vida (ALMEIDA et al., 2005).

No que se refere ao trabalho profissional e doméstico, alguns fatores podem ser destacados: o fato de não trabalhando no momento da pesquisa, ser apenas dona-de-casa, ter trabalho remunerado e doméstico simultaneamente (dupla jornada de trabalho), não receber ajuda na realização das tarefas domésticas e realizar todos os dias o trabalho doméstico. Esses achados são consistentes com o de Ludermir (2005).

O desemprego tem sido considerado um dos determinantes de TMC (ALMEIDA-FILHO, 1981) e, nos últimos anos, as taxas de desemprego vêm apresentando crescimento acentuado para ambos os sexos. Dessa forma, uma população submetida à instabilidade de emprego ou desemprego está mais sujeita a eventos de vida estressante, cenário que assume importância ainda maior na ocorrência dos transtornos mentais comuns (LOPES, FAERSTEIN, CHOR, 2003).

Os dados da Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED) relativos às regiões metropolitanas de São Paulo, Distrito Federal, Porto Alegre e Curitiba demonstram que o desemprego feminino ainda é maior quando comparado aos homens (DIEESE, 1998), fato que submete a mulher a dedicar-se principalmente à atividade doméstica, que pode gerar ansiedade e insatisfação. No trabalho de Rohffs e outros (1997), por exemplo, detectou-se que as donas-de-casa tinham a percepção de um nível mais pobre de sua saúde que mulheres que trabalhavam fora.

O trabalho doméstico é uma atividade profissional socialmente produtiva diferenciada das demais apenas por não envolver remuneração, mas carregada de preconceitos e invisibilidades. As donas-de-casa passam a não participar da produção, são confinadas nas esferas domésticas (casa, marido, filho), ao mundo da reprodução, restritas a suas atividades de mãe e esposa e assumem como sua responsabilidade o desenvolvimento físico, psíquico e social de toda a família (LIMA, 2003).

Sentimentos de recompensa, valorização, benefício e utilidade não são caracteristicamente encontrados no trabalho doméstico, já que este é tido como uma obrigação, um trabalho invisível que ninguém valoriza e que não traz recompensas (CHAGAS et al., 2005). Talvez, por essas razões, aquelas mulheres exclusivamente donas-de-casa, bem como aquelas que possuíam dupla jornada de trabalho, na realidade estudada, apresentaram uma situação de maior risco à saúde mental quando comparadas àquelas profissionalmente inseridas no mercado de trabalho.

Ao mesmo tempo em que as mulheres desejam criar uma família, por outro lado, almejam ser independentes e administrarem sua vida. O resultado dessa situação é quase sempre a adoção de uma posição conciliatória entre profissão e casa, adaptando-se à vida da dupla jornada, o que, não raro, engendra conflito e lhes causa sofrimento físico e mental (LIMA, 2003).

No entanto, o estudo desenvolvido pelo ISMA revelou o contrário, 25,0% das mulheres com dupla jornada sentiram-se estressadas, enquanto aquelas com uma única atividade (eram trabalhadoras ou dona-de-casa), o índice subiu para 37,0% (ZAKABI, 2006). Na tentativa de justificar esse quadro, relata-se que quando a mulher exerce duas ou mais atividades de igual relevância, passa a dividir suas preocupações e deixa de concentrar todas as expectativas e frustrações em apenas uma delas. No entanto, esses achados devem ser analisados com cautela, visto que, na presente investigação, as mulheres com dupla jornada de trabalho ainda obtiveram escores mais elevados de transtornos mentais quando comparadas àquelas com uma única atividade, revelando que a dupla jornada ainda configura excesso de trabalho com sobrecarga física e mental podendo gerar adoecimento psíquico na população feminina.

O apoio à realização das atribuições domésticas, levando a divisão menos desigual, aparece estreitamente ligado à qualidade de saúde das mulheres. Frankenhauer (1991) encontrou, no seu estudo, por exemplo, padrões de estresse

diferenciados entre homens e mulheres no período da noite; enquanto os homens relaxavam, baixando os níveis hormonais, as mulheres permaneciam em atividade, com níveis elevados de hormônios.

Desse modo, apesar das recentes mudanças nos papéis familiares, as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelas tarefas domésticas e pela reprodução e criação dos filhos, implicando em acúmulo de funções repetitivas e indispensáveis (CHAGAS et al., 2005).

Conseqüentemente, mesmo quando se observa algum tipo de ajuda para os afazeres domésticos, a maioria das vezes essa é dispensada por empregadas domésticas ou outras mulheres, ficando os homens ou companheiros com atividades esporádicas e sem obrigações rotineiras e contínuas como consertos, reparos ou compras em supermercados, que aparecem mais como um favor prestado. Isso retrata aspectos da nossa própria cultura, que ainda perpetua o modelo em que o homem não contribui com atividades domésticas, nem com o cuidado com os filhos, já que representam “coisa de mulher” (CHAGAS et al., 2005).

Neste sentido, Marcondes e outros (2003) salientam que não só o trabalho doméstico feminino precisa adquirir seu efetivo status nas relações produtivas, como também é necessário empregar a força de trabalho masculina nesse tipo de tarefa na esfera do privado, onde desconstruir o paradigma hegemônico, adquire o sentido da redimensão das atribuições aos gêneros, em relação à história inscrita no cotidiano. Cotidiano este, que leva as mulheres a desenvolverem essas tarefas domésticas todos os dias da semana, como uma atividade incansável e interminável, mesmo depois de um dia inteiro de trabalho, visto que o trabalho doméstico é constituído de atividades de base rotineira, de manutenção da casa, ou seja, uma atividade econômica e socialmente produtiva (LIMA, 2003).

A associação entre todos esses fatores relacionados às características sociodemográficas, condições de vida, trabalho profissional e doméstico sinalizam que as mulheres necessitam atenção especial no que se refere à promoção e proteção de sua saúde mental, para discussão em torno da inclusão nas políticas públicas e sociais das questões relativas ao gênero, bem como, nos remete a repensar e resignificar a pluralidade do ser mulher,

7.4 Sobrecarga doméstica: confirmação de uma realidade feminina

A alta sobrecarga doméstica, investigada a partir das tarefas de limpar, cozinhar, lavar e passar, foi relatada por 34,3% das mulheres estudadas, percentual que diminui ou aumenta sua magnitude a depender de determinadas condições as quais estavam inseridas.

Em nossa sociedade, a sobrecarga doméstica é particularmente pesada, visto que a ausência de equipamentos sociais, como creches e escolas, conjuga à permanência de relações de gênero tradicionais, extremamente assimétricas, sendo atribuída à mulher total responsabilidade no cuidado da casa e dos filhos, mesmo quando exerce jornadas de trabalho parecidas às do marido (AQUINO; MENEZES, AMOEDO, 1992).

Entre as mulheres estudadas, as casadas e com filhos apresentaram consideráveis percentuais de altas sobrecargas domésticas, 41,6% e 39,8%, respectivamente, representando um quadro de exaustiva jornada de trabalho e confirmando que muita coisa ainda não mudou, pois o papel estabelecido para as mulheres ainda gravita ao redor do cuidado com os outros: o marido, criar filhos, atender à família e cuidar da casa (CHAGAS et al., 2005). Cruz e outros (2003), por exemplo, constatou que as mulheres tinham mais dificuldade de se inserir no mercado de trabalho quando estas eram casadas e/ou tinham filhos pequenos.

Apesar das profundas transformações sociais, econômicas, culturais e éticas ocorridas no Brasil, há ainda um consenso na concepção da família como um espaço privilegiado de socialização, de prática de tolerância, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral dos filhos. Esse conceito carrega as mulheres para a sobrecarga doméstica domiciliar e familiar, no sentido de conciliar os papéis de mãe, mulher, esposa e trabalhadora.

Destaca-se também que as mulheres realizam grande quantidade de trabalho não pago, não só o trabalho doméstico, mas também o trabalho de cuidar da família, que apresentam componentes emocionais importantes e que consomem muito tempo (BRITO, 2000).

A precarização das condições em que se vive é o processo que se articula com a pobreza, que vem crescendo mesmo nos países industrializados. As mulheres representam 70% do 1,3 bilhão de pessoas que vivem em condições de

pobreza absoluta no mundo (BRITO, 2000). Talvez essas questões justifiquem, pelo menos parcialmente, o fato de que muitas mulheres, na presente investigação, conviviam com precárias condições de vida, acarretando em altas sobrecargas domésticas, visto que situações como ausência de eletrodomésticos, água encanada, luz e condições inadequadas de domicílio estão diretamente ligas à aglomeração, pobreza, baixa renda e ausência de ajuda na realização das atividades domésticas, e conseqüentemente, pode gerar altas sobrecargas de trabalho doméstico.

Nessa mesma direção, estudos comprovam que as mulheres com elevadas sobrecargas de trabalho doméstico têm renda muito inferior. Os rendimentos das mulheres são sempre inferiores aos dos homens, mesmo quando exercem a mesma função e têm a mesma forma de inserção. Essa situação vem mantendo uma realidade de precarização e desvalorização do trabalho feminino, corroborando com os dados que mostram que, em 2001, os setores que mais contaram com o trabalho feminino foram os que englobam as atividades que têm as mesmas características das funções exercidas no lar, como prestação de serviço doméstico e atividade social que, juntos alocaram 48,7% das mulheres ocupadas (DIEESE, 2003).

Além disso, o desempenho de atividades no âmbito profissional e doméstico articula aspectos que implicam no redimensionamento temporal da vida cotidiana, e a mulher deve promover a conciliação entre responsabilidades nas esferas profissional e doméstica (ARAÚJO, 1999).

Na organização do tempo, segundo as atribuições diárias, as mulheres estabelecem critérios hierárquicos, por meio do qual, instituem tarefas prioritárias e flexíveis, assim, o tempo dedicado para si ou para o descanso e lazer ficam para segundo plano. Frankenhaeuser (1991) observou, em seu estudo, que a divisão de trabalho em casa, no tempo disponível para o repouso, permaneceu essencialmente igual, mesmo quando a mulher se inseriu no mercado de trabalho conduzindo a uma carga de trabalho total pesada para as mulheres empregadas.

Essa sobrecarga aumenta quando relacionadas ao número de filhos: quanto mais filho, menor o tempo dedicado ao lazer. Assim, não é rara a limitação do tempo que seria dedicado às atividades prazerosas, como as de lazer, em função das necessidades e demandas de outras atividades, voltadas ao cuidado do outro e

principalmente com os filhos, atendendo ao que está internalizado como atribuição feminina, de “boa mãe e mulher” (Araújo et al., 2006).

A ausência de apoio na realização das atribuições domésticas aumentou consideravelmente a sobrecarga doméstica das mulheres investigadas, onde a divisão/ajuda masculina na realização dessas atividades é ainda, algo promissor e um tanto raro, ratificando o fato de que o processo de construção hierárquica das atividades é fortemente dominado pelo contexto social.

Por outro lado, a condição de dona-de-casa, encontra-se reforçada pelas próprias mulheres numa versão feminina do machismo, onde resistem em abandonar o poder que conquistaram na vida familiar com o discurso que só elas são capazes de manter a casa bem cuidada e a família feliz (ROCHA-COUTINHO, 1994).

O trabalho doméstico, mesmo em sociedades mais desenvolvidas, não tem diminuído substancialmente quanto ao volume, já que houve aumento de sua complexidade e das expectativas relacionadas à limpeza das casas, à lavagem das roupas, ao preparo dos alimentos e à educação dos filhos (AQUINO et al., 1992). Desse modo, a maior parte das mulheres com alta sobrecarga doméstica desenvolvia essas tarefas todos os dias. Um trabalho repetitivo e constante caracterizado pela sobrevivência de todos que dele usufruem, enfim, uma carga diária de trabalho, condição muitas vezes determinadas pelas características da esfera reprodutiva.

As donas-de-casa e as desempregadas, da mesma forma, destacaram-se com altas prevalências de sobrecarga doméstica, 49,1% e 39,9% respectivamente. Essa conjuntura confirma que, mesmo as mulheres não estando inseridas no mercado de trabalho, elas possuem altas sobrecargas de trabalho, o problema é, portanto, reconhecer o trabalho doméstico como tal.

É importante ainda registrar o papel desempenhado pelo trabalho doméstico no Brasil. O exame de alguns trabalhos domésticos feitos, fora das casas, como, por exemplo, a lavagem de roupas ainda é pouco freqüente (BRITO, 2005). No Brasil, essa e outras atividades, ainda hoje, se mantêm confinadas ao espaço domiciliar, ao contrário de outras experiências de países capitalistas, em que se coletivizou o meio para sua realização, como as lavanderias coletivas que se propagaram rapidamente, disponibilizando meios para redução da sobrecarga doméstica.

Além do trabalho doméstico, convencionalmente definido, não é rara a presença de outros tipos de trabalhos realizados dentro e fora de casa, tais como: os manuais (crochê, tricô), venda de “geladinho” e vendas externas. Brito (2000) relata que, dentre as mulheres que trabalham por conta própria, estas chegavam a ficar até 14 horas vendendo na rua ou em casa e colocavam seus filhos para ajudá-las ou substituí-las nas tarefas domésticas.

Em síntese, pode-se dizer que as mulheres, independente de sua situação conjugal, das suas condições de vida e de subsistência, de estarem ou não inseridas no mercado de trabalho, seja ele formal ou informal, assumem também o cuidado com a vida dos membros de sua família, bem como a responsabilidade com seu lar, ainda que se tenha observado uma carga ainda maior entre as mulheres que possuem as condições sociais, econômicas e culturais mais desfavoráveis. Quando se trata de mulheres, o trabalho doméstico parece ser elemento importante para tornar visível a necessidade de elaborar políticas públicas mais amplas e direcionadas para questões de gênero, no sentido de ampliar a qualidade de vida dessas mulheres. Nesse sentido, Araújo e outros (2006) apontam para emergentes ações de promoção e bem-estar social, tais como: oferta de equipamentos sociais para divisão do trabalho doméstico (creches, escolas, lavanderias comunitárias e cooperativas de produção de alimentos a baixo custo), bem como ampliação de áreas de lazer, acesso ao mercado de trabalho e políticas de geração de renda.

7.5 Sobrecarga Doméstica como fator de risco para os Transtornos Mentais Comuns entre as mulheres

Considerado os possíveis limites deste estudo, pode-se reafirmar que a alta sobrecarga doméstica parece ser um fator de risco para os transtornos mentais comuns entre as mulheres.

O trabalho doméstico está presente na vida das mulheres, desde sua infância, constituindo um campo de aprendizagem que ocorre na prática do cotidiano das mulheres e que se mantém naturalizado como uma atribuição da mulher, tornando-se invisível e obscurecido, com seu saber e habilidades, desde então, adquiridas (LIMA, 2003).

Os transtornos mentais geralmente se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções, comportamentos e relacionamentos e a Organização Mundial de Saúde (2001) diagnosticou que muitas pessoas portadoras deste agravo não recebem nem receberão qualquer tratamento, embora a promoção da saúde mental positiva para todos os membros da sociedade seja uma meta importante a ser alcançada.

Desta forma, no modelo final da investigação, baixa escolaridade, baixa renda e não realizar qualquer atividade de lazer se configuraram como potenciais confundidores na associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns.

Para explicar esses achados, uma questão emerge como fundamental: a pobreza e as questões à ela associadas. Existe uma relação complexa e multidimensional entre pobreza e saúde mental. A Organização Mundial de Saúde (2001) discute essa relação e retrata que a pobreza, juntamente com fatores associados, tais como: a falta de serviços de saúde, baixa instrução e desemprego podem criar barreiras insuperáveis para atenção à saúde, visto que, o desnível de tratamento para a maioria dos transtornos mentais, que já é alto, mostra-se efetivamente enorme para a população mais carente. Os recursos para a atenção à saúde mental, muitas vezes, não estão disponíveis para os setores mais pobres da sociedade e poucos profissionais são capacitados e preparados para receber, reconhecer e tratar estes transtornos.

Os achados desta investigação revelam que as mulheres com alta sobrecarga doméstica e que recebiam até um salário mínimo apresentaram prevalência quase duas vezes mais elevada de TMC quando comparadas àquelas que recebiam mais de um salário mínimo. Os menos favorecidos acabam por ter mais preocupações com os problemas financeiros do que os que têm maior renda per capita, levando ao desenvolvimento da ansiedade e da depressão. A falta de dinheiro pode levar ao estresse e à insegurança e a posse de bens duráveis como geladeira, telefone, máquina de lavar e televisão ilustram as diferenças de condições de vida proporcionadas pela renda mensal (MARAGNO et al., 2006).

Para Dejours (1987), o salário contém inúmeros significados para o indivíduo: sustento da família, pagamento de dívidas, além de ser fonte de realização de projetos, sonhos e fantasias. Diversos estudos sobre saúde mental reforçam a teoria de que as condições de vida das classes menos favorecidas seriam determinantes do aparecimento dos transtornos mentais; dessa forma, a relação inversa entre transtorno mental e classe econômica tem sido um dos resultados mais consistentes dos estudos epidemiológicos populacionais.

A baixa escolaridade, pelo fato de estar associada às condições socioeconômicas, também é um importante fator de exposição para associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns. O acesso à escola tem um efeito direto na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia a auto-estima, a possibilidade de aumento da renda familiar, com conseqüente melhoria na qualidade de vida pessoal e familiar (LUDEMIR, 2002). De fato, no presente estudo, a alta sobrecarga doméstica estava positivamente associada aos transtornos mentais quando essas mulheres possuíam baixa escolaridade (OR: 2,21, $p < 0,001$).

Patel e Kleinman (2003) revelam o relacionamento entre o baixo nível educacional e os transtornos mentais pode ser confundido ou explicado por um número de fatores, que incluem a má nutrição, conseqüentemente prejudica o desenvolvimento intelectual e conduz ao menor desempenho educacional e psicossocial. A principal conseqüência social desta situação tem sido a falta de oportunidade dessas pessoas, assim como a difícil inclusão para melhoria da sua situação tanto educacional, como social.

A saúde mental das mulheres com alta sobrecarga de trabalho doméstico, da mesma forma, esteve fortemente associada com a ausência de atividades de

lazer. As repercussões negativas à saúde, decorrentes da limitação do tempo para as atividades de lazer e descanso direcionadas à realização de atividades prazerosas com promoção à saúde física e mental, vêm sendo pouco descritas na literatura.

O lazer colabora para o desaparecimento do estresse, da angústia, da depressão; contudo, o lazer não pode ser isolado, deve se situar no contexto social envolvendo prazer, desejo, liberdade e criatividade como uma atividade que só tem sentido e razão no tempo disponível, diferente das obrigações profissionais, religiosas, domésticas e sociais (ALMEIDA et al, 2005).

Silva (2000) retrata que o município de Feira de Santana é desprovido de espaços de lazer para sua população e que os poucos equipamentos de lazer que existem estão localizados na região central da cidade e direcionam-se às atividades físico-esportivas, ficando a periferia totalmente excluída e desamparada quanto ao suporte às diferentes manifestações culturais e de lazer (artísticas, intelectuais, manuais, sociais e turísticas).

Na realidade vigente, o lazer está fortemente relacionado à bares e restaurantes, que conseqüentemente, podem incentivar o consumo abusivo de álcool, violência e criminalidade, e o mais importante, tem acesso apenas aqueles que podem pagar. Pode-se verificar que a lógica das desigualdades sociais oferece maior possibilidade àqueles que têm maior escolaridade e maior renda.

Em síntese, a discussão do trabalho doméstico deve incorporar múltiplas redes de relações que são engendradas no conteúdo afetivo e no significado simbólico. A afetividade envolvida na execução das tarefas domésticas é elemento relevante a ser considerado, visto que o produto das atividades domésticas é consumido por pessoas diretamente ligadas, afetiva e emocionalmente, a quem realiza as tarefas, portanto, apresenta características diferenciadas quanto aos processos de produção em geral (ARAÚJO, 1999).

O trabalho doméstico é uma atividade fundamental da existência humana. Entretanto, percebe-se a necessidade de revisá-lo enquanto uma prática social, enquanto trabalho produtivo, buscando formas mais saudáveis para sua realização, retirando-o do contexto da doença e reconstruindo-o na realidade da saúde, em um processo de repensar e refletir sobre as questões de gênero. Para isso, considera-se como passo primordial torná-lo visível, desvinculado-o de sua naturalização e do universo oculto do qual hoje ele faz parte. O trabalho doméstico, nesta nova

perspectiva, incorporará o conceito da saúde mental como um estado de adaptação, com sensação subjetiva de bem-estar, prazer de viver e uma sensação de que o indivíduo está a exercer seus talentos e aptidões (CHAPLIN, 1989).

Nesta direção, fica evidente a importância de se investir em políticas públicas e sociais voltadas para a criação de uma rede de apoio à população no que concerne ao trabalho doméstico e sua repercussão sobre a saúde mental, mais precisamente no município de Feira de Santana, visto que este estudo pode contribuir para o planejamento das ações em saúde no município servindo de base empírica para análise da realidade apresenta.

Além do mais, tais resultados podem fomentar a discussão das relações e papéis de gênero enfatizando a importância de mudanças culturais que modifiquem a própria divisão sexual do trabalho doméstico, redefinindo o conceito do trabalho feminino.

CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

O principal interesse deste estudo foi avaliar o papel da sobrecarga doméstica na ocorrência dos transtornos mentais comuns entre as mulheres. Para tal avaliação utilizou-se o indicador de sobrecarga doméstica e relacionou-se com o SRQ-20, instrumento validado na presente população, para avaliar a saúde mental.

A hipótese de que alta sobrecarga doméstica associava-se positivamente à ocorrência dos transtornos mentais comuns foi confirmada, e os achados mais relevantes desta investigação referem-se à observação de importantes fatores de risco para esta associação: baixa renda, baixa escolaridade e ausência da realização regular de atividades de lazer.

Essas características perpassam por questões intrínsecas, como precarização das condições de vida, pobreza, falta de oportunidade, desemprego, trabalho informal e que, unidas à desqualificação e invisibilidade do trabalho doméstico e à sobrecarga da dupla jornada de trabalho, possivelmente acarretará em sofrimento mental nas mulheres.

Neste sentido, este estudo pretendeu dar visibilidade à algumas questões, como:

- Desqualificação e invisibilidade do trabalho doméstico como uma atividade eminentemente feminina;
- Inserção da mulher no mercado de trabalho discutindo os enfrentamentos e as novas perspectivas para um conceito mais ampliado de trabalho;
- A dupla jornada de trabalho e seus impactos sobre a saúde da mulher e a inter-relação com a família;
- Os transtornos mentais comuns como um agravo emergente entre as mulheres e pouco evidenciado na literatura;
- Análise e validação de instrumento para avaliar os transtornos mentais comuns, em estudo de base populacional (SRQ-20).

Evidencia-se, portanto, a importância de se preencher lacunas e à inspirar novas hipóteses para redefinição de vários conceitos, principalmente o do trabalho.

Um conceito ampliado, buscando a desconstrução do paradigma dicotomizado, público e privado, produtivo e reprodutivo, feminino e masculino.

Contudo, esta discussão aparece imbricada no ambiente doméstico, onde as relações de poder se encontram, de tal modo, naturalizadas, que as próprias mulheres contribuem para a reprodução dos mecanismos de sua exploração e sua opressão (AQUINO, 1996).

Os movimentos feministas e sindicalistas, bem como, os órgãos públicos e de saúde, precisam incluir nas suas discussões, o debate sobre estas questões, de modo a ampliar a consciência sobre as desigualdades de saúde e de gênero e suas relações com a qualidade de vida das mulheres. O desafio de se investir em políticas públicas e traçar estratégias de incentivo ao desenvolvimento de equipamentos sociais, como creches e escolas, alternativas de descanso e lazer, bem como, a elaboração de projetos sociais com objetivo de gerar renda, torna-se imperioso.

Assim, a presente investigação, tentou contribuir para a reflexão de um novo olhar sobre a saúde e o trabalho, profissional e doméstico, envolvido no cotidiano das mulheres, com esperança de que esta realidade possa ser debatida, repensada e reconstruída.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M. G. et al. Atividades de lazer entre idosos, Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.29, n.2, p.339-352, jul-dez, 2005.

ALMEIDA, O. P. Sintomas psiquiátricos entre pacientes com demência atendidos em um serviço ambulatorial. **Arquivo Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v.57, n. 4, dez., 1999.

ALMEIDA-FILHO, N. Força de trabalho e saúde mental em um setor urbano de Salvador, Bahia, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 30, n. 6, p. 463-470, 1981.

ALMEIDA-FILHO, N. The psychosocial costs of development: labor, migration and stress in Bahia, Brazil. **Latin American Research Review**, v. 17, p. 407-432, 1982.

ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J.; COUTINHO, E. S. F. Migração, inserção produtiva e saúde mental na modernidade tardia: novas evidências de estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas brasileiras. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, p. 246-256, 1999.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; AMOEDO, M. B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da pesquisa Nacional por amostra de domicílios. **Revista de Saúde Pública de São Paulo**, v.26, n.3, p.195-202, 1992.

AQUINO, E. M. L. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial**: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia. Tese. (Doutorado em Saúde Pública)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S. **Para pensar no exercício da paternidade**: contribuições a partir de um estudo sobre trabalho e saúde de mulheres. Rio de Janeiro: Editora, 1997.

ARAÚJO, E. M. Configuração do espaço urbano de Feira de Santana – BA. **Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.9-16, 2001a.

ARAÚJO, E. M. **Mortalidade por causas violentas no município de Feira de Santana-BA, 1999**. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2001b.

ARAÚJO, T. M. de; GRAÇA, C. C.; ARAUJO, 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. **Distúrbios psíquicos menores entre mulheres trabalhadoras de enfermagem**. Tese. (Doutorado em Saúde Pública)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.

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

ARAÚJO, T. M. et al. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas de casa e trabalhadoras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.260-269, abr-jun, 2006.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003.

ARAÚJO, T. M. et al. Distúrbios psíquicos menores: estimativas de prevalência em população urbana de Feira de Santana – achados de estudo piloto. **Revista de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana**, v.1, p.91-97, 2002.

ARAÚJO, T. M. et al. O Trabalho Doméstico no Adoecer Psíquico das Mulheres Trabalhadoras. In: I Encontro de Produção Científica do Departamento de Saúde. **Mulher: Saúde, trabalho e violência**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2000.

ARAYA, R. et al. Common mental disorders in Santiago, Chile. **British Journal of Psychiatry**, v.178, 228-233, 2001

BORGES, L. H.; FARIA, M. A. M. Transtornos mentais menores entre trabalhadores de uma usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 21, n. 77, p. 7-18, jan.-mar., 1993.

BORGES, L. H. et al. Uso do self-reporting questionnaire (SRQ-20) em estudos sobre a saúde mental dos trabalhadores. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46, n. 9, p. 483-486, set., 1997.

BRANT, L. C.; DIAS, E. C. Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa pública em reestruturaração. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20 n.4, p.942-949, jul-ago, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Plano municipal de saúde de Feira de Santana**. Prefeitura municipal de Feira de Santana, 1997.

BRITO, J. C.; D'ACRI, V. Referencial de análise para estudo da relação trabalho, mulher e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7 n.2, p. 201-214, abr-jun, 1991.

BRITO, J. C. Saúde do Trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: M.Figueiredo, M. ATHAIDE; Brito, J., ALVAREZ O. (Org.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: D.P.e A., 2004.

BRITO, J. C. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.879-890, 2005.

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

BRUSCHINI, M.C.A.; ROSEMBERG, F. A Mulher e o Trabalho. In: BRUSCHINI, (Org.). **Trabalhadoras do Brasil**, São Paulo, Brasiliense, Fundação Carlos Chagas, 1982.

CHAPLIN, J. P. **Dicionário de Psicologia**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1981.

CARLOTO, C. M. Adoecimento no trabalho, as mulheres na categoria de asseio e limpeza. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 6, n. 1, jul-dez 2003.

CASTRO, M. G.; LAVINAS, L. Do feminino ao gênero: a construção de um objeto. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.

CHAGAS, M. I. O. et al. Mulheres operárias: vida doméstica e qualidade de vida. **RBPS**, v. 18, p. 130-135, 2005.

CHECKOWAY, H.; PEARCE, N.; KRIEBEL, D. **Research Methods in Occupational Epidemiology**. New York: Oxford, 2004.

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da zona da mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 73-79, jan - fev., 2005.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 164-173, 2002.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J. J.. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n.5, 1999.

CRUZ, A. C.; NORIEGA, M.; GUARDUÑO, M. L. A. Trabajo remunerado, trabajo doméstica y salud. Lãs diferencias cualitativas y cualitativas entre mujeres y varones. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1129 -1138 jul- ago, 2003.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS ESTATÍSTICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS. **Cláusulas Relativas ao Trabalho da Mulher 1996 – 2000**. Pesquisa DIEESE. Negociação coletiva e equidade de gênero no Brasil, n.17 2003. DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS ESTATÍSTICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS. **Boletim DIEESE**. Edição Especial, 2004

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS ESTATÍSTICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS. **Eqüidade de gênero nas negociações coletivas**. Cláusulas relativas ao trabalho da Mulher no Brasil, 1998. Disponível em <<http://www.dieese.org.Br/esp/estout97.html>> Acesso em: 04 out. 2005.

DEJOURS C. **A loucura do trabalho** – estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 1987.

DITZ, J. L. G.; LIMA, M. G.; ROCHA, S. M. M. O modo de vida e a saúde mental das mulheres de baixa renda. **Saúde em debate**, v. 63, p. 15-24, 2003.

FERNANDES, Sônia Regina Pereira. **Trabalho informativo e distúrbios psíquicos psicoemocionais: estudo seccional em três empresas de processamento de dados de Salvador, BA**. Dissertação. (Mestrado em Saúde Comunitária)– Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1992.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p.431-438, 2002.

FONSECA, A. F. **Psiquiatria e psicopatologia**. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian, 1985.

FRANKENHAEUSER, M. The Psychophysiology of sex differences as related to occupational status. In: FRANKENHAEUSER, M.; LUNDBERG, U.; CHESNEY, M. **Women, work and stress** – stress and opportunities. New York and London: Plenum Press, 1991.

FRUTUOSO, S. Doença ou traço de personalidade? **Revista Época**, ed. 377, ago., 2005.

GLASS, J.; FUJIMOTO, T. Housework, paid work, and depression among husbands and wives. **Journal of Health and Social Behavior**, v.35, p.179-191, jun., 1994.

GOLDBERG, D. **The detection of psychiatric illness by questionnaire**. London, Oxford: University Press, 1972.

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

GOVEIA, V. V. et al, A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construção. **Revista Psiquiatria: teoria e pesquisa**, Brasília, v.19, n.13, set-dez, 2003.

GOMES, K. R.O; TANAKA, A. C. A. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. **Revista Saúde Pública de São Paulo**, v.37, n.1, p.75-82, 2003.

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

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

IACOPONNI, E; MARI, J. J. Reability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. **International Journal of Social Psychiatry**, v.35, n.3, p.213-222, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Anuário estatístico de Feira de Santana**. 2000.

JARDIM, S. R.; PERECMANIS, L.; SILVA FILHO, J. F. Processo de trabalho e sofrimento psíquico: o caso dos pilotos do Metrô do Rio de Janeiro - II . **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 45, n. 6, p. 323-333, jun.. 1996.

JOSHI, H. E. Changing roles of women in the British labour market and the family. In: DEANE, P. **Frontiers of Economic Research**. London: Macmillan, 1990.

KLEINBAUN, D. G. **Logistic regression: a self-learning text**. New York: Springer – Verlag, 1994.

LENNON, M. C. Women, work and well-being: the importance of work conditions. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 35, p. 235-247, 1994.

LENNON, M. C. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. **Epidemiologic Reviews**, Baltimore (USA), v. 17, n. 1, p. 120-127, 1995.

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

LISBOA, T. K. Um olhar por baixo do tapete: mulheres terceirizadas. **Revista Mulher e Trabalho**, Porto Alegre, v.4, 2004.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1713-1720, nov. - dez. 2003.

LUDEMIR, A. B. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 54, n.3, p.198-204, 2005.

LUDERMIR, A. B. Inserção Produtiva, Gênero e Saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 647-659, jul. - set. 2000.

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

MAGALHÃES, V. C.; MENDONÇA, G. A. S. Eating disorders in undergraduate students: tudy of the reliability of the Portuguese version of self-administered questionnaires. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n.3, p. 236-245, 2005.

MAIA, L. C.; DURANTE, A. M.G.; RAMOS, L. R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, p.650-656, fev., 2004.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago., 2006.

MARCOLINO; JOSÉ A. M. e Iacoponi, Eduardo The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 2, p. 78-86, jun., 2003.

MARCONDES, W. B. et al. O peso do trabalho "leve" feminino à saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 91-101, abr.- jun. 2003.

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

MARQUES, E. K. Mulheres mais escolarizadas num mercado da família tradicional. **Revista Mulher e Trabalho**, Porto Alegre, v. 4, 2004.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006.

MURPHY, J. M. et al. Depression and anxiety in relation to social status. **Archives of General Psychiatry**, v. 48, p. 223-228, 1991.

OLIVEIRA, M. C. P. **Riscos e Agravos à Saúde do trabalhador de enfermagem na área de saúde mental**. Dissertação (Especialização em Saúde do Trabalhador)– Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

OLIVEIRA, N. F. de, SANTANA, V. S. LOPES, A. A. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 90-99, fev., 1997.

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

PATEL, V.; KLEINMAN, A.. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n.8, 2003,

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 2005.

PICANÇO, F. S. Amélia e a mulher de verdade: representações dos papéis da mulher e do homem em relação ao trabalho e á vida familiar. In: SCALON, C. A. C. **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.

POSSATTI, I. C. e DIAS, M. R. Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 2, p. 293-301, 2002.

POWER, C.; MANNOR, O.; FOX, J. **Health and class: the early years**. London: Champion and Hall, 1991.

REGO, M. P. C. M. A. **Trabalho hospitalar e saúde mental - o caso de um hospital público no município do Rio de Janeiro**. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva)-

Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

REPETTI, R.L.; MATTHEWS, K.A. & WALDRON, I. Employment and women's health: effect of paid employment on women's mental and physical health. **American Psychologist**, p. 1394-1400, nov., 1989.

ROHFFS, A. J. et al. Influence of paid work on the perceived health state in women. **Med Clin Barc**, v. 108, p. 566-571, 1997.

ROCHA-COUTINHO, M. L. **Tecendo por trás dos panos**: a mulher brasileira nas relações familiares. Rio de Janeiro: ROCCO, 1994.

ROCHA, L. E.; DEBERT- RIBEIRO , M. Trabalho, Saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. 539-547, 2001

SANTANA, V. S.; PONDÉ, M. Ajuda no trabalho doméstico como proteção para estresse psicológico. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. Salvador. **Resumos**. Salvador, abr,1995.

SILVA, A.W. Políticas públicas de lazer no bairro Rua Nova: em busca de uma proposta. Licere. **Revista do centro de estudos de lazer e recreação EEF/UFMG**, p. 113-114, 2000.

SILVANY-Neto et al. Condições de trabalho e saúde em professores da rede particular de ensino na Bahia: estudo piloto. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 24, n. 91/92, p. 115-24, jun., 1998.

SMAIRA, S. I., KERR-CORRÊA, F.; CONTEL, J. O. B. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case- control study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n.1, p.18-25, mar., 2003.

SOARES, K. et al. Comorbidade nos transtornos depressivos na população de três centros urbanos brasileiros. **Revista de Neurobiologia**, Recife, v. 58, p. 77-86, jul. - set. 1995.

SOBRINHO, C.L. N. et al. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.52, n.2, p.97-102, 2006.

SOUZA, M. F. M.; SILVA, G. R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 50-58, 1998.

VEGGI, A. B. et al. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n. 4, dec., 2004.

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

WAGNER, A. et al.. Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12, n. 1, p. 147-56, jan.-jun. 1999.

WALTERS et al. Paid Work, Unpaid Work and Social Support: A study of the health of male and female nurses. **Social Science & Medicine**, v. 43, n. 11, p. 1627-1636, 1996.

WEICH, S.; LEWIS, G.. **Poverty, unemployment, and common mental disorders: population basead cohort study**. 1998. Downloaded from bmj.com on 3 July 2006.

ZAKABI, Rosana. Sem tempo para ninharias. **Revista Veja**, São Paulo:editora abril, ano 39, p. 92-95, jun, 2006.

ANEXOS

ANEXO A - Ficha Domiciliar

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE Subdistrito: _____
NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA Setor Censitário: _____
PROJETO: SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA Nº de ordem: _____

Data: ____/____/____

Hora de início: _____

1. Nº do domicílio: _____

2. Endereço:	Nº	Apto	Bairro
--------------	----	------	--------

3. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo você? _____ pessoas.

	Nome	Sexo 1=fem 2=mas	Idade (anos)	Condição na família	Horário na residência	Controle da entrevista
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						

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

I - INFORMAÇÕES SOBRE O DOMICÍLIO

O seu domicílio é: 1 () próprio 3 () cedido 2 () alugado 4 () outro _____	Quantos cômodos são usados como dormitório: ____ cômodos
Quantos cômodos possui? ____ cômodos	
O domicílio possui: 1 () água encanada 2 () luz elétrica 3 () geladeira 4 () TV 5 () som/rádio 6 () máquina de lavar roupa 7 () lava-louças 10 () telefone 11 () computador 12 () micro-ondas 13 () freezer	Têm empregados domésticos: 1 () sim Quantos: _____ 2 () não

Entrevistador: _____

ANEXO B - Questionário Individual

UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE
NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA
PROJETO: SAÚDE

Setor Censitário:

Subdistrito:

Nº de ordem:

Data: / /

Hora de início: : h

1. Nº do domicílio:

2. Nº do morador:

3. Bairro:

I - INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1. Sexo: 1 () Feminino 2 () Masculino	2. Idade: ___ anos	3. Tem filhos? 1 () sim 2 () não Quantos filhos: _____
4. Situação conjugal: 1 () Casado(a) 4 () Viúvo/a 2 () União livre 5 () Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a) 3 () Solteiro/a 9 () Outras - Especifique: _____		5. Qual sua religião? 9 () não sabe 1 () Católica 2 () Protestante 3 () Candomblé 4 () Espírita 5 () Umbanda 6 () sem religião
6. Na escola, qual a última série / grau que concluiu com aprovação () Nunca foi à escola () Lê e escreve um bilhete simples e entende o que lê () Iº grau () IIº grau () Superior		<input type="text"/>
7. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? 1 () branca 2 () amarela (oriental) 3 () parda 4 () origem indígena 5 () preta 9 () não sabe		Classificação (do entrevistador) da cor da pele (do entrevistado) ()
8. Nasceu em (cidade): _____		UF: _____
9. Há quanto tempo (em anos) vive em Feira de Santana (sem interrupções)? ___ anos ___ meses		

II - TRABALHO PROFISSIONAL

1. Está trabalhando atualmente? 1 () Sim 2 () Não	2. Com que idade começou a trabalhar? _____ anos 8 () não se aplica
--	---

3. HISTÓRIA OCUPACIONAL

Por favor, informe sobre os empregos/trabalhos que você teve nos últimos 12 meses, começando pelo atual:

Emprego/Atividade	Período		Setor	Carteira assinada?	Sofreu algum acidente de trabalho?	1. regular 2. temporário 3. sazonal
	2. Inicial;	3. Final				
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

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

7. Outros serviços (especificar)

<p>4. 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() Sempre foi dona-de-casasigla para bloco III</p> <p>4() Aposentado 8() Outros. Especificar:</p> <p>_____</p>	<p>5. Se estiver desempregado, quanto tempo está desem-pregado?</p> <p>_____ anos _____ meses</p>
<p>6. Qual sua ocupação principal (aquela na qual você usa a maior parte do seu tempo)? _____</p> <p>7. Qual o tipo de vínculo que você tem nesta ocupação?</p> <p>1() Biscateiro (sigla para questão 9) 5() Empregado doméstico sigla para questão 9</p> <p>2() Autônomo (sigla para questão 9) 6() Funcionário público</p> <p>3() Assalariado com comissão 7() Profissional liberal</p> <p>4() Assalariado sem comissão 8() Empregador/empresário</p> <p>10. Outro (especificar): _____</p>	
<p>8. Seu turno de trabalho é:</p> <p>1() Diurno fixo 3() Diurno e noturno (escala alternante)</p> <p>2() Noturno fixo 4() Revezamento de turnos (alternantes)</p> <p>6() Outros. Especifique:</p> <p>_____</p> <p>9. Quantos dias você trabalha por semana? _____ dia(s)</p> <p>10. Quantas horas por dia você trabalha? _____: _____ horas</p> <p>11. A empresa onde você trabalha é a mesma que lhe paga?</p> <p>1() sim 2() não 9() não sabe</p> <p>12. Em que tipo de lugar você trabalha?</p> <p>1() empresa 4() Em sua própria casa</p> <p>2() repartição pública 5() Na casa de outra pessoa</p> <p>3() na rua 6() Outro:</p> <p>_____</p>	<p>12. Quanto tempo você leva para chegar ao trabalho?</p> <p>_____ : _____ h</p> <p>13. Além desta ocupação, você tem outra atividade regular que lhe dê rendimentos?</p> <p>1() sim 2() não</p> <p>14. Que tipo de atividade? _____</p> <p>15. Carga horária semanal nesta atividade:</p> <p>_____ : _____ h</p> <p>12. Quanto você ganha (por mês) em média?</p> <p>R\$ _____</p>

III - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO (em relação à OCUPAÇÃO PRINCIPAL)

Gostaríamos de saber agora sobre algumas características de seu trabalho atual. Abaixo estão colocadas algumas frases e gostaríamos que, para cada uma delas, você indicasse o seu grau de concordância ou discordância com que está sendo dito.

* Controle sobre o trabalho	
<p>Seu trabalho lhe possibilita aprender novas coisas.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo</p> <p>3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>	<p>Seu trabalho é repetitivo.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo</p> <p>3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>Seu trabalho exige um alto nível de habilidade.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo</p> <p>3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>	<p>Seu trabalho requer que eu seja criativo.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo</p> <p>3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>Em seu trabalho, você é encarregado de fazer muitas tarefas diferentes.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo</p> <p>3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>	<p>No seu trabalho, você tem oportunidade de desenvolver habilidades especiais.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo</p> <p>3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>Seu trabalho lhe permite tomar decisões sobre as tarefas que você realiza (como fazer, a que tempo fazer etc).</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo</p>	<p>Você é capaz de dar opinião sobre o que acontece no seu trabalho.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo</p>

3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
Em seu trabalho, você tem pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas.			
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
* Autoridade de decisão no nível macro			
Há possibilidade de suas idéias serem consideradas na elaboração das políticas adotadas na empresa (contratação, nível salarial, demissão, compra de novos equipamentos etc.)		Seu trabalho inclui supervisão de outras pessoas.	
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	1 () Discordo fortemente	2 () Discordo
3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
* Demandas psicológicas			
Seu trabalho é realizado sob ritmo acelerado.		Suas atividades incluem trabalho pesado.	
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	1 () Discordo fortemente	2 () Discordo
3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
Você é solicitado a realizar um volume excessivo de trabalho.		O tempo para realização das suas tarefas é suficiente para concluí-las.	
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	1 () Discordo fortemente	2 () Discordo
3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
Em seu trabalho, você está livre de demandas conflitantes.		Seu trabalho é frenético.	
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	1 () Discordo fortemente	2 () Discordo
3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
Suas tarefas, muitas vezes, são interrompidas antes que você possa concluí-las, adiando para mais tarde a sua conclusão.		Seu trabalho exige longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa.	
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	1 () Discordo fortemente	2 () Discordo
3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
Esperar pelo trabalho de outras pessoas, muitas vezes, torna mais lento o ritmo do seu trabalho.			
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
* Demandas físicas do trabalho			
Seu trabalho exige atividade física rápida e contínua.		Seu trabalho exige muito esforço físico.	
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	1 () Discordo fortemente	2 () Discordo
3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
Seu trabalho exige, por longos períodos, que você mantenha sua cabeça e seus braços em posições fisicamente inadequadas e incômodas.		Muitas vezes, seu trabalho exige que você mantenha seu corpo, por longos períodos, em posições fisicamente inadequadas e incômodas.	
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	1 () Discordo fortemente	2 () Discordo
3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
Você muitas vezes é solicitado, durante sua jornada de trabalho, a mover ou levantar cargas pesadas.			
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
* Suporte social proveniente do supervisor			
Seu supervisor preocupa-se com o bem-estar da sua equipe de trabalho.		8 () não possui supervisor/a	
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	1 () Discordo fortemente	2 () Discordo
3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente
Você está exposto/a à situações de hostilidade e conflito com seu supervisor.		Seu supervisor colabora com você na realização do seu trabalho.	
1 () Discordo fortemente	2 () Discordo	1 () Discordo fortemente	2 () Discordo
3 () Concordo	4 () Concordo fortemente	3 () Concordo	4 () Concordo fortemente

Seu supervisor é bem sucedido em promover o trabalho em equipe. 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	
* Suporte social proveniente do colega de trabalho 8 () Trabalho sozinho	
As pessoas com quem você trabalha são competentes em fazer suas atividades. 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	As pessoas com quem você trabalha interessam-se pelo que acontece com você. 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Você está exposto/a a hostilidade e conflitos com as pessoas com quem você trabalha. 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	As pessoas no seu trabalho são amigáveis. 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
As pessoas com quem você trabalha são dispostas a cola-borar, umas com as outras, na realização das atividades. 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	As pessoas com quem você trabalha encorajam umas às outras a trabalharem juntas. 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
* Insegurança relativa à situação de trabalho	
Meu trabalho é estável (a segurança é relativamente boa). 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	Em 5 anos, minhas habilidades ainda serão valiosas. 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
* Autoridade de decisão no nível macro 8 () Trabalho sozinho	
Quantas pessoas estão em seu grupo de trabalho ou setor/ unidade? 2 () 2 a 5 pessoas 3 () 6 a 10 pessoas 4 () 10 a 20 pessoas 5 () 20 ou mais pessoas	Você tem influência significativa sobre as decisões em seu grupo de trabalho. 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente
Seu grupo de trabalho ou unidade toma decisões democraticamente. 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	Você é um membro do sindicato ou da associação de empregados. 1 () sim 2 () não
Sua opinião ou da associação de empregados tem influência sobre a política da empresa. 8 () Não sou um membro da associação 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente	Você tem influência sobre as políticas do sindicato ou associação de empregados. 8 () Não sou um membro da associação 1 () Discordo fortemente 2 () Discordo 3 () Concordo 4 () Concordo fortemente

IV- SAÚDE REPRODUTIVA									
Idade na 1ª relação sexual	Nº de gestações	Nº de partos	Último parto			Nº de filhos N. V.	Nº de abortos	Uso de M.A.C. () Tipo ()	Climatério
			Normal	Cesárea	Fórceps				

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

2. Gravidez atual: 1()sim 2()não

3. Há outra pessoa grávida residente na casa? 1()sim Idade: ___ ___ anos 2()não

V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS

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

	1 Não	2 Sim, a < parte	3 Sim, divide igualmente	4 Sim, a maior parte	5 Sim, inteiramente	8 sem crianças pequenas
1. Cuidar das crianças ?						
2. Cuidar da limpeza?						
3. Cozinhar ?						
4. Lavar roupa ?						
5. Passar roupa ?						

<p>6. Você recebe algum tipo de ajuda para a realização dos trabalhos da casa? 1() sim 2() não 3() não faz tarefas domésticas</p> <p>De quem você recebe ajuda? 1() Ninguém 4() Esposa/ companheira 2() Empregada 5() Outra mulher (mãe/irmã/filha/vizinha) 3() Marido/ companheiro 6() Outro homem (pai/irmão/filho/vizinho)</p>	<p>7. Quais os dias da semana que você realiza trabalhos da casa? 1() Todos os dias 8() não faz 2() de segunda a sexta 3() Nos finais de semana 4() Somente aos sábados 5() Somente aos domingos</p>
--	--

VI - ATIVIDADES DE LAZER

1. Você participa de atividades de lazer?

1() sim 2() não **siga para questão 4**

<p>2. Qual o tipo de atividade? 8() não participa</p> <p><u>Atividades sócio-culturais:</u> 1() jogos* 2() cinema/teatro 3() festa 4() seresta 5() barzinho 6() praia/piscina 7() visita a amigos</p> <p><u>Atividades físicas:</u> 10() ginástica 11() caminhada 12() futebol/volei 13() natação 14() hidroginástica Outros: _____</p>	<p>3. Qual a frequência semanal das atividades de lazer realizadas? ___ ___ vezes</p> <p>4. Você participa de algum: 8() não participa 1() Movimento comunitário 5() Clube 2() Academia 6() Grupo religioso 3() Centro de Convivência 4() Centro Comunitário</p>
--	---

5. Qual a principal razão para sua participação em atividades de lazer? (Pode ser assinalado mais de uma resposta)

- 1() É obrigado 5() Por necessidade humana de convívio social
2() Para encontrar amigos 6() Para adquirir conhecimentos e habilidades
3() Para praticar esportes 7() Namorar
4() Divertir-se/ recrear-se) 9() não sabe

Outra _____

6. As atividades de lazer ajudam sua convivência com outras pessoas?

1() sim 2() não

7. Quantas horas você tem livre para se divertir ou descansar durante a semana?

___ ___ horas

8. Em relação ao esforço físico, como classificaria suas atividades de lazer?

- 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)

Jogos: baralho, dominó, dama etc.

VII - PADRÕES DE SONO

Durante as ÚTIMAS QUATRO SEMANAS, com que frequência você tem tido alguns desses problemas relacionados ao sono?

1. Dificuldade para pegar no sono. 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia	5. Cai no sono facilmente a qualquer hora durante o dia 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia
2. Acorda no meio da noite e sente dificuldade para voltar a dormir. 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia	6. Acorda muitas vezes, mas freqüentemente volta a dormir. 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia
3. Tem ataques de sono durante o dia (períodos repentinos de sono que você não pode resistir). 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia	7. Precisa de muito mais tempo do que os outros para acordar pela manhã. 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia
4. Tem dormido menos do que o habitual porque tem trabalho. 1() nunca 2() raramente 3() algumas vezes 4() freqüentemente 5() quase todo dia	

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

IX - USO DE MEDICAMENTOS

1. Em relação a remédio calmante ou para dormir (por ex. diazepam, valium, lexotan, olcakil, nitrazepam, rivotril), você: 1() usa 2() costumava usar 3()nunca usou 9() não sabe	2. Você fazia uso do remédio ou calmante: 0() nunca usou 2() às vezes 1() raramente 3() freqüentemente
3. Quantas vezes no último mês você usou algum remédio calmante ou para dormir? 0() não usou 3() usou de 10 a 20 vezes 1() usou de 1 a 2 vezes 4() usei mais de 20 vezes 2() usou 3 a 9 vezes 5() não sabe	4. O remédio usado foi indicado por: 1() familiares 0() não usou 2() amigos 3() você próprio 4() vendedor da farmácia 5() médico através de receita

X - USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Responda as questões abaixo, assinalando a melhor alternativa.

1. Você consome bebidas alcoólicas atualmente? 1 () sim siga para questão 6 2 () não	2. Você já foi consumidor de bebidas alcoólicas? 1 () sim 2 () não siga para bloco XI
3. Com que frequência você bebia? 1 () raramente 3 () 2 a 3 dias/semana 2 () um dia/semana 4 () todo dia	9. Já perdeu ou chegou atrasado no trabalho, escola, ou em outra atividade por causa da bebida ou ressaca? 1 () sim 2 () não () não sabe
4. Há quanto tempo parou de beber? ____ anos ____ meses	10. Você já se desentendeu ou discutiu com pessoas por você beber ou ter bebido muito? 1 () sim 2 () não () não sabe
5. Por quanto tempo você bebeu? ____ anos ____ meses siga para bloco XI	
6. Você bebe... 1 () raramente 3 () 2 a 3 dias/semana 2 () um dia/semana 4 () todo dia/quase todo dia	11. Você já dirigiu um carro ou moto após ter bebido bastante? 1 () sim 2 () não () não sabe
7. Você considera este consumo exagerado? 1 () sim 2 () não () não sabe	
8. Já esteve alto ou de ressaca por causa de bebidas alcoólicas? 1 () sim 2 () não () não sabe	12. Algum familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se mostrou preocupado com seu consumo de bebida alcoólica ou sugeriu que você reduzisse esse consumo? 1 () sim 2 () não () não sabe

XI - HÁBITO DE FUMAR

1. Você fuma atualmente 1 () sim siga para questão 6 2 () não	5. Quantos cigarros você fumava por dia? _____ cigarros
2. Você já foi fumante? 1 () sim 2 () não siga para Bloco XII () não sabe	6. Há quanto tempo você fuma? ____ anos ____ meses
3. Há quanto tempo parou? ____ anos ____ meses	7. Quantos cigarros você fuma em média por dia? _____ cigarros
4. Por quanto tempo você fumou? ____ anos ____ meses	

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:

__ __ Anote o número de vezes 00=Não aconteceu 99=Não sabe / Não respondeu

1. Alguém lhe roubou alguma coisa à mão armada nos últimos 24 meses? ____ . ____
2. Você sofreu alguma agressão nos últimos 24 meses? ____ . ____
3. Você foi ferido com uma faca ou outra arma branca nos últimos 24 meses? ____ . ____
4. Você foi ferido com uma arma de fogo (revólver, pistola, escopeta etc.) nos últimos 24 meses? ____ . ____
5. Você sofreu algum acidente de trânsito nos últimos 24 meses? ____ . ____

Entrevistador: _____

Duração da aplicação: __ __ : __ __ h

ANEXO C - Documento do CEP do Hospital São Rafael