

Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres

Association between housework overload and common mental disorders in women

Resumo

Introdução: Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) acometem mais frequentemente as mulheres. A baixa gratificação e a falta de visibilidade na realização do trabalho doméstico constituem quadro determinante para esse adoecimento psíquico. **Objetivos:** Avaliar a associação entre sobrecarga doméstica e a ocorrência de transtornos mentais comuns em mulheres da zona urbana do município de Feira de Santana - BA. **Metodologia:** Estudo epidemiológico de corte transversal incluindo 2.057 mulheres com 15 anos ou mais de idade, 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 transtornos mentais comuns foram avaliados através do SRQ-20. **Resultados:** Mulheres com alta sobrecarga doméstica apresentaram prevalência de TMC mais elevada do que as mulheres com baixa sobrecarga: 45,6% contra 36,2%. A análise de regressão logística múltipla confirmou associação entre sobrecarga doméstica e TMC (RP: 1,23; IC95%: 1,05 – 1,44), ajustada pelas variáveis renda, escolaridade e atividades de lazer. **Conclusão:** Os achados sustentam a hipótese de que o trabalho doméstico, em elevada sobrecarga, está associado a transtornos mentais.

Palavras-chave: Trabalho doméstico. Sobrecarga doméstica. Mulher. Transtorno mental comum. Saúde mental. SRQ-20.

Paloma de Sousa Pinho^I

Tânia Maria de Araújo^{II}

^I Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

^{II} Universidade Estadual de Feira de Santana

Financiamento: FAPESB - ET 71/ 2004 / Processo n. 1431040053314

Correspondência: Tânia Maria de Araújo. Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia, Km 03 - Br 116 - Campus Universitário, CEP 44031-460 Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: paloma@ufbr.br

Abstract

Introduction: Common mental disorders (CMD) are more frequent in women. Low reward and lack of visibility in performing housework are the determining factors for these psychological illnesses. **Objectives:** To evaluate the association between housework overload and the occurrence of common mental disorders in women living in the urban zone of the municipality of Feira de Santana, Bahia. **Methods:** cross-sectional epidemiological study that included 2,057 women aged 15 years or over selected by random sampling in clusters. The housework overload indicator was created from the domestic activities of washing, ironing, cleaning and cooking, weighted according to the number of individuals living in the home. The common mental disorders were assessed using SRQ-20. **Results:** Women with a high housework overload had a higher prevalence of CMD than women with a low overload (45.6% versus 36.2%). Multiple logistic regression analysis confirmed the association between housework overload and CMD (PR: 1.23; 95% CI: 1.05 – 1.44), adjusted for income, level of schooling and leisure activities. **Conclusion:** The findings support the hypothesis that high housework overload is associated with mental disorders.

Keywords: Housework. Housework overload. Woman. Common mental disorders. Mental health. SRQ-20.

Introdução

A literatura aponta aumento da morbidade psíquica entre as mais diversas populações e, entre as doenças mentais, os Transtornos Mentais Comuns (TMC) vêm se destacando, principalmente entre as mulheres. Os Transtornos Mentais Comuns são caracterizados por sintomas como fadiga, esquecimento, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, dores de cabeça e queixas psicossomáticas¹. Esses transtornos alteram o funcionamento normal dos indivíduos, prejudicando seu desempenho na vida familiar, social, pessoal e no trabalho².

As mulheres têm apresentado consideravelmente mais sintomas de angústia psicológica e desordens depressivas do que os homens³⁻⁶. Os transtornos mais frequentes entre as mulheres são aqueles relacionados aos sintomas de ansiedade, humor depressivo, insônia, anorexia nervosa e sintomas psicofisiológicos; enquanto os homens apresentam maiores taxas de distúrbios de conduta, tais como comportamento antissocial, uso de drogas e abuso de álcool.

A inserção feminina no mercado produtivo, ao contrário dos homens, é limitada por responsabilidades domésticas e familiares, tendo o emprego que ser adaptado às suas outras funções⁷. 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.

Estudos para a identificação das atividades realizadas no ambiente domiciliar começaram a ser feitos a partir das décadas de 70 e 80, com o intuito de se caracterizar o volume de trabalho doméstico, principalmente das mulheres⁸. Nesse período, o movimento feminista, por sua vez, fortalecido como movimento social, forjou a discussão sobre a inserção da mulher nos processos de reprodução, dando visibilidade ao seu papel social. Assim, o trabalho doméstico, até então considerado como algo “naturalizado”, passa a ser compreendido como decorrente

de um processo de qualificação produzido no âmbito privado. Contesta-se, nesse debate, o estatuto dos afazeres domésticos como inatividade econômica e como atribuição e responsabilidade exclusiva das mulheres, uma sobrecarga inevitável⁹. Neste sentido, são também discutidos os pilares de sustentação da divisão sexual do trabalho, por meio da qual se destina ao homem o trabalho produtivo, em que se recebe salário, e à mulher o trabalho reprodutivo, cuja função econômica é omitida.

O debate efervescente nas décadas de 70/80 praticamente se manteve ausente da produção científica dos anos 90 e, apesar de estar sendo retomado em anos recentes, é ainda pouco estudado, especialmente no que se refere às repercussões na saúde das mulheres – que permanecem as principais responsáveis pelo trabalho doméstico¹⁰.

Dentre os estudos sobre a relação entre trabalho doméstico e profissional e saúde mental, destacam-se os estudos na literatura^{3,11}. Em estudo comparando mulheres empregadas e donas-de-casa observou-se que fatores distintos produziam adoecimento psíquico e recompensa entre esses dois tipos de ocupação, embora ambos os grupos experimentassem, em média, níveis similares de sintomas depressivos¹¹.

Dentre os aspectos referentes ao trabalho doméstico associado a sintomas depressivos, ansiosos ou psicossomáticos destacaram-se a rotinização das tarefas, a desvalorização e interrupções constantes das mesmas¹².

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

A avaliação dos transtornos mentais entre as mulheres é importante para o seu adequado dimensionamento e a compreensão dos fatores associados à sua ocorrência, com foco no trabalho doméstico.

Este estudo objetivou avaliar a associação entre sobrecarga doméstica e a ocorrência de transtornos mentais comuns em mulheres residentes em áreas urbanas na Bahia, Brasil. O diagnóstico proveniente dessa avaliação poderá fornecer informações relevantes para nortear as políticas de intervenção em saúde mental, contribuindo para diminuir ou prevenir tais agravos, além de dar visibilidade aos fatores que, no trabalho doméstico, podem contribuir para o adoecimento psíquico das mulheres.

Materiais e métodos

Um estudo epidemiológico de corte transversal foi conduzido na zona urbana do município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, incluindo uma amostra representativa da população feminina, com 15 anos ou mais de idade, selecionada através de amostragem aleatória por conglomerado, estratificada por subdistrito.

Feira de Santana está subdividida em cinco subdistritos; e cada subdistrito encontra-se dividido em setores censitários que incluem agrupamentos de ruas. Inicialmente foi realizado um levantamento dos dados populacionais de cada subdistrito e a delimitação geográfica de cada área¹³. Em seguida, por procedimento aleatório, foi feita a seleção dos setores censitários em cada subdistrito. Em cada setor censitário selecionaram-se as ruas. Todos os domicílios das ruas sorteadas foram visitados e todas as mulheres com 15 anos ou mais de idade foram consideradas elegíveis para o estudo.

Para cálculo do tamanho da amostra assumiu-se a prevalência estimada de transtornos mentais de 24% na literatura¹⁴, erro amostral de 3%, com 95% de confiança. A partir destes 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 = 1.548). Admitindo-se recusas e perdas em torno de 20%, definiu-se n amostral de 1.857 mulheres. No entanto, 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 assumiram-se os seguintes 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-se a um n amostral de 1.086 mulheres.

Para o estudo da sobrecarga doméstica e saúde mental, foram avaliadas todas as 2.057 mulheres residentes nos 1.479 domicílios selecionados para o estudo dos cinco subdistritos da zona urbana de Feira de Santana. A taxa de resposta obtida foi de 72%.

Na coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: ficha domiciliar (incluindo informações gerais sobre o domicílio) e questionário individual (contendo informações sociodemográficas, condições de vida, trabalho doméstico, trabalho profissional e saúde mental).

A sobrecarga doméstica (variável independente) foi avaliada a partir do somatório das tarefas domésticas básicas (lavar, passar, limpar, cozinhar), ponderado pelo número de moradores, exceto a própria entrevistada, através da fórmula: $SD = (\Sigma \text{lavar} + \text{passar} + \text{limpar} + \text{cozinhar}) \times (M-1)^{15}$.

A variável sobrecarga doméstica foi analisada, inicialmente, em tercis: alta, média e baixa sobrecarga. Em seguida, foi dicotomizada em alta sobrecarga doméstica e baixa sobrecarga doméstica (incluiu mulheres que não realizavam atividades domésticas ou as que as realizavam moderadamente).

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) (variável dependente) foram avaliados utilizando-se o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). O SRQ-20 é um instrumento recomendado pela OMS¹⁶⁾ para uso em países em desenvolvimento e tem se mostrado eficaz no rastreamento e detecção de transtornos mentais comuns.

Um estudo de validação do SRQ-20 foi conduzido na população deste estudo, encontrando-se o ponto de corte de melhor

desempenho para as mulheres em 7 ou mais respostas positivas, que apresentou sensibilidade de 68,0% e especificidade de 70,7%. 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.

As covariáveis analisadas foram: características sociodemográficas (bairro, idade, escolaridade, migração, cor da pele/raça, situação conjugal), trabalho profissional (ocupação e realização de dupla jornada de trabalho) e condições de vida (renda, chefia de família, atividades de lazer, condições de moradia, infraestrutura e posse de bens duráveis).

A variável condição de moradia foi avaliada através do indicador que incluiu quantidade de cômodos da casa, quantidade de cômodos usados como dormitório e número de pessoas por domicílio. A infraestrutura foi estudada considerando-se acesso a água encanada e luz elétrica e posse de bens duráveis segundo o indicador construído a partir do somatório da posse de som, rádio, TV, geladeira e máquina de lavar. Esses indicadores foram agrupados segundo tercis nas categorias: boa, média e precária.

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

Na análise foi feita, inicialmente, a caracterização da população estudada. Em seguida, realizou-se análise estratificada para identificar possíveis modificadores de efeito e confundidores. 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, pois este método é apropriado para

encontrar o modelo mais adequado, parcimonioso e biologicamente razoável para descrever as relações entre uma variável dependente e um conjunto de variáveis independentes¹⁷.

A ARLM foi conduzida segundo os procedimentos recomendados na literatura¹⁸, e incluiu as seguintes etapas:

- Seleção das variáveis a partir dos objetivos do estudo e revisão de literatura;
- Verificação de pressupostos do modelo;
- Pré-seleção das variáveis para inclusão na análise através do teste de razão de verossimilhança, adotando valor de $p > 0,25$;
- Análise de modificação de efeito, com introdução dos termos produtos, usando-se o teste de máxima verossimilhança para comparar o modelo completo;
- 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;
- A ARLM propriamente dita, utilizando procedimento *backward*, adotando o critério de significância de $p < 0,10$ para permanência no modelo final.

Considerando que a prevalência de TMC na população investigada foi elevada, distanciando-se dos parâmetros estimados para OR (odds ratio), procedeu-se ao cálculo das estimativas de RP (razões de prevalência) e de seus respectivos intervalos de confiança de 95%, utilizando-se os procedimentos do método Delta.

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).

Resultados

Entre as mulheres estudadas ($N = 2.057$), predominaram as mais jovens, de 15 a 30 anos de idade (44,0%), as casadas ou em

união estável (46,7%), baixo nível de escolaridade (13,0% eram analfabetas e 44,2% tinham apenas o ensino fundamental) e baixa renda (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 30% referiram trabalhar. Destas, 67,6% tinham vínculo de trabalho informal (portanto, sem qualquer tipo de seguridade social ou direito trabalhista). Aproximadamente 90,0% realizavam trabalho doméstico todos os dias; um percentual expressivo das mulheres não mantinha atividade regular de lazer (45,1%).

Avaliação da sobrecarga doméstica entre as mulheres

Alta sobrecarga doméstica foi observada para 34,3% das mulheres (Tabela 1).

A sobrecarga doméstica alta foi expressivamente maior entre as mulheres 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 1).

A sobrecarga doméstica aumentou com a precarização das condições de moradia: entre 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 doméstica contra 51,5% das mulheres com alta sobrecarga de trabalho. Entre as mulheres residentes em domicílios com infraestrutura média/precária, 43,8% referiram ter alta sobrecarga doméstica contra 32,9% entre aquelas com boa infraestrutura.

Também se observou relação linear entre rendimento próprio no último mês

Tabela 1 – Distribuição da sobrecarga doméstica segundo características sociodemográficas e condições de vida das mulheres. Feira de Santana, 2002.

Table 1 – Distribution of housework overload according to sociodemographic characteristics and living conditions among women. Feira de Santana, 2002.

Características	Sobrecarga Doméstica					
	Baixa		Média		Alta	
	N	%	n	%	n	%
Sobrecarga doméstica	682	33,3	663	32,4	701	34,3
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 anos mais	303	40,0	229	30,2	226	29,8
Escolaridade						
Analfabeta	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 estável	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
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/Precária	77	28,3	77	27,9	119	43,8
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 salário mínimo*	25	16,3	54	35,3	74	48,4
De ½ a 1 salário mínimo	126	39,3	97	30,2	98	30,5
Mais de 1 salário mínimo	161	46,7	111	32,2	73	21,2
Lazer						
Sim	410	36,6	391	34,9	320	28,5
Não	271	29,3	272	29,4	381	41,2

* Salário Mínimo (R\$ 200,00) / * Minimum Wage (R\$ 200.00)

e a sobrecarga doméstica: quanto menor a renda, maior a sobrecarga doméstica. Para aquelas que recebiam até ½ salário mínimo, 48,4% tinham alta sobrecarga, esse percentual caiu para 21,2% quando as mulheres recebiam mais de um salário mínimo por mês.

A realização de atividade de lazer foi inversamente proporcional à sobrecarga doméstica: entre as mulheres que mantinham regularmente atividades de lazer, 36,6% tinham baixa sobrecarga, contra 28,5% entre aquelas que não realizavam qualquer atividade. A situação se inverteu quando se considerou as mulheres sem atividades regulares de lazer: 29,2% entre aquelas com baixa sobrecarga e 41,2% entre as mulheres com alta sobrecarga, revelando comprometimento das atividades de lazer na medida

em que se eleva as responsabilidades com os afazeres domésticos.

Como esperado, o fato de ter empregada doméstica diminuiu a sobrecarga doméstica: 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% (Tabela 2). Observou-se coerência entre alta sobrecarga doméstica e o fato de receber ou não apoio para desenvolver as atividades e os dias que disponibiliza para desenvolvê-las: 45,5% das mulheres que não recebiam qualquer apoio referiram alta sobrecarga contra 32,7% entre aquelas que recebiam algum tipo de apoio; entre as mulheres que realizavam atividades domésticas todos os dias esse percentual chegou a 39,0% contra 13,7% entre aquelas

Tabela 2 – Distribuição da sobrecarga doméstica segundo características do trabalho doméstico e profissional entre as mulheres. Feira de Santana, 2002.

Table 2 – Distribution of housework overload according to characteristics of domestic and professional work among women. Feira de Santana, 2002.

Características do Trabalho Doméstico	Sobrecarga Doméstica					
	Baixa		Média		Alta	
	n	%	n	%	n	%
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
Dias da semana em 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
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*	267	48,9	167	30,6	112	20,5

* estudante, aposentada, afastada por motivo de doença ou vivendo de rendas

* student, retired, not working due to illness or living on income

que só realizavam essas atividades nos finais de semana.

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

Quando avaliamos a sobrecarga doméstica segundo a ocupação, confirmou-se o dado anteriormente observado, pois entre as donas-de-casa, 49,1% apresentaram alta sobrecarga doméstica, contra 39,9% para as desempregadas e 30,4% para as trabalhadoras.

Associação entre Sobrecarga Doméstica e Transtornos Mentais Comuns

Observou-se associação positiva linear estatisticamente significativa entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns ($\chi^2 = 15,909$; $p < 0,0001$): quando aumentava a sobrecarga doméstica, aumentava a prevalência de TMC.

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). No entanto, algumas características das condições de vida, do trabalho doméstico e do trabalho profissional apresentaram interação estatística.

Dentre as variáveis analisadas referente às condições de vida, apenas posse de bens duráveis foi modificador de efeito da associação principal investigada (Tabela 3).

Algumas características do trabalho doméstico acentuaram o efeito da sobrecarga doméstica sobre os transtornos mentais: não receber ajuda na realização das tarefas domésticas e realizar essas atividades de segunda a sexta ou todos os dias, sendo modificadores de efeito da associação principal (Tabela 4).

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

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, realização de atividades domésticas de 5 a 7 dias por semana e tipo de ocupação.

Desta forma, após se afastar a possibilidade de interação, as demais variáveis foram analisadas para presença de confundimento na associação principal. Foram confirmados como potenciais confundidores: escolaridade, lazer, renda, serviço doméstico remunerado e presença de filhos (Tabela 5).

O ajuste por escolaridade, lazer, renda, serviço doméstico remunerado e ter filhos, co-variáveis identificadas como

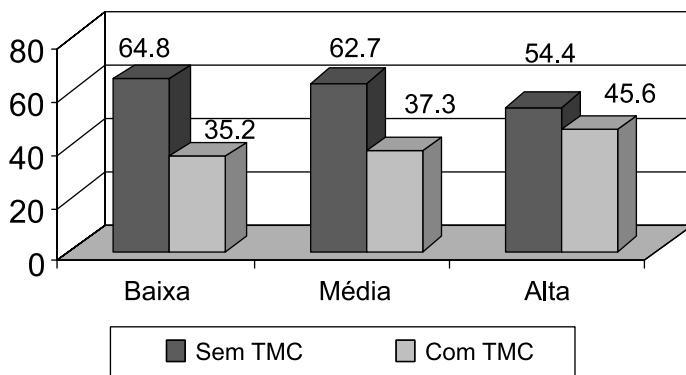


Gráfico 1 – Prevalência (%) de TMC segundo sobrecarga doméstica entre as mulheres, Feira de Santana, 2002.

Graphic 1 – Prevalence (%) of CMD according to housework overload among women, Feira de Santana, 2002.

Tabela 3 – Análise estratificada para avaliação de modificadores de efeito para a associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo condições de vida. Feira de Santana, 2002.

Table 3 – Stratified analysis to assess effect modifiers for the association between housework overload and common mental disorders according to living conditions. Feira de Santana, 2002.

Co-variável	N	RP	IC (95%)
Não ajustada	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 salário mínimo**	476	1,23	1,03-1,48
Mais de 1 salário mínimo	347	1,30	0,88-1,91

* Interação estatística / * Statistical interaction

** salário mínimo US\$ 87,00 / *** minimum wage of US\$87.00

[#] Ampliada (boa/média)/Básica (precária) / [#] Expanded (good/average)/Basic (precarious)

Tabela 4 – Análise estratificada da associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo características do trabalho doméstico e trabalho profissional. Feira de Santana, 2002.

Table 4 – Stratified analysis on the association between housework overload and common mental disorders according to characteristics of domestic and professional work. Feira de Santana, 2002.

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

* Interação estatística / * Statistical interaction

Tabela 5 – Sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns segundo co-variáveis confundidoras e seus respectivos ajustamentos. Feira de Santana, 2002.

Table 5 – Housework overload and common mental disorders according to confounding covariables and adjustments. Feira de Santana, 2002.

Co- variáveis	Sadios (sem TMC)		Não expostos (baixa/média sobrecarga)		RP ajustada	IC (95%)
	RP	IC (95%)	RP	IC (95%)		
Escolaridade*	1,32	1,18-1,48	1,89	1,61-2,21	1,56	1,41-1,71
Lazer*	1,36	1,18-1,57	1,54	1,34-1,77	1,45	1,31-1,60
Renda*	1,36	1,13-1,62	1,79	1,41-2,27	1,56	1,34-1,81
Serviço doméstico remunerado*	1,13	1,08-1,19	1,22	1,00-1,49	1,15	1,08-1,23
Ter filhos*	1,29	1,19-1,41	1,55	1,31-1,82	1,39	1,28-1,50
Idade	0,98	0,87-1,10	1,42	1,22-1,65	--	--
Situação conjugal	0,76	0,67-0,87	0,86	0,74-1,00	--	--
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	--	--

* Presença de confundimento / * Presence of confounding factor

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 5).

A análise de 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 covariável 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. A associação principal investigada se manteve em níveis estatisticamente significantes, mesmo após ajustamento por todas as covariáveis confundidoras (Tabela 5).

Posteriormente procedeu-se ao cálculo das razões de prevalência (RP) das variáveis do modelo. No final, a análise revelou que as mulheres expostas a 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 6).

Tabela 6 - Razões de prevalência ajustada, intervalos de confiança (95%) e valor *p* para associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns (TMC) e para as co-variáveis confundidoras. Feira de Santana, 2002.

Table 6 – Adjusted prevalence ratios, confidence intervals (95%) and *p* value for the association between housework overload and common mental disorders (TMC), and for confounding covariables. Feira de Santana, 2002.

Variável	RP	IC	valor <i>p</i>
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

A medida de associação 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.

Obtido o modelo final, analisou-se a sua adequação aos dados. A bondade do ajuste do modelo foi analisada através do teste de Hosmer e Lemeshow, Curva ROC e análise dos padrões das covariáveis.

A hipótese de que o modelo não se adequava aos dados foi rejeitada (o teste de Hosmer e Lemeshow revelou $p = 0,497$). A Curva ROC revelou uma área = 0,697.

Desta forma, o modelo obtido revelou estar bem ajustado aos dados. Em seguida foi feita análise do padrão das covariáveis, avaliando-se se as observações extremas encontradas eram influentes. A comparação dos modelos com e sem as observações demonstrou pouca influência, não havendo mudança significativa nos coeficientes obtidos. Portanto, o modelo se revelou adequadamente adaptado aos dados.

Discussão

A presente investigação revelou elevada prevalência global de TMC entre as mulheres (proporção aproximada de 4 mulheres acometidas para cada 10 mulheres estudadas), o que revela um grave problema de saúde na população estudada, principalmente quando comparada à estimativa da Organização Mundial de Saúde (2000), que refere uma prevalência média de 24% na população. Outros estudos brasileiros também encontraram altas prevalências de transtornos mentais entre as mulheres, variando de 24,9% a 45,0%^{4,10,19-22}. Da mesma forma, internacionalmente, as prevalências variaram de 27,0% em Santiago (Chile) a 18,0% na Grã Bretanha²³. Tais dados sinalizam que as mulheres necessitam de atenção especial no que se refere à promoção e proteção de sua saúde mental, fomentando a discussão em torno da inclusão nas políticas públicas e sociais das questões relativas ao gênero.

Após a modelagem estatística, baixa escolaridade, baixa renda e ausência de atividades regulares de lazer se configuraram como potenciais confundidores na associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns. Vale destacar que o cuidado com as crianças, empiricamente considerado como um agravante para sobrecarga doméstica, nesta investigação não revelou diferenças significantes.

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 literatura¹⁴ discute essa relação e retrata que a pobreza, juntamente com fatores associados, tais como falta de serviços de saúde, baixa instrução, desemprego e desigualdades sociais, 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 revelaram que as mulheres com alta sobrecarga doméstica e que recebiam até um salário mínimo apresentaram maior prevalência de TMC quando comparadas àquelas que recebiam mais de um salário mínimo. Indivíduos de baixa renda 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; a posse de bens duráveis como geladeira, telefone, máquina de lavar e televisão ilustram as diferenças de condições de vida proporcionadas pela renda mensal²².

Na literatura²⁴, 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 em análise. O acesso à escola tem um efeito direto na saúde psicológica, pois aumenta a possibilidade de escolhas na vida e influencia a autoestima, a possibilidade de aumento da renda familiar, com consequente melhoria na qualidade de vida pessoal e familiar⁶. A principal consequência social desta situação tem sido a falta de oportunidade para as pessoas nessas situações, assim como a difícil inclusão para a melhoria da sua situação tanto educacional como social.

Os transtornos mentais comuns estavam associados à 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 sociais²⁵.

Em síntese, os achados deste estudo evidenciam associação positiva entre alta sobrecarga doméstica e os transtornos mentais.

O trabalho doméstico é uma atividade fundamental à existência humana; assim, evidencia-se a necessidade de revisá-lo enquanto uma prática social, enquanto uma forma de trabalho essencial ao processo de reprodução/produção, buscando-se formas mais saudáveis e mais igualitárias para sua realização. Isto equivale incluir, na análise do trabalho feminino, a relação entre as esferas da produção e da reprodução, já que para as mulheres, como se observou aqui, a experiência de vida implica no convívio dessas duas esferas, seja pela via do entrosamento, seja pela via do conflito/superposição de papéis⁸.

Para isso, considera-se como passo primordial torná-lo visível, desvinculado-o de sua naturalização e invisibilidade social.

Nesta direção, fica evidente também 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, pois os achados aqui obtidos apontam para a necessidade de se discutir as relações e os papéis de gênero, enfatizando a importância de mudanças culturais que modifiquem a própria divisão sexual do trabalho doméstico, redefinindo o conceito do trabalho feminino, de trabalho produtivo e de inatividade econômica.

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, no intuito de que esta realidade possa ser debatida, repensada e reconstruída.

Referências

1. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Tavistock; 1992.
2. World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).
3. Lennon MC. Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psychological disorders. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 120-7.
4. Costa JSD et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002; Falta inserir o número da revista: 164-73.

5. Ludermir AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 2001; 36: 101-7.
6. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2): 213-21.
7. Joshi HE. Changing roles of women in the British labour market and the family. In: Deane P, *Frontiers of Economic Research*, London: Macmillan; 1990. p. 101-28.
8. Bruschini C. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado? *Rev Bras Est Pop* 2006; 23: 331-53.
9. Lima SCC. *Trabalho doméstico: uma trajetória silenciosa de mulheres*. Rio de Janeiro: Virtual Científica; 2003.
10. Araújo, T.M., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C.O., Aguiar, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 424-33.
11. Lennon MC. Women, work and well-being: the importance of work conditions. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 235-47.
12. Castro MG, Lavinias L. Do feminino ao gênero: a construção de um objeto. In: Costa AO, Bruschini C. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). *Anuário estatístico de Feira de Santana*; 2000.
14. World Health Organization. The World Health Report - Mental Health: New Understanding. 1th Geneva: WHO; 2001. (WHO - Technical Report Series, 1211)
15. Aquino EML. *Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia* [tese de Doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1996.
16. Beusenbergh M, Orley JA. *Users Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. World Health Organisation, Geneva Who/MNH/PSF/1994; 94.8.
17. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley and Sons. 1989.
18. Kleinbaum D. *Logistic Regression. A Self-learning Text*. New York: Springer-Verlag; 1994.
19. Ludemir, A. B. Inserção Produtiva, Gênero e Saúde mental. *Cad Saúde Pública* 2000; 3: 647-59.
20. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; Falta inserir o número da revista: 1713-20.
21. Ludemir AB. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Bras Psiquiatr* 2005; Falta inserir o número da revista:198-204.
22. Maragno L, Goldbaum M, Ginini RJ, Novaes HMD, César CHG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 1639-48.
23. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 228-33.
24. Dejour C. *A loucura do trabalho – estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré, 1987.
25. Almeida MMG et al. Atividades de lazer entre idosos, Feira de Santana, Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública* 2005; 2: 339-52.

Recebido em: 28/07/10

Versão final apresentada em: 15/03/11

Aprovado em: 04/05/11