

Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero

Common Mental Disorders and associated factors among workers: an analysis from a gender perspective

Mary Sandra Carlotto¹, Mayte Raya Amazarray², Ítala Chinazzo³, Luanna Taborda⁴

RESUMO

O estudo teve por objetivo identificar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em trabalhadores de empresas e verificar a existência de associações entre variáveis sociodemográficas, laborais e psicossociais entre homens e mulheres. A amostra constituiu-se de 343 trabalhadores pertencentes a empresas de Porto Alegre (RS) em 2009. Os instrumentos utilizados foram o *Self Reporting Questionnaire*, conhecido como SRQ-20, e um questionário composto por questões acerca de dados demográficos e laborais. Os resultados evidenciaram que as mulheres apresentam maior prevalência de Transtornos Mentais Comuns (20,5%) em relação aos homens (10%). Na relação entre Transtornos Mentais Comuns e variáveis demográficas e laborais, de acordo com o sexo, verifica-se que mulheres cursando ensino superior e que trabalham a menos de 1 ano apresentaram mais Transtornos Mentais Comuns. Homens na faixa de idade de 50 a 62 anos apresentaram maior percentual de Transtornos Mentais Comuns. Os dados foram discutidos a partir da compreensão sobre o mercado de trabalho contemporâneo e sua interface com as relações de gênero. Os resultados apontam para a necessidade de intervenções diferenciadas nos grupos pesquisados.

Palavras-chave: transtornos mentais comuns; fatores de risco; identidade de gênero.

ABSTRACT

The study aimed to verify the prevalence and risk factors of Common Mental Disorders in workers, checking gender differences. The sample consisted of 343 workers belonging to companies in Porto Alegre (RS), in 2009. The instruments used were the Self Reporting Questionnaire, known as SRQ-20, and a questionnaire consisting of demographic and labor variables. The results showed that women had a higher prevalence of Common Mental Disorders (20.5%) when compared to men (10%). With respect to the relationship between Common Mental Disorders and demographic and labor variables according to sex, it was noticed that women studying in university and who work less than 1 year had more CMD. Men aging between 50 and 62 had higher percentage of Common Mental Disorders. The data were discussed from the understanding of the contemporary labor market and its interface with gender relations. The results indicate the need for different interventions in the investigated groups.

Keywords: common mental disorders; risk factors; gender identity.

¹ Professora da Faculdade de Psicologia/PPG em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Bolsista produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Avenida Mauá, 645 – apto. 504 – Centro – CEP 93110-320 – São Leopoldo (RS), Brasil – mscarlotto@pesquisador.cnpq.com.br.

² Professora do Curso de Psicologia da ULBRA/Canoas e da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Acadêmica do curso de Psicologia da ULBRA/Canoas; Bolsista de Iniciação Científica do CNPq.

⁴ Acadêmica do curso de Psicologia da PUCRS – Porto Alegre (RS), Brasil.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar

INTRODUÇÃO

Organismos internacionais e órgãos oficiais nacionais têm demonstrado crescente preocupação com a temática de atendimento à saúde do trabalhador, tendo em vista ser inquestionável, hoje, a relação entre atividade ocupacional e adoecimento. A morbimortalidade tendencial da população trabalhadora aponta para uma prevalência cada vez mais frequente de agravos caracterizados por um mal-estar difuso¹. Os transtornos mentais representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo e afetam 25% da população em alguma fase de sua vida².

Os estudos da relação entre o trabalho e a saúde mental incluem linhas de investigação sobre os efeitos do trabalho sobre o bem-estar psicológico do trabalhador³ e a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC)⁴. Estudos realizados entre a população ocidental têm apontado variação de prevalência de 7 a 26% para os TMC, em homens, e de 12,5 a 17 e 20% em mulheres⁵. Algumas investigações mostram que os TMC representam entre 20 e 40% de consultas de cuidados primários^{6,7}. Embora, inicialmente, não necessitem de tratamento psiquiátrico, causam grande impacto socioeconômico, principalmente pelos dias perdidos de trabalho e aumento da procura nos serviços de saúde^{7,8}.

São considerados TMC os transtornos somatoformes, de ansiedade e de depressão⁴. A sintomatologia constitui-se de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas⁷. Sua frequência é maior em: mulheres, pessoas de mais idade, negros, pessoas separadas ou viúvas, com baixas escolaridade e renda^{9,10}. Estudo realizado por Marín-León et al.¹¹, na cidade de Campinas (SP), identificou prevalência global de 17%, sendo 8,9% em homens e 24,4% em mulheres. A maior prevalência ocorreu em indivíduos com menos de 5 anos de escolaridade, desempregados ou subempregados e que se encontravam sob pior condição socioeconômica. Na cidade de Olinda (PE), Ludermit e Melo-Filho¹⁰ identificaram prevalência de 35% de adultos com TMC. Em outra investigação, realizada por Gonçalves e Karcinski¹², com participantes maiores de 14 anos, em Santa Cruz do Sul (RS), identificou-se prevalência de 38% de TMC com associação das variáveis: sexo feminino, baixa escolaridade e desemprego. Fryers et al.¹³ referem que estudos desenvolvidos nos países europeus, em populações similares, identificaram associações entre TMC, baixa escolaridade e situação de desvantagem material e desemprego.

Uma das questões atribuídas por alguns autores a essa diferente distribuição dos agravos à saúde é a variável 'gênero'. Sexo e gênero, apesar de ocasionalmente serem utilizados como sinônimos, são dois conceitos diferentes. Sexo é entendido como a representação das característi-

cas físicas do indivíduo, enquanto gênero é um conceito complexo, sendo o conjunto de sentimentos, assertivas, atitudes e comportamentos a partir dos quais se reconhece o indivíduo¹⁴. É o conjunto de crenças, valores, atitudes e sentimentos diferenciados entre homens e mulheres construídos socialmente¹⁵⁻¹⁷. Por meio desses valores, homens e mulheres adotam determinados comportamentos e atitudes que entendem ser mais condizentes com o esperado socialmente acerca do que venha a ser um homem ou uma mulher¹⁸. Segundo Rohlfs¹⁹, os papéis atribuídos e assumidos por homens e mulheres são importantes na explicação e compreensão de seu estado de saúde. O adoecimento mental caracteriza-se por uma determinação complexa que envolve as dimensões econômica, social, política e cultural, expressando-se diferentemente nas relações de gênero²⁰. Essa diferenciação, porém, segundo a autora, não é reconhecida nos serviços de saúde, não se expressam nos diagnósticos formulados e a maioria dos profissionais não presta acolhimento adequado aos portadores de sofrimento mental. As atuais mudanças ocorridas no setor produtivo não propiciaram igualdade de condições entre homens e mulheres. Ao contrário, a nova ordem econômico-social vem perpetrando hierarquias, desigualdades e assimetrias historicamente construídas²¹.

A saúde do trabalhador, como campo de pesquisa, relaciona saúde/doença ao processo produtivo e se situa dentro da saúde coletiva. Esta, por sua vez, sendo um campo de conhecimento, estuda tal relação enquanto um processo social, que acontece de forma coletiva²². A produção científica no campo do trabalho e gênero ainda se mostra restrita e seu desenvolvimento é inicial, particularmente no tocante à saúde, constituindo campo aberto para futuras explorações²³. Assim, este estudo teve por objetivo identificar a prevalência de TMC em trabalhadores e verificar a existência de associações entre variáveis sociodemográficas, laborais e psicossociais entre homens e mulheres.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal.

Local do estudo

Porto Alegre (RS) é a 11ª cidade mais populosa do Brasil. Em 2008, a capital gaúcha possuía 1.430.220 habitantes. O setor terciário representa 94% das atividades econômicas de Porto Alegre, sendo 43% referente ao comércio e 51% aos serviços. A indústria ocupa o percentual restante, com 6%. A

indústria, em 2007, apresentou participação de 13,07% no Valor Adicionado Bruto Total a preço básico e a área de Serviços, 86,87%. Em 2008, as pessoas ocupadas como assalariadas no setor privado com carteira de trabalho assinada atingiram um percentual de 66,4%²⁴.

População do estudo

Participaram do estudo 343 trabalhadores, de um universo 387, inseridos no mercado formal de trabalho, ou seja, indivíduos formalmente inseridos no mercado produtivo e que exercem uma atividade econômica ou trabalham em estabelecimento, negócio, instituição e possuem carteira de trabalho assinada, contribuindo para a previdência²⁵ de 6 indústrias de médio porte de Porto Alegre. Duas de bens de capital (metalúrgica) e quatro de bens de consumo (alimentação, confecção de roupas, gráfica). A não participação de 39 trabalhadores ocorreu devido à ausência durante a coleta de dados por motivos de afastamentos por doença/atestado médico, acidente de trabalho e férias. Outros cinco participantes foram excluídos devido ao preenchimento incompleto do instrumento.

Instrumentos utilizados

O instrumento respondido pelos participantes constituiu-se de duas seções:

1. questionário autoaplicável composto por sete questões acerca de dados demográficos (sexo, idade, situação conjugal e escolaridade), laboral (tempo de trabalho) e psicossociais (satisfação com o trabalho e licença para tratamento de saúde);
2. *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), instrumento que avalia ocorrência de TMC, desenvolvido por Harding et al.²⁶ e validado no Brasil por Mari e Williams²⁷. O instrumento é composto de 20 itens sobre sintomas físicos e psíquicos, com escala de respostas dicotômicas (sim/não), para detecção de distúrbios psiquiátricos menores (ansiedade, depressão, reações, psicossomáticas, irritação e cansaço mental). Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados à probabilidade de presença de transtorno não psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O instrumento possui coeficiente alfa de Cronbach de 0,86²⁸. Embora apresente alta sensibilidade (83%) e especificidade (80%), trata-se de um instrumento para rastreamento, e não diagnóstico. Os pontos de corte são de 7/8 independente do sexo²⁸. Assim, as respostas que apresentaram escore ≥ 7 , foram consideradas como indicadores de possível TMC.

Procedimentos de coleta de dados

Primeiramente foi realizado contato com a direção/gestão das empresas para exposição dos objetivos do estudo e obtenção de autorização para aplicação dos instrumentos de pesquisa. Os instrumentos foram aplicados de forma individual ou em pequenos grupos em sala específica nos locais de trabalho, sendo estes recolhidos após seu preenchimento. A aplicação ocorreu no período de abril a novembro de 2009, por quatro entrevistadores/alunos do Curso de Psicologia, previamente treinados.

Procedimentos de análise de dados

O Banco de Dados foi digitado e posteriormente analisado em pacote estatístico. Primeiramente foram realizadas análises descritivas de caráter exploratório a fim de avaliar casos omissos, identificação de extremos e possíveis erros de digitação. A análise dos dados foi realizada por meio do escore dicotômico do SRQ-20, tendo sido adotado nesse estudo os pontos de corte de 7/8, independente do sexo, utilizados por Gonçalves et al.²⁸. Para verificação de associação entre as variáveis foi utilizado o teste qui-quadrado (nível de significância de 5%).

Considerações éticas

Depois de esclarecido aos sujeitos tratar-se de uma pesquisa sem quaisquer efeitos avaliativos individuais e/ou institucionais e que as respostas e dados referentes aos resultados da pesquisa são anônimos e confidenciais, foi solicitado que os trabalhadores assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme legislação do Ministério da Saúde²⁹, resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O presente projeto de pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil com número de protocolo 2008-593H.

RESULTADOS

Os grupos de homens e mulheres apresentaram perfis bastante semelhantes em relação às características sociodemográficas e laborais (Tabela 1). A idade média dos participantes homens foi de 32,6 anos (DP=9,22) e das mulheres 33,6 anos (DP=12,22). Em relação à escolaridade, as mulheres apresentaram maior percentual de formação superior completa ou incompleta (38,5%) quando comparadas aos homens (21,8%). Em ambos os grupos, verificou-se que a maioria dos trabalhadores trabalhava a menos de 1 ano.

No que diz respeito à prevalência de TMC na população estudada (Tabela 2), os resultados evidenciaram maior percentual de mulheres com TMC (n=34; 20,5%). O percentual

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e laboral dos grupos de trabalhadores.

Variáveis	Homens (n = 179)		Mulheres (n = 164)	
	n	%	n	%
Situação conjugal				
Com companheiro	110	(63,2)	88	(54)
Sem companheiro	64	(36,8)	75	(46)
Filhos				
Não	86	(48,3)	78	(47,9)
Sim	92	(51,7)	85	(52,1)
Escolaridade				
Ensino Médio completo	84	(49,7)	66	(41)
Fundamental completo	47	(27,8)	33	(20,5)
Superior incompleto	17	(10,15)	35	(21,7)
Superior completo	21	(11,7)	27	(16,8)
Tempo de trabalho				
Menos de 1 ano	126	(70,5)	112	(68,3)
Mais de 1 ano	53	(29,5)	52	(31,7)

Tabela 2. Relação entre Transtorno Mental Comum (TCM) e a variável sexo.

Variável	Categoria	TCM			
		Sim TCM		Não TCM	
		n	%	n	%
Sexo	Mulheres	130	79,3	34*	20,7
	Homens*	161	89,9	18	10,1

*p<0,05

Tabela 3. Relação entre Transtornos Mentais Comuns e variáveis sociodemográficas, laborais e psicossociais de acordo com o sexo.

	Sem TMC		Com TMC		Sem TMC		Com TMC	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Mulheres				Homens			
Escolaridade								
Fundamental	29	87,9	4	12,1	46	97,9	1	2,1
Médio completo	59*	84,9	7	10,6	80	95,2	4	4,8
Superior completo	27	100,0	-	-	21	100	-	-
Superior incompleto	23	65,7	12	35,0*	16	94,1	1	5,9
Companheiro								
Sim	75	85,2	13	14,8	104	94,5	6	5,5
Não	63	84,0	12	16,0	63	98,4	1	1,6
Filhos								
Sim	74	87,1	11	12,9	88	95,7	4	4,3
Não	65	83,3	24	14,7	83	96,5	3	3,5
Idade								
17 a 30	72	82,8	15	17,2	88*	97,8	2	2,2
31 a 49	50	90,9	5	9,1	77	96,3	3	3,7
50 a 62	17	77,3	5	22,5	7	77,8	2	22,2
Tempo Trab.								
1 a 12 m	85*	81,7	19	18,3*	105	95,5	5	4,5
Mais de 13 m	45	95,7	2	4,3	44	95,7	2	4,3
Satisfação								
Sim	96	92,3	8	7,7	110	95,7	5	4,3
Não	26	81,3	6	18,8	30	93,8	2	6,3
Licença/Saúde								
Sim	22	81,5	5	18,5	31	91,2	3	8,8
Não	109	86,5	17	15,5	137	97,2	4	2,8

*p<0,05

encontrado de homens com TMC foi a metade do índice apresentado pelas mulheres (n=18; 10%).

Quanto à associação entre TMC e variáveis sociodemográficas e laborais, de acordo com o sexo, constataram-se três associações significativas (Tabela 3). No grupo das mulheres, observou-se que aquelas cursando ensino superior e que trabalham a menos de um ano apresentaram mais TMC. No grupo dos homens, a associação significativa encontrada foi em relação à idade: o grupo etário de 50 a 62 anos apresentou maior percentual de TMC.

DISCUSSÃO

Limitações do estudo

Ressalta-se a devida cautela em relação aos resultados obtidos, uma vez que estes são decorrentes de organizações de trabalho localizadas em uma região específica do Sul do Brasil, não sendo, portanto, passíveis de generalizações. É importante considerar, ainda, o efeito do trabalhador sadio, questão peculiar em estudos transversais em epidemiologia que, muitas vezes, exclui o possível doente³⁰. Essa é uma situação que pode subestimar o tamanho dos riscos identificados, porque os mais afetados não conseguem manter-

se no emprego, afastando-se geralmente por licenças para tratamento de saúde.

Estudos que buscam entender as diferenças nas formas de adoecimento e sua relação com gênero têm se tornado cada vez mais frequentes no campo da saúde mental e trabalho. Uma ampla gama de fatores genéticos, hormonais e influências metabólicas desempenham um importante papel na formação de distintos padrões masculinos e femininos de morbidade e mortalidade¹⁶. Na abordagem dos problemas de saúde, deve-se também introduzir a perspectiva de gênero, considerando as diferenças no processo de socialização de homens e mulheres, as quais determinam valores, atitudes e condutas diferenciadas¹⁵.

Os resultados obtidos no presente estudo são consistentes com estudos prévios, nos quais a prevalência de TMC foi mais alta entre as mulheres^{6,31,32}. Ludermit e Lewis³³ referem que a literatura tem sido persistente nos resultados que identificam as mulheres com maior prevalência de ansiedade e depressão, sendo esta, geralmente, duas a três vezes maior do que em homens.

Homens e mulheres partilham de muitas condições de trabalho e de vida similares. No entanto, há situações concretas de gênero que estabelecem diferenças nos processos de enfermidade. Os papéis e comportamentos sociais desempenhados perante a sociedade constituem-se em uma dessas diferenças e são claramente diferenciadas por ela. Para as mulheres, a combinação de trabalho e responsabilidades familiares pode exercer fortes pressões ao ponto de provocar efeitos desfavoráveis para sua saúde física e mental. As mulheres, ao assumirem a construção social do papel de privilegiar o cuidado do outro e não cuidado de si, passam a apresentar ansiedades, frustrações, angústias relacionadas à vida e ao trabalho, podendo ocorrer adoecimento, principalmente os transtornos mentais³⁴.

A maneira como as mulheres lidam com os fatores estressores também pode ser uma das explicações para o resultado obtido. A maneira como uma pessoa vivencia o estresse e os recursos que ela emprega para lidar com ele, está, entre outros fatores, na base do desenvolvimento de adoecimento³⁵. As estratégias utilizadas apresentam variações de acordo com o contexto cultural³⁶ e são ativadas na medida em que o estressor atua desfavoravelmente sobre o bem-estar subjetivo da pessoa³⁷.

Piko³⁸ refere diferenças nos estilos de enfrentamento a situações estressantes entre homens e mulheres, estando essa questão relacionada ao processo de socialização. Homens têm evidenciado maior utilização de estratégias focadas no problema, ou seja, agem diretamente sobre o estressor. Por outro lado, as mulheres, geralmente, utilizam estratégias focadas na emoção^{39,40}, sendo estas consideradas mais relacionadas a problemas de saúde³⁹. Deve-se, no entanto, considerar alguns aspectos importantes nesse resultado, tendo em vista a chance de ocorrer casos de falso-negativos entre participantes homens devido a questões culturais, pois estes costumam associar

doença à fraqueza. Assim, tendem a expressar menos suas ansiedades e sentimentos de tristeza do que as mulheres^{11,16,27}.

A escolaridade e o tempo de trabalho apresentaram relação com TMC no grupo de mulheres. Com relação à escolaridade, esse resultado difere dos encontrados por Ludermit e Melo-Filho¹⁰ e Marín-León et al.¹¹, que identificaram uma associação inversa entre anos de estudo e saúde mental. Segundo os autores, o nível de escolaridade qualifica os indivíduos para certas ocupações e interfere em suas condições socioeconômicas futuras e inserção na estrutura ocupacional. O nível de escolaridade, a inserção produtiva e a renda representam a situação atual e podem variar ao longo da vida. Esses aspectos expressam desigualdades de classe e, de maneiras diferentes, são determinantes da saúde mental²⁰.

Mulheres cursando o ensino superior apresentaram maior prevalência de TMC, podendo essa questão estar relacionada às expectativas e exigências do atual mercado de trabalho, sendo este mais rígido e seletivo em relação às mulheres. Embora tenha ocorrido certa ruptura com formas mais tradicionais de organização da vida social, propiciando evolução na condição das mulheres, com a emergência de novos valores, ainda persistem relações hierárquicas de gênero, em que os homens assumem, na vida social e no trabalho, as posições dominantes e mais valorizadas^{21,41}.

As discriminações, vertical e horizontal, do mercado de trabalho com relação às mulheres, são reproduzidas. Permanece a brecha salarial, sendo esta maior quanto maior o nível de instrução; a taxa de desemprego feminina continua sendo superior a dos homens; e aumenta a presença de mulheres nas ocupações mais precárias⁴². O resultado obtido encontra semelhança aos evidenciados no estudo de realizado por Neves e Dalgalarondo⁴³, com 1.290 estudantes universitários de Campinas, que identificou maior prevalência de transtornos mentais em mulheres, tendo 69% do grupo feminino apresentado pelo menos um tipo de transtorno mental. O grupo de mulheres estudantes apresentou maior queixa de sofrimento mental, maiores dificuldades psicossociais como sentimento de discriminação social, dificuldades na relação com amigos, com a família e com a universidade.

O mercado altamente competitivo exige cada vez mais um elevado nível de escolaridade, habilidades e competências. A responsabilidade por desenvolver as competências que possibilitarão atender a esse mercado de trabalho, que não mais depende de ter somente o diploma, tem ficado a cargo do indivíduo, que é visto como responsável tanto por seu sucesso quanto por seu fracasso⁴⁴. No caso das participantes, a conquista de uma ascensão profissional, tendo em vista que já possuem um trabalho, pode gerar insegurança pelo reconhecimento de que as oportunidades são limitadas, bem como pelo medo de investir em uma tarefa na qual não sabe se terá sucesso.

Além dessas questões, pode-se pensar em não mais em uma dupla, mas tripla jornada. A mulher divide-se na administração da sua casa, seu trabalho e formação. Ainda que a

participação masculina no gerenciamento doméstico tenha aumentado, suas práticas e responsabilidades nas tarefas são complementares, desempenhando um papel coadjuvante⁴⁵. Situação que se agrava com o resultado obtido em relação ao tempo de trabalho, pois as que trabalham a menos de 1 ano podem sentir maior insegurança quanto ao rumo de sua carreira e permanência no emprego. Em tempos de precarização do trabalho, a saúde do trabalhador está sendo usada pelo capital como espaço de promoção ou até mesmo de barganha diante de um exército de pessoas à procura de emprego²².

Quanto ao grupo masculino, a associação de TMC ocorreu com a faixa de idade de 50 a 62 anos. Pode-se pensar esse resultado a partir de duas situações: a primeira relacionada à atual lógica de mercado que troca o 'antigo/mais caro' pelo 'novo/mais barato', gerando o temor do desemprego; e a segunda, relacionada à fase de pré-aposentadoria. Segundo Duarte e Melo-Silva⁴⁶, no mundo contemporâneo da produtividade, a meia-idade passa a representar um risco à capacidade laboral, enquanto que a juventude se torna um dos principais fatores considerados no recrutamento de um trabalhador.

A organização atual do mercado de trabalho constrói uma superfície pantanosa para o trabalhador de mais idade, pois, no auge de sua capacidade produtiva e já com um arcabouço considerável de experiência no trabalho, passa a pensar na futura aposentadoria como fonte de remuneração, uma vez que sua condição de trabalhador passa a ser progressivamente ameaçada pelo avanço da idade. Rodrigues et al.⁴⁷ pontuam que a aposentadoria pode ser um evento desencadeador de ansiedade e ameaçador do equilíbrio psicológico, podendo gerar problemas de autoestima e adoecimento mental, que se refletem em crises depressivas e de ansiedade. Essas questões e preocupações têm repercussões mais importantes quando se trata de homens, devido à representação social que tanto homens como mulheres possuem em relação ao trabalho.

Estudo realizado por Cyrino⁴¹ revela que mulheres, de maneira similar, possuem a mesma posição de que os ho-

mens devem dedicar-se mais ao trabalho, corroborando uma crença tradicional no acesso naturalizado dos homens no mercado. Homens e mulheres são favoráveis à igualdade de oportunidades no que se refere ao trabalho. Concomitante a esse discurso, pensam em um trabalho nitidamente diferenciado para a mulher, com uma carga horária menor do que a do homem para que a mesma possa dedicar-se, também, à conservação e cuidado do grupo familiar. No processo de socialização dos homens, o trabalho representa poder, força e sucesso. Ser identificado como trabalhador confere ao homem uma virtude moral dignificante, afirmando-o perante os outros, proporcionando-lhe reconhecimento social¹⁸.

CONCLUSÃO

Os resultados revelaram diferenças na prevalência de TMC e associação com variáveis sociodemográficas e laborais em homens e mulheres, indicando que as mulheres são mais vulneráveis a desenvolver esse tipo de adoecimento, sugerindo estar essa questão relacionada a aspectos sociais, como as desigualdades de gênero no contexto do trabalho. O trabalho não tem como atributo ser nocivo ou perigoso. O que o torna assim é a forma como ele está organizado no contexto econômico, social e cultural²². É nessa perspectiva que o estudo buscou verificar o adoecer coletivizado/fenômeno sanitário, relacionado à saúde coletiva, em detrimento da abordagem clínico-individual.

Sugere-se a realização de novos estudos, com uma maior amplitude de variáveis e em contextos de trabalho diferenciados e com amostras maiores. A identificação do perfil de adoecimento das populações feminina e masculina e suas possíveis modificações ocorridas ao longo do tempo é um importante indicador da persistência ou não da desigualdade entre homens e mulheres, conhecimento fundamental para o planejamento e a elaboração de políticas públicas¹⁵ de acordo com as especificidades dos grupos populacionais^{16,19}.

REFERÊNCIAS

1. SELIGMANN-SILVA E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: UFRJ/ Editora Cortez, 1994.
2. MIRANDA FAN, CARVALHO GRP, FERNANDES RL, SILVA MB, SABINO MGG. Saúde Mental, trabalho e aposentadoria: focalizando a alienação mental. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(5):711-6.
3. BORGES LO, ARGOLO JCT. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Aval Psicol*. 2002;1(1):17-27.
4. MARI JJ, Jorge MR. Transtornos psiquiátricos na clínica geral [Internet]. *Psychiatry On-line Brazil*; 1997; 2 [Citado 2010 mar 2008]. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/tpcm.htm>.
5. 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;19(6):1713-20.
6. BHUI K, STANSFELD S, MCKENZIE K, KARLSEN S, NAZROO J, WEICH S. Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the empiric study of ethnic minority groups in the United Kingdom. *Am J Public Health*. 2001;95(3): 496-501.
7. GOLDBERG D, HUXLEY P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock, 1992.
8. BROADHEAD WE, BLAZER DG, GEORGE LK, TSE CK. Depression, disability and days lost from work. *JAMA*. 1990;264(19):2524-8.
9. LIMA MS, BÉRIA JU, TOMASI E, CONCEICAO AT, MARI JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: an estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med*. 1996;26:211-22.
10. LUDERMIR AB, MELO-FILHO DA. Condições de vida e estrutura

- ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(2):213-21.
11. MARÍN-LEÓN L, OLIVEIRA HB, BARROS MBA, DALGALARRONDO P, BOTEGA NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(3):250-3.
 12. GONÇALVES DM, KAPCZINSKI F. Mental disorders in a community assisted by the Family Health Program. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(7):1641-50.
 13. FRYERS T, MELZER D, JENKINS R, BRUGHA T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe [Internet]. *Clin Pract Epidemiol Mental Health*; 2005 [citado 2010 jun 20]; 1-14. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1242241/>
 14. SILVA JKO, SILVA OMP, REZENDE R, SANTER T. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina no estado de Santa Catarina. *Cad Saúde Coletiva*. 2008;16(1):115-26.
 15. BORRELL C, ARTAZCOZ L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82(3):241-9.
 16. DOYAL L. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ*. 2001;323(7320):1061-3.
 17. EMSLIE C, FUHRER R, HUNT K, MACINTYRE S, SHIPLEY M, STANSFELD S. Gender differences in mental health: evidence from three organizations. *Soc Sci Med*. 2002;54(4):621-4.
 18. FIGUEIREDO WS, SCHRAIBER LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil [Internet]. *Ciênc Saúde Coletiva*; 2008 [citado 2010 nov 10]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3153
 19. ROHLFS D. La perspectiva de género en el estudio de las diferencias y desigualdades en salud. In: *I Jornada de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud*. Madrid (Espanha); 1999. p. 12-3.
 20. LUDERMIR AB. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. *Physis*; 2008;18(3):451-67.
 21. DIOGO MF, COUTINHO MC. A dialética da inclusão/exclusão e o trabalho feminino. *Interações*. 2006;11(21):121-42.
 22. SILVA CT. Saúde do trabalhador: um desafio para qualidade total no Hemorio [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.
 23. ARAÚJO TM, GODINHO TM, REIS EJFB, ALMEIDA MMG. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1117-29.
 24. OBSERVATÓRIO DA CIDADE DE PORTO ALEGRE (OBSERVAPOA). Indicadores [Internet]. 2009 [citado 2010 jan 12]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_
 25. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Condições de vida da população de baixa renda na região metropolitana de Porto Alegre. Rio de Janeiro: Série Estudos e Pesquisas, 1991.
 26. HARDING TW, ARANGO MV, BALTAZAR J, CLIMENT CE, IBRAHIM HH, LADRIDO-IGNACIO L, ET AL. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychol Med*. 1980;10(2):231-41.
 27. MARI JJ, WILLIAMS P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J. Chronic Dis*. 1986;39(5):371-7.
 28. GONÇALVES DM, STEIN AT, KAPCZINSKI F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):380-90.
 29. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS 196/196; 1997.
 30. MCMICHAEL AJ. Standardized mortality ratios and the healthy worker effect: scratching beneath the surface. *J Occup Med*. 1976;18(3):165-8.
 31. COSTA JSD, MENEZES AMB, OLINTO MTA, GIGANTE DP, MACEDO S, BRITTO MAP ET AL. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2001;5(2):164-73.
 32. LIMA MS, SOARES BGO, MARI JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clín*. 1999;26(5):225-35.
 33. LUDERMIR AB, LEWIS G. Is there a gender difference on the association between informal work and common mental disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(8):622-7.
 34. BATISTA JBV, CARLOTTO MS, COUTINHO AS, NOBRE NETO FD, AUGUSTO LGS. Saúde do professor do ensino fundamental: uma análise de gênero. *Cad Saúde Coletiva*. 2009;17(3):657-74.
 35. MIRVIS DM, GRANEY MJ, INGRAM L, TANG J, KILPATRICK AO. Burnout and psychological stress among deans of colleges of medicine: a national study. *J Health Hum Serv Adm*. 2006;29(1):4-25.
 36. HEPPNER PP. Expanding the conceptualization and measurement of applied problem solving and coping: from stages to dimensions to the almost forgotten cultural context. *Am Psychol*. 2008;63(8):805-16.
 37. LEIPOLD B, GREVE W. Resilience: a conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*. 2009;14(1):40-50.
 38. PIKO B. Gender differences and similarities in adolescents - ways of coping. *The Psychological Record*. 2001;51(2):223-35.
 39. KEOGH E, HERDENFELDT M. Gender, coping and the perception of pain. *Pain*. 2002;97(3):195-201.
 40. PTACEK JT, SMITH RE, DODGE KL. Gender differences in coping with stress: when stressor and appraisals do not differ. *Pers Soc Psychol Bull*. 1994;20(4):421-30.
 41. CYRINO R. Trabalho, temporalidade e representações sociais de gênero: uma análise da articulação entre trabalho doméstico e assalariado. *Sociologias*. 2009;21:66-92.
 42. YANNOULAS SC. Dossiê: políticas públicas e relações de gênero no mercado de trabalho. Brasília: CFEMEA, FIG/CIDA, 2002.
 43. NEVES MCC, DALGALARRONDO P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(4):237-44.
 44. TEIXEIRA MAP, GOMES WB. Estou me formando...e agora? Reflexões e perspectivas de jovens formandos universitários. *Rev Bras Orientaç Prof*. 2004 5(1):47-62.
 45. CARVALHO AMA, CAVALCANTI VRS, ALMEIDA MA, BASTOS ACS. Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? *Paidéia*. 2008;18(41):431-44.
 46. DUARTE CV, MELO-SILVA LL. Expectativas diante da aposentadoria: um estudo de acompanhamento em momento de transição. *Rev Bras Orientaç Prof*. 2009;10(1):45-54.
 47. RODRIGUES M, AYABE NH, LUNARDELLI MCF, CANÊO LC. A preparação para a aposentadoria: o papel do psicólogo frente a essa questão. *Rev Bras. Orientaç Prof*. 2005;6(1):53-62.

Recebido em: 20/09/2010
Aprovado em: 13/04/2011