

Camila Carvalho de Sousa^a <https://orcid.org/0000-0002-6139-0984>Tânia Maria de Araújo^b <https://orcid.org/0000-0003-2766-7799>^aHospital Universitário Professor Edgar Santos. Salvador, BA, Brasil.^bUniversidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Núcleo de Epidemiologia. Feira de Santana, BA, Brasil.**Contato:**

Camila Carvalho de Sousa

E-mail:

sousa.camila@ebserh.gov.br

As autoras declaram que o trabalho não foi subvencionado e que não há conflitos de interesses.

As autoras informam que este estudo não foi apresentado em evento científico.

Efeitos combinados de gênero, raça e estressores ocupacionais na saúde mental

Combined effects of gender, race, and occupational stressors on mental health

Resumo

Objetivo: analisar os efeitos isolados e combinados do gênero, da raça e dos estressores ocupacionais sobre a saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. **Métodos:** estudo transversal com amostra aleatória de trabalhadores(as) da saúde da Bahia, Brasil. As variáveis de exposição principais foram: gênero, raça e estressores ocupacionais, avaliados por meio da escala de *Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER)*. O *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* mensurou os transtornos mentais comuns (TMC), variável desfecho. As medidas de interação foram verificadas com base no critério da aditividade, pelo cálculo do excesso de prevalência, excesso de razão de prevalência e diferença relativa. **Resultados:** participaram 3.343 trabalhadores, 77,9% do sexo feminino. A prevalência de TMC foi 21,7% maior entre mulheres, negros e pessoas em situações de exposição aos estressores laborais. Entre as mulheres negras em situação de DER, a prevalência de TMC foi três vezes maior em relação aos homens brancos em situação de equilíbrio (grupo de referência). **Discussão:** trabalhadoras negras acumulam desvantagens sociais e estão mais suscetíveis a ocupações de maior esforço e menor recompensa. A prevalência de TMC foi superior na intersecção das exposições. O efeito combinado dos fatores excedeu a soma dos efeitos isolados, demonstrando interação entre gênero, raça e estressores ocupacionais.

Palavras-chave: gênero; raça; estresse ocupacional; saúde mental; interseccionalidade; saúde do trabalhador.

Abstract

Objective: analyze the isolated and combined effects of gender, race, and occupational stressors on the mental health of healthcare workers. **Methods:** cross-sectional study with a random sample of health workers in Bahia, Brazil. The primary exposure variables were gender, race, and occupational stressors, assessed using the *Effort-Reward Imbalance (ERI)* scale. The *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* measured common mental disorders (CMD), the outcome variable. The interaction measures were verified based on the additivity criterion by calculating the excess prevalence, excess prevalence ratio, and relative difference. **Results:** 3,343 workers participated, 77.9% were female. CMD prevalence was 21.7% higher among women, Black people, and those exposed to work stressors. Among Black women in a situation of ERI, the prevalence of CMD was three times higher compared with white men in a situation of balance (reference group). **Discussion:** black women workers accumulate social disadvantages and are more susceptible to occupations that require more significant effort and less reward. CMD prevalence was higher at the intersection of exposures. Combined effect of the factors exceeded the sum of the isolated effects, demonstrating an interaction between gender, race, and occupational stressors.

Keywords: gender; race; occupational stress; mental health; intersectionality; occupational health.

Introdução

Desigualdades de gênero e raça estruturam diferenças nas características do trabalho e na exposição aos riscos ocupacionais, ao longo das trajetórias de vida de homens e mulheres, brancos(as) e negros(as). Essas diferenças, por sua vez, podem produzir ou agravar problemas de saúde¹. Tanto o gênero quanto a raça determinam oportunidades sociais que definem a inserção no mercado de trabalho e estruturam exposições diferenciadas aos estressores ocupacionais e ao adoecimento físico e mental, a exemplo dos transtornos mentais comuns (TMC)².

Os TMC caracterizam-se por sintomas como insônia, ansiedade, fadiga, irritabilidade, humor depressivo, dificuldade de concentração e queixas somáticas³. Apesar de não configurarem uma categoria diagnóstica específica, possuem correspondência com critérios de transtornos presentes na Classificação Internacional de Doença (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM)⁴. Dessa forma, representam sério problema de saúde pública pelo seu caráter limitador da saúde e bem-estar e pelas altas frequências em grupos de trabalhadores(as) no Brasil e no mundo^{5,6}. A literatura tem evidenciado associação entre estressores ocupacionais e ocorrência de TMC entre trabalhadores(as) da saúde^{2,5,6}.

Os estressores ocupacionais, evidenciados a partir da análise dos aspectos psicossociais do trabalho, configuram exposições para adoecimento mental^{6,7}. Diferentes instrumentos de mensuração desses aspectos têm sido propostos, a exemplo do modelo de Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER), desenvolvido por Siegrist (1996)⁸.

O modelo DER assume a hipótese de centralidade da reciprocidade das relações sociais no trabalho. De acordo com o modelo, os esforços podem ser equalizados pelas recompensas recebidas no desempenho das atividades. Porém, o desequilíbrio entre os esforços despendidos no trabalho e as recompensas recebidas resulta em estresse laboral. Pressupõe-se que altos esforços acompanhados por baixas recompensas desencadeiam emoções negativas e respostas sustentadas pelo estresse, enquanto o equilíbrio entre os esforços e recompensas gera emoções positivas capazes de promover bem-estar, conforto, saúde e favorecer satisfação e prazer nas atividades laborais⁹.

O modelo DER permite a incorporação de aspectos relativos ao desenvolvimento econômico e tecnológico mais recentes, concentrando-se nas relações de emprego como elemento central das relações de trabalho. Este modelo considera as consequências da globalização econômica no ambiente laboral, dado o crescimento do trabalho inseguro e precário, contratos de curto prazo e novas formas de arranjos flexíveis

de emprego⁹. O contexto laboral vivenciado pelo(as) trabalhadores(as) brasileiros(as) é caracterizado por forte concorrência no trabalho, precarização, perda de direitos e acentuada diferença salarial entre homens e mulheres¹⁰. Acredita-se que o modelo DER pode se configurar como uma potente ferramenta para evidenciar desigualdades de gênero e de raça relacionadas às condições de trabalho e de emprego.

Diversos estudos têm demonstrado associação entre o DER e a ocorrência de TMC entre trabalhadores(as)^{6,11}. Adicionalmente, há resultados que indicam predominância de mulheres e negros em postos de trabalho mais estressantes, resultando na maior vulnerabilidade^{2,12} e exposição ao adoecimento mental desses grupos^{2,13}, em decorrência de desigualdades de gênero e de raça. Tradicionalmente, esses dois indicadores de desigualdades são analisados em estudos distintos, com avaliações isoladas de seus efeitos sobre a saúde^{1,14}. De modo similar, os estudos de estressores ocupacionais e saúde raramente incluem análise de outras dimensões, como raça e gênero; quando presentes, a discussão restringe-se à análise de confundimento para fins de ajuste^{7,12,15}. Assim, a análise conjunta desses fatores que, isoladamente, têm mostrado resultados consistentes de associação a eventos adversos sobre a saúde mental, ainda é uma lacuna a ser explorada. Nesta perspectiva, este estudo objetivou analisar os efeitos isolados e combinados do gênero, da raça e dos estressores ocupacionais sobre a saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

Métodos

Desenho do estudo e contexto

Estudo transversal com amostra aleatória de trabalhadores(as) de saúde dos serviços públicos da atenção básica e de média complexidade (UPAS e serviços especializados), de seis municípios baianos. Os dados são oriundos de projeto de pesquisa multicêntrico, com a finalidade de investigar as condições de trabalho, de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia, realizado em 2012.

Participantes

Definiu-se como critérios de inclusão: estar em efetivo exercício profissional e ter tempo mínimo de seis meses de trabalho na unidade. Após o sorteio, os(as) trabalhadores(as) foram contatados(as) nos próprios locais de trabalho, sendo realizadas até três visitas para que a entrevista fosse realizada. Aqueles que não foram encontrados(a)s após três tentativas, se recusaram a participar do estudo ou estavam de licença durante o período de coleta de dados foram excluídos da pesquisa.

Tamanho do estudo

A amostra do estudo multicêntrico foi definida com base em etapas sucessivas: 1) obteve-se a lista nominal de todos(as) os(as) trabalhadores(as) em atividade nos serviços públicos de saúde da atenção básica e de média complexidade dos seis municípios participantes, totalizando 6.693 trabalhadores; 2) estimou-se o tamanho amostral com base no total da população e em diferentes desfechos de saúde (considerou-se as estimativas de maior tamanho amostral); 3) estratificou-se a amostra em três níveis: área geográfica, nível de assistência (atenção básica e média complexidade) e grupo ocupacional; 4) estimou-se o tamanho amostral em cada estrato, sendo sorteados por lista de números aleatórios do EpiInfo 6.04; e 5) os(as) trabalhadores(as) para comporem a amostra.

Para verificar se os dados disponíveis no estudo multicêntrico tinham poder para avaliar as análises propostas neste estudo, o tamanho amostral necessário para análise foi estimado. Utilizou-se o software OpenEpi, versão 3.03a. Os dados de associação entre DER e TMC⁶ foram utilizados como parâmetro para a estimativa: prevalência de TMC entre os expostos de 26,9%, e de 15,4% entre os não expostos⁷, nível de confiança de 95% e poder do estudo de 90%. A amostra mínima necessária foi estimada em 573 trabalhadores(as). Neste estudo, com o objetivo de possibilitar a análise dos estratos de gênero e de raça, foram incluídos os(as) 3.343 trabalhadores(as) participantes do estudo multicêntrico.

Coleta de dados e controle de vies

Em cada município, foi formada uma equipe de pesquisa local, ficando as pesquisadoras das universidades, bolsistas de iniciação científica e discentes da pós-graduação profissionais dos serviços de saúde envolvidos no projeto como responsáveis pela condução do estudo no local. Para padronizar os procedimentos metodológicos adotados em cada espaço, foi elaborado um Manual de Procedimentos e Condutas e foram realizadas oficinas para treinamento e preparo da equipe para a coleta dos dados. Utilizou-se questionário estruturado, previamente testado em estudo piloto. A aplicação do instrumento de coleta foi operacionalizada da seguinte maneira: 1) para os profissionais de nível superior: entrega do questionário autoaplicado; 2) para os demais profissionais de nível de escolaridade médio ou técnico procedeu-se com a realização de entrevistas, utilizando-se o mesmo instrumento de coleta de dados utilizado com profissionais de nível superior.

Diferentes estratégias foram adotadas para reduzir as perdas: 1. Tentativas de entrevista em até três visitas ao local de trabalho em momentos diferentes;

2. Em caso de insucesso na entrevista (falta ou recusa), após três visitas, procedeu-se com a substituição do(a) trabalhador(a) por outro(a) com características semelhantes: mesma área geográfica, nível do serviço de saúde, grupo ocupacional e sexo. A partir desse procedimento de substituição, obteve-se o número amostral estabelecido para cada estrato, considerando a amostra original. A lista de substituições (lista extra) foi ordenada imediatamente após o estabelecimento da amostra inicial do estudo (também pela lista de números aleatórios), limitando-se a 20% do total selecionado. Após a coleta, realizou-se dupla digitação dos questionários, para avaliar possíveis inconsistências e garantir a qualidade do banco de dados.

Variáveis

Este estudo focalizou, como desfecho, os transtornos mentais comuns (TMC) e, como principais exposições, gênero, raça e estressores ocupacionais. As covariáveis estudadas foram: as características sociodemográficas (idade, escolaridade, filhos, situação conjugal, ocupação e renda) e do trabalho (carga horária semanal, tipo de vínculo empregatício, satisfação com o trabalho e sobrecarga doméstica).

Mensuração

O gênero foi aferido a partir das respostas atribuídas à questão sobre o sexo (masculino x feminino). O termo “gênero” foi usado para enfatizar o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo; correspondendo a um termo para indicar uma rejeição do determinismo biológico implícito em termos como “sexo” ou “diferença sexual”¹⁶. Este estudo sustenta-se na compreensão de construção social do gênero, ou seja, a distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos (características ditas femininas *versus* masculinas), que norteiam as relações sociais, inserção no mercado de trabalho e padrões de adoecimento^{17,18}. Assumimos, nesta pesquisa, que a resposta à pergunta “ser homem ou ser mulher” corresponde a um indicador aceitável de posição na divisão sexual do trabalho, e que esta posição estabelece vantagens e desvantagens em relação aos estressores ocupacionais e à situação de saúde.

A raça foi definida por meio da cor autorreferida, respeitando o critério de autodeclaração, com base nos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena¹⁹. As respostas foram agrupadas em: brancos(as) e pretos(as)/pardos(as). Estudos nacionais, frequentemente, analisam em conjunto os grupos pretos(as) e pardos(as), formando o estrato negros(as), devido à semelhança de fatores socioeconômicos, características culturais

e ao fato de ambos enfrentarem discriminação no Brasil²⁰. Além disso, combinando as categorias de preto e pardo, é possível capturar a grande maioria da população que se identifica como afro-brasileira²¹.

Aqueles que se autodeclararam amarelos ou indígenas representaram porcentagem muito pequena na amostra (2,6%), sendo 44 indígenas e 44 amarelos, totalizando 88 trabalhadores(as). Em função desse quantitativo, esses grupos não foram inseridos nas análises de interação. Contudo, descritivamente, foram mantidos na análise os dados de composição da amostra e de estimativas de TMC por raça/cor, com a finalidade de dar visibilidade a esses grupos que, em geral, não são incluídos em estudos em saúde e trabalho. A apresentação desses dados objetivou, sobretudo, chamar a atenção para a necessidade de desenhos de estudo que possam obter amostras representativas dessas populações.

Os estressores ocupacionais foram mensurados pela escala *Desequilíbrio Esforço-Recompensa (DER)*⁸. O esforço se refere às exigências do trabalho (carga quantitativa e qualitativa envolvida na sua realização). As demandas laborais dependem, em parte, das estruturas de controle estabelecidas nas organizações, assim como do grau de suporte social proveniente da equipe de trabalho. Quanto maior a demanda, mais esforço será necessário empreender para atendê-la. A escala recompensa é composta por três subescalas: salário (recompensa financeira), promoção na carreira ou segurança no emprego (recompensa relacionada ao status) e estima ou reconhecimento (recompensa socioemocional). O modelo DER hipotetiza que as recompensas moderam os efeitos negativos dos esforços, reduzindo os níveis de estresse psicossocial. O comprometimento excessivo com o trabalho é considerado um fator intrínseco ao indivíduo. Esta dimensão caracteriza-se pelo esforço excessivo, visando reconhecimento e aprovação⁹. A interação entre o excesso de comprometimento e o DER é danosa, expondo o(a) trabalhador(a) a níveis elevados de estresse²².

Utilizou-se a versão reduzida do DER, incluindo as escalas de esforço (3 itens), recompensa (7 itens) e comprometimento excessivo com o trabalho (6 itens), com opções de resposta do tipo likert, variando de 1 a 4 pontos (“discordo fortemente” a “concordo fortemente”). Os escores de cada escala são obtidos pelo somatório das respostas aos itens correspondentes (esforço varia de 3 a 12 pontos, recompensa varia de 7 a 28 pontos e comprometimento excessivo com o trabalho varia de 6 a 24 pontos)²³. O indicador de DER é obtido por meio da seguinte fórmula: $DER = e/(r \cdot c)$, em que “e” refere-se a soma dos itens de esforço, “r” corresponde a soma dos itens de recompensa e “c” é um fator de correção, considerando a quantidade de itens do numerador

comparado ao denominador. Os resultados foram categorizados em “equilíbrio” (valores < ponto de corte do segundo tercil) e “desequilíbrio” (valores \geq ponto de corte do segundo tercil)²⁴. Estudo de validação concluiu que a versão reduzida do questionário DER fornece uma ferramenta psicometricamente útil para estudos epidemiológicos focados nos efeitos adversos à saúde do trabalhador, no contexto de uma economia globalizada. A versão reduzida do questionário apresentou propriedades psicométricas satisfatórias (consistência interna das escalas, análise fatorial confirmatória com um bom ajuste do modelo dos dados com a estrutura teórica). Todas as escalas e a relação esforço-recompensa foram associadas prospectivamente a um risco aumentado de agravo à saúde mental, indicando validade de critério satisfatória²³. No contexto brasileiro, dois estudos de validação do instrumento apontaram bons indicadores de desempenho^{25,26}.

Os transtornos mentais comuns (TMC), variável desfecho, foram avaliados pelo *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)* – instrumento autoaplicável, composto por 20 questões mensuradas em escala dicotômica (sim/não), proposto pela Organização Mundial da Saúde³ para rastreamento de transtornos mentais em países em desenvolvimento. Seu caráter de rastreamento é adequado para estudos populacionais e é útil para classificação da situação de saúde mental, apresentando bons indicadores de desempenho^{27,28}. Foram adotadas sete ou mais respostas positivas para nível de suspeição de TMC entre mulheres; e cinco ou mais respostas positivas para homens²⁹.

O indicador de sobrecarga doméstica (SD) foi obtido a partir do somatório de quatro tarefas domésticas básicas, ponderado pelo número de moradores do domicílio, seguindo a fórmula recomendada (Sobrecarga Doméstica) = (lavar + passar + limpar + cozinhar) x (número de moradores na residência - 1)^{30,31}. Os resultados foram categorizados em “alta sobrecarga doméstica” (valores < ponto de corte do segundo tercil) e “baixa sobrecarga doméstica” (valores \geq ponto de corte do segundo tercil)³².

Análise dos dados

Inicialmente, foram estimadas as frequências absolutas e relativas das características sociodemográficas, laborais e estressores ocupacionais gerais e estratificadas por gênero e raça, a fim de explorar a divisão sexual e racial do trabalho em saúde. Em seguida, estimou-se as prevalências de TMC, considerando gênero, raça e estressores ocupacionais. Nesta etapa, foram calculadas as prevalências, razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%), utilizando-se regressão de Poisson com variação robusta. Realizou-se ajuste pelas covariáveis

de interesse: idade, escolaridade, situação conjugal, ter filhos, vínculo de trabalho, jornada semanal, satisfação com o trabalho, renda e ocupação.

A análise de interação envolveu a construção de variáveis *dummy* para definição das exposições. A distribuição das prevalências de TMC foi analisada segundo os grupos de exposição investigados: 1. Grupo referência (homens, brancos e em situação de equilíbrio E-R); 2. Categoriais interseccionais (exposição de gênero: mulheres brancas em situação de equilíbrio E-R; exposição em raça: homens negros em situação de equilíbrio E-R; exposição em DER: homens brancos, em situação de estresse); e 3. Categoriais interseccionais combinadas (exposição em gênero e raça: mulheres negras em situação de equilíbrio E-R; exposição em raça e DER: homens negros em situação de estresse; exposição em gênero e DER: mulheres brancas em situação de estresse; e exposição em gênero, raça e DER: mulheres negras em situação de estresse).

As prevalências de TMC foram estimadas separadamente e de modo combinado, para cada grupo de variáveis, tomando-se como referência aquele com nenhuma exposição. Realizou-se ajuste pelas covariáveis de interesse. As medidas de interação foram verificadas com base no critério da aditividade, pelo cálculo do excesso de prevalência ($\text{Excesso de prevalência} - EP = P_{\text{exposição}} - P_{\text{sem exposição}}$) e excesso de razão de prevalência ($ERP = RP - 1$), que evidenciam se o efeito combinado dos fatores é maior que a soma dos seus efeitos isolados e a diferença relativa

$[(RP - 1 / ERP01 + ERP10) - 1]$, que identifica o afastamento do comportamento esperado para a ação isolada dos fatores. As fórmulas foram ajustadas levando-se em consideração a análise com três fatores de exposição³³. A análise de dados foi realizada com SPSS 24.0 e OpenEpi.

Considerações éticas

Foram respeitados os requisitos da Resolução 466/2012 e 510 do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número de protocolo: 081/2009 (CAE 0086.0.059.000-09), em 30 de novembro de 2009. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

A amostra foi constituída por 3.343 pessoas, sendo composta predominantemente por mulheres (77,9%), com raça/cor autorreferida como preta ou parda (80,9%), até 40 anos de idade (58%), nível de escolaridade técnico, médio ou inferior (71,4%), sem companheiro(a) (57,5%) e com filhos (69,6%). Quanto às características laborais, a maioria possuía tempo de trabalho no serviço atual maior que cinco anos (57,7%); vínculo efetivo de emprego (65,4%), não tinha outro trabalho (75,7%), mantinha jornada semanal total de até 40 horas (77,2%) e mostrava satisfação com o trabalho (74,9%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 Características sociodemográficas, do trabalho, estresse ocupacional e transtornos mentais comuns (TMC) entre trabalhadores(as) da saúde. Bahia, Brasil. 2012 (n = 3.343)*

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	737	22,1
Feminino	2.597	77,9
Raça/cor		
Branca	539	16,4
Preta/parda	2.655	80,9
Amarela	44	1,3
Indígena	44	1,3
Idade		
Até 40 anos	1.925	58,0
Mais de 40 anos	1.393	42,0
Escolaridade		
Com nível superior	940	28,6
Sem nível superior	2.352	71,4

(Continua)

Tabela 1 Continuação...

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Situação Conjugal		
Com companheiro(a)	1.413	42,5
Sem companheiro(a)	1.915	57,5
Tem Filhos		
Sim	2.311	69,6
Não	1.011	30,4
Renda		
Até 2 S.M.**	1.864	67,7
Mais de 2 S.M.	905	32,7
Ocupação		
Médico(a)	156	4,7
Enfermeiro(a)	227	6,8
Outros(as) de nível superior	257	7,7
Técnicos(as) de enfermagem	434	13,0
ACS/ACE***	1.035	31,1
Outros(as) de assistência indireta	1.223	36,7
Vínculo		
Efetivo	2.166	65,4
Temporário	1.144	34,6
Jornada Semanal		
Até 40 horas	2.524	77,2
Mais de 40 horas	746	22,8
Satisfação com trabalho		
Sim	2.497	74,9
Não	835	25,1
Sobrecarga Doméstica		
Baixa	1.777	55,5
Alta	1.423	44,5
Estresse ocupacional (Equilíbrio esforço-recompensa)		
Equilíbrio	1.981	61,4
Desequilíbrio	1.245	38,6
Transtorno mental comum		
Não	2.537	78,3
Sim	702	21,7

* As taxas de respostas variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas. **Salário mínimo (S.M.) vigente em 2012: 622,00.
 ***ACS: agentes comunitários de saúde. ACE: agente comunitário de endemias.

Mais de um terço dos(as) trabalhadores(as) estava em situação de DER (38,6%). Quase um quarto da população (21,7%) apresentou suspeição para TMC (**Tabela 1**).

Desigualdades de gênero e raça foram explicitadas nas características socioeconômicas e laborais. Mulheres e negros apresentaram os piores indicadores sociais: menor nível de escolaridade, menor renda, alocação em postos de trabalho mais

desgastantes e com menor reconhecimento social e maior sobrecarga doméstica (**Tabela 2**).

As variáveis de exposição (gênero, raça e estressores ocupacionais) foram independentemente associados ao adoecimento mental. A prevalência de TMC foi maior entre as mulheres (22,8%), entre pretos(as)/pardos(as) (22,4%) e entre trabalhadores(as) em situação de DER (32,0%). No ajuste pelas covariáveis de interesse, apenas a exposição ao DER permaneceu estatisticamente associada aos TMC (**Tabela 3**).

Tabela 2 Características sociodemográficas e laborais segundo gênero e raça/cor. Trabalhadores(as) da saúde. Bahia, Brasil. 2012 (n = 3343)*

Variáveis	Homem Branco		Homem Negro		Mulher Branca		Mulher Negra		p-valor**
	(n=146)*	%	(n=577)*	%	(n=392)*	%	(n=2.163)*	%	
Escolaridade									
Com nível superior	90	63,4	138	24,2	192	49,9	503	23,5	< 0,001
Sem nível superior	52	36,6	433	75,8	193	50,1	1.633	76,5	
Idade									
Até 40 anos	82	56,2	343	59,7	223	57,5	1.241	57,7	< 0,812
Mais de 40 anos	64	43,8	232	40,3	165	42,5	909	42,3	
Situação Conjugal									
Com companheiro(a)	60	41,4	231	40,2	163	41,8	928	43,0	< 0,667
Sem companheiro(a)	85	58,6	344	59,8	227	58,2	1.231	57,0	
Filhos									
Não	64	43,8	186	32,3	133	34,0	609	28,3	< 0,001
Sim	82	56,2	389	67,7	258	66,0	1.542	71,7	
Renda									
Até 2 S.M***	47	37,7	303	62,1	174	53,4	1.312	73,6	< 0,001
Mais de 2 S.M	79	62,3	185	37,9	152	46,6	470	26,4	
Ocupação									
Médico(a)	34	23,6	47	8,2	42	10,8	31	1,4	< 0,001
Enfermeiro(a)	13	9,0	14	2,4	57	14,6	140	6,5	
Outros(as) de nível superior	26	18,1	38	6,6	59	15,1	125	5,9	
Técnicos(as) de enfermagem	4	2,8	22	3,8	58	14,9	346	16,0	
ACS/ACE****	15	10,4	135	23,5	85	21,8	785	36,3	
Outros(as) de assistência indireta	52	36,1	575	55,5	89	22,8	733	33,9	
Jornada Semanal									
Até 40 horas	85	58,6	404	70,9	292	76,0	1.688	80,5	< 0,001
Mais de 40 horas	60	41,4	166	29,1	92	24,0	412	19,5	
Vínculo empregatício									
Efetivo	63	44,4	364	63,6	211	54,4	1.494	69,6	< 0,001
Temporário	79	55,6	208	36,4	177	45,6	653	30,4	
Satisfação com o trabalho									
Satisfeito(a)	108	74,0	424	73,5	302	77,6	1.618	74,9	< 0,526
Insatisfeito(a)	38	26,0	153	26,5	87	22,4	542	25,1	
Sobrecarga Doméstica									
Baixa	123	87,9	421	79,7	247	65,0	906	45,1	< 0,001
Alta	17	12,1	107	20,3	133	35,0	1.104	54,9	

* As taxas de respostas variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas. **Teste qui-quadrado de Pearson. ***Salário mínimo (S.M.) vigente em 2012: 622,00. ****ACS= agentes comunitários de saúde. ACE= agente comunitário de endemias.

Tabela 3 Prevalências, razões de prevalência e intervalos de confiança de 95% para transtornos mentais comuns (TMC) segundo gênero, raça e estresse ocupacional. Trabalhadores(as) da saúde, Bahia, Brasil, 2012 (n = 3.343)*

Exposições	TMC		Análise bruta		Análise ajustada**	
	n	P(%)	RP	IC95%	RP**	IC95%**
Gênero						
Homens	129	18,0	-	-	-	-
Mulheres	575	22,8	1,26	1,06 ; 1,50	1,11	0,90 ; 1,36
Raça						
Branco(as)	92	17,7	-	-	-	-
Pretos(as)/Pardos(as)	579	22,4	1,26	1,03 ; 1,54	1,13	0,89 ; 1,43
Amarelo	10	22,7	1,28	0,72 ; 2,28	1,51	0,84 ; 2,73
Indígenas	8	19,5	1,10	0,57 ; 2,11	1,35	0,70 ; 2,60
DER						
Equilíbrio	302	15,7	-	-	-	-
Desequilíbrio	391	32,0	2,04	1,79 ; 2,33	1,89	1,61 ; 2,22

* As taxas de respostas variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas.

**Medidas Ajustadas por: escolaridade, ter filhos, vínculo de trabalho, jornada semanal, ocupação, renda e sobrecarga doméstica. P= prevalência; RP= razão de prevalência; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; DER= Desequilíbrio Esforço-Recompensa

A prevalência de TMC variou entre os grupos, considerando-se os efeitos de uma única exposição e das exposições combinadas. Os homens brancos em situação de equilíbrio E-R (grupo de referência) apresentaram menor prevalência de TMC (10,1%),

enquanto a maior prevalência foi observada entre as mulheres negras em situação de estresse (grupo simultaneamente exposto aos três fatores considerados), atingindo 33,1%, aproximadamente três vezes aquela encontrada no grupo de referência (**Tabela 4**).

Tabela 4 Prevalências, razões de prevalência e intervalos de confiança de 95% para transtornos mentais comuns (TMC) segundo categoriais interseccionais de gênero, raça e estresse ocupacional. Trabalhadores(as) da saúde, Bahia, Brasil, 2012 (n = 3.012)*

Exposições	TMC				
	Análise bruta			Análise ajustada**	
	P(%)	RP	IC95%	RP**	IC95%**
Referência					
Gênero= 0, Raça= 0, DER= 0 (Homens brancos em situação de equilíbrio E-R)	10,1	1,00	-	-	-
Categorias interseccionais					
Gênero= 1, Raça= 0, ERI= 0 (Mulheres brancas em situação de equilíbrio E-R)	11,7	1,15	0,56 ; 2,36	0,93	0,43 ; 2,02
Gênero= 0, Raça= 1, ERI= 0 (Homens negros em situação de equilíbrio E-R)	13,5	1,33	0,67 ; 2,61	1,14	0,55 ; 2,34
Gênero= 0, Raça= 0, ERI= 1 (Homens brancos em situação de DER)	23,3	2,30	1,01 ; 5,24	1,65	0,62 ; 4,37
Categorias interseccionais combinadas					
Gênero= 1, Raça= 1, ERI= 0 (Mulheres negras em situação de equilíbrio E-R)	17,5	1,73	0,92 ; 3,26	1,26	0,64 ; 2,49
Gênero= 0, Raça= 1, ERI= 1 (Homens negros em situação de DER)	29,3	2,90	1,49 ; 5,59	2,16	1,05 ; 4,44
Gênero= 1, Raça= 0, ERI= 1 (Mulheres brancas em situação de DER)	32,4	3,20	1,65 ; 6,21	2,26	1,12 ; 4,69
Gênero= 1, Raça= 1, ERI= 1 (Mulheres negras em situação de DER)	33,1	3,27	1,74 ; 6,12	2,28	1,14 ; 4,45

* As taxas de respostas variaram em função de perdas de informações para as variáveis analisadas. **Medidas Ajustadas por: escolaridade, ter filhos, vínculo de trabalho, jornada semanal, ocupação, renda e sobrecarga doméstica. P: prevalência; RP: razão de prevalência; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%; DER= Desequilíbrio Esforço-Recompensa; 0 = Não-exposto; 1= Exposto.

A análise mostrou que as mulheres brancas em situação de equilíbrio E-R apresentaram maior prevalência de TMC (11,7%) do que os homens brancos na mesma situação (10,1%). Homens negros, também em situação de equilíbrio E-R, apresentaram maior prevalência de TMC (13,5%) do que as mulheres brancas. Verificou-se maior prevalência de TMC entre os trabalhadores brancos em situação de estresse ocupacional (23,3%). No entanto, não foi observada significância estatística para as medidas de associação entre essas categoriais interseccionais e a ocorrência de TMC após ajuste do modelo pelas covariáveis de interesse (**Tabela 4**). Registra-se, contudo, que, dentre as exposições investigadas separadamente, a exposição aos estressores ocupacionais foi aquela de maior prevalência de TMC.

A combinação das exposições evidenciou uma tendência de aumento das prevalências de TMC, bem como das razões de prevalência brutas e ajustadas, em comparação ao grupo de referência. A prevalência de TMC na intersecção de gênero e raça (17,5%) foi maior que aquelas expostas a esses fatores separadamente, apesar do nível de significância estatística não ser expressivo. A combinação de raça-estressores ocupacionais, de gênero-estressores ocupacionais e de gênero-raça-estressores ocupacionais elevou a prevalência de TMC para 29,3%, 32,4% e 33,1%, respectivamente, a níveis estatisticamente significantes (**Tabela 4**). Adicionalmente, os excessos de prevalência observados para os fatores combinados superaram os valores esperados, evidenciando interação entre os fatores de exposição (**Tabela 5**).

Tabela 5 Excessos de prevalência, de razões de prevalência e diferença relativa para transtornos mentais comuns (TMC) segundo categorias interseccionais de gênero, raça e estresse ocupacional. Trabalhadores(as) da saúde, Bahia, Brasil, 2012 (n = 3.083)

Exposições	P(%)	Excesso de prevalência ^a	Excesso de Razão de Prevalência (ERP = RP - 1)		Diferença Relativa ^d ((A/B) - 1) (%)
			Observado (ERPO) (A) ^b	Esperado baseado nas exposições separadas (B) ^c	
Referência					
Gênero = 0, Raça = 0, DER = 0 (Homens brancos em situação de equilíbrio E-R)	10,1	-	-	-	-
Categorias interseccionais					
Gênero = 1, Raça = 0, ERI = 0 (Mulheres brancas em situação de equilíbrio E-R)	11,7	1,6	0,15	-	
Gênero = 0, Raça = 1, ERI = 0 (Homens negros em situação de equilíbrio E-R)	13,5	3,4	0,33	-	
Gênero = 0, Raça = 0, ERI = 1 (Homens brancos em situação de DER)	23,3	13,2	1,30	-	
Categorias interseccionais Combinadas					
Gênero = 1, Raça = 1, ERI = 0 (Mulheres negras em situação de equilíbrio E-R)	17,5	7,4	0,73	0,48	52
Gênero = 0, Raça = 1, ERI = 1 (Homens negros em situação de DER)	29,3	19,2	1,90	1,63	16
Gênero = 1, Raça = 0, ERI = 1 (Mulheres brancas em situação de DER)	32,4	22,3	2,20	1,45	51
Gênero = 1, Raça = 1, ERI = 1 (Mulheres negras em situação de DER)	33,1	23,0	2,27	1,78	27

^a (P_{exposição} - P_{nenhuma exposição}).

^b Excesso de razão de prevalência observado (ERP = RP - 1).

^c Excesso de razão de prevalência esperado baseado em exposições separadas = ERPO⁰¹ + ERPO¹⁰.

^d Diferença relativa (R₁₁ - 1 / (ERP₀₁ + ERP₁₀) - 1).

P = prevalência; DER = Desequilíbrio Esforço-Recompensa.

0 = Não-exposto; 1 = Exposto.

Os cálculos foram adaptados para avaliar a interação entre três exposições³³.

A diferença relativa entre as estimativas das prevalências combinadas (incluindo as exposições simultâneas de gênero, raça e DER) indicou um afastamento do comportamento esperado para a ação independente dos fatores, segundo modelos aditivos, com valores de: 52% para as mulheres negras em situação de equilíbrio E-R; 16% para homens negros em situação de estresse ocupacional; 51% para mulheres brancas em situação de estresse ocupacional e de 27% para mulheres negras em situação de estresse ocupacional. Verifica-se que a interação de aditividade foi mais expressiva quando a exposição ao gênero esteve presente e combinada com a raça (Tabela 5).

Discussão

A prevalência de TMC foi maior entre mulheres, negros(as) e pessoas em situação de estresse laboral. Os três fatores de exposição, quando combinados, resultaram em maior prevalência de TMC, sendo quase três vezes maior entre as mulheres negras em desequilíbrio E-R em relação aos homens brancos em situação de equilíbrio.

Nossos resultados corroboram a literatura que destaca tanto a maior participação das mulheres no setor saúde quanto a predominância de população de raça/cor preta/parda na região onde se realizou o estudo. Verifica-se a reprodução das tarefas que ocorrem no âmbito doméstico, com profissões voltadas para o cuidado, decorrentes do estereótipo feminino socialmente construído e reproduzido no mundo do trabalho³⁴. Especialmente o trabalho em saúde, onde a participação feminina é expressiva nas profissões ligadas à assistência direta aos usuários (ex.: enfermagem, técnicos de enfermagem, ACS). A raça/cor preta e parda, por sua vez, representou 80,9% da amostra compatível com a população investigada. Dados oficiais do estado da Bahia destacam que pretos(as) e pardos(as) correspondem a 81,1% da população do estado, sendo responsáveis por 81,6% da força de trabalho no ano de 2019³⁵.

Apesar da predominância de mulheres e de negros na amostra estudada, a divisão sexual e racial do trabalho contribui para assimetrias na distribuição de poder, de acesso à qualificação profissional e de oportunidades de ascensão na carreira^{17,36}. Os trabalhadores brancos, de modo geral, estão em posições de trabalho mais valorizadas, envolvendo maior remuneração salarial, menor exposição a estressores e possibilidades mais amplas de manejo de situações de estresse – fatores esses que podem contribuir para qualidade de vida e saúde mental². Os resultados encontrados neste estudo corroboram essa condição: os trabalhadores brancos apresentaram nível

de escolaridade mais elevado e maior renda, além disso, ocupavam, mais frequentemente, profissões de maior destaque social, reconhecimento e remuneração, a exemplo das ocupações de nível superior e de maior valorização (como a medicina), quando comparados aos outros grupos. Essas características podem representar condições vantajosas, capazes de proteger a saúde mental no trabalho. Nossos resultados fortalecem essa hipótese, uma vez que a menor prevalência de TMC foi verificada nesse grupo (tomado como referência).

Dessa forma, maior vulnerabilidade feminina aos TMC tem sido descrita na literatura^{2,5,37}. Conforme evidenciado nos resultados, as mulheres, independente da raça, enfrentam condições de trabalho mais precárias, que são caracterizadas por ocupações com baixa valorização social, menor remuneração, poucas chances de promoção na carreira e baixo controle sobre o próprio trabalho. Associa-se, a essas situações desfavoráveis, a dupla jornada de trabalho, em decorrência da sobrecarga doméstica, em que as atividades como cuidar da limpeza da casa, lavar, cozinhar e cuidar de crianças e idosos são culturalmente impostas a elas. A exposição simultânea ao trabalho remunerado e ao doméstico amplia a jornada total de trabalho, mantém a exposição aos fatores estressantes por um período maior e compromete as atividades de recomposição do desgaste (tempo de descanso, lazer e cuidado de si)³². Os dados encontrados neste estudo de percentuais mais elevados de alta sobrecarga doméstica entre as mulheres, especialmente entre as negras, evidenciam que a inserção em um trabalho remunerado não reduziu as responsabilidades pelas atividades domésticas e de cuidado da família. Assim, é possível que a extensão da jornada de trabalho (indicada como uma diferença de gênero) contribua para a manutenção das desigualdades nos indicadores de saúde observados.

A maior exposição a alta sobrecarga doméstica entre as mulheres negras pode decorrer da menor renda e piores condições de vida e moradia, elementos que contribuem para elevar o tempo destinado ao trabalho doméstico, uma vez que restringem potenciais recursos de auxílio na realização dessas atividades. Para essas mulheres, eleva-se, sobremaneira, a carga horária total de trabalho³². Desse modo, impõe-se, especialmente às trabalhadoras negras, a redução do tempo livre disponível para cuidar de si e para praticar atividades de lazer que podem amenizar os impactos negativos do trabalho sobre a saúde física e mental². Fato evidenciado pela maior sobrecarga doméstica e maior prevalência de TMC entre elas.

Em situações de trabalho com menor exposição aos estressores ocupacionais, a raça, isoladamente, resultou em maiores prejuízos à saúde mental do que o gênero. Neste estudo, verificou-se nítido

distanciamento entre branco(as) e negros(as), no que diz respeito ao adoecimento mental. A maior prevalência de TMC entre os(as) negros(as) pode estar associada ao racismo estrutural característico da nossa sociedade e das instituições de saúde, relegando a população negra aos postos de trabalho mais precários, com demandas exaustivas e menos recompensadores^{1,2}. Situação de menor renda, menor escolaridade e maior participação em ocupações mais desgastantes foram observadas entre os(as) trabalhadores(as) negros(as). Dessa forma, esses(as) trabalhadores(as) podem ter menor acesso a recursos sociais, que poderiam promover melhoria das condições de vida, saúde e ascensão profissional, retroalimentando um ciclo vicioso de desigualdade racial e social.

A exposição isolada ao desequilíbrio E-R elevou a prevalência de TMC entre os trabalhadores brancos. A experiência recorrente de que o esforço não é adequadamente recompensado deteriora a autoestima do(a) trabalhador(a), gera sensação de humilhação e impacta negativamente na saúde mental³⁸.

Apesar de os trabalhadores brancos, historicamente, ocuparem posições de trabalho mais equilibradas, cabe chamar a atenção para o contexto geral de precarização do trabalho que, no modelo de desenvolvimento econômico atual, caracteriza-se por situações de forte concorrência, perda de direitos sociais e trabalhistas e temor constante de desemprego que submetem esse grupo de trabalhadores(as) a aceitarem experiências de alto esforço e baixa recompensa para manter seus empregos e as chances de promoção na carreira. Para adquirir experiência e progredir na carreira, alguns trabalhadores aceitam se submeter a condições laborais injustas. Isto tem sido denominado “escolha estratégica”⁹, no entanto, a condição de precarização geral do trabalho tem limitado o sucesso dessa estratégia, uma vez que a progressão e estabilização de condições favoráveis torna-se sempre algo a ser conquistado no futuro – um futuro que nunca chega. A elevada prevalência de TMC para os homens brancos na situação de desequilíbrio E-R pode estar apontando a falência dessa estratégia.

Apesar de se verificar forte associação entre situações de DER e TMC, a análise conjunta das exposições demonstrou que o acúmulo de desvantagens sociais resultou em maior vulnerabilidade ao estresse e adoecimento mental. Os resultados reforçam a intersecção gênero-raça como estruturante das iniquidades em saúde. Assim, é crucial que seus efeitos sejam analisados conjuntamente^{1,14}.

Diferentemente do que foi observado entre os(as) trabalhadores(as) em situação de equilíbrio E-R, verificou-se maior ocorrência de TMC entre as mulheres em situação de estresse, independentemente da raça,

do que entre os homens negros, na mesma categoria. Mais estudos são necessários para melhor entendimento das diferenças na exposição ao estresse ocupacional entre mulheres brancas e homens negros e seus impactos na saúde mental. Um dos aspectos que pode ser explorado para melhor compreender esses resultados relaciona-se a análise de novos fatores, que podem ter papel importante na determinação de desigualdades e desvantagens no mundo do trabalho e que não foram incluídas neste estudo, como a classe social, por exemplo. A inclusão dessa dimensão é particularmente relevante considerando que trabalhadores(as) com maior acúmulo de desvantagens sociais estão mais suscetíveis a transações contratuais injustas, pois os riscos de rejeitá-las são baixos devido a não terem escolha e dependerem do trabalho para sua subsistência, caracterizando uma experiência de ‘dependência’, na qual a falha na reciprocidade das relações laborais é claramente perceptível. Enquanto trabalhadores(as) em melhor posição social desfrutam da possibilidade de ‘escolher’, estrategicamente, se submeterem à uma condição de alto esforço em troca de baixa recompensa por um determinado tempo, visando progredir na carreira e, no futuro, desfrutar de uma situação laboral mais favorável⁹.

As mulheres negras apresentaram os piores indicadores sociais em relação aos demais estratos: menor nível de escolaridade, menor renda, ocupação de postos de trabalho mais desgastantes e com menor reconhecimento social, além de estarem expostas a maior sobrecarga doméstica. Essas variáveis estão intimamente relacionadas e refletem relações de classe e poder. O nível educacional influencia aspirações pessoais, autoestima e busca por novos conhecimentos, que podem resultar em atitudes e comportamento mais saudáveis. Maior escolaridade amplia a possibilidade de escolhas na vida e, por esses motivos, relaciona-se diretamente com a saúde mental. Além disso, o grau de escolaridade reflete a qualificação dos indivíduos para exercer determinadas ocupações e, dessa maneira, influencia as condições socioeconômicas e inserção no mercado de trabalho. A renda, por sua vez, proporciona acesso a melhores condições de vida e moradia, o que pode reduzir a sobrecarga doméstica. Por outro lado, a insegurança e o estresse gerado pela falta de dinheiro são fatores associados ao adoecimento mental³⁹. Nossos achados corroboram com resultados encontrados em estudo de base populacional, que indicou maior prevalência de TMC entre mulheres, negros(a), indivíduos com baixo nível educacional e menor renda¹³.

A interseccionalidade gênero-raça revelou o quanto as mulheres negras estão mais fortemente posicionadas em espaços de vulnerabilidade social, que farão delas mais suscetíveis ao estresse ocupacional e ao adoecimento mental. A sobreposição das

opressões entrelaça uma complexa teia de desigualdade que é socialmente reproduzida e se mantém, adoecendo mais frequentemente os seus corpos⁴⁰.

Este estudo apresenta contribuições cuja originalidade pode ser identificada na abordagem de múltiplas situações que determinam desvantagens e desigualdades nas condições de saúde mental; permite aprofundar o conhecimento sobre vulnerabilidade social, estressores ocupacionais e adoecimento mental. Contudo, é preciso considerar também suas limitações. A primeira delas refere-se aos tipos de vieses característicos dos estudos transversais, a exemplo do viés de memória, do viés do trabalhador sadio e da causalidade reversa. Este desenho de estudo não permite acompanhar a trajetória de vida e considerar o papel de cada fator de exposição no tempo. Outra limitação refere-se ao pequeno número de trabalhadores do sexo masculino, principalmente homens brancos, fato que impossibilitou análises mais robustas e precisas. No entanto, o tamanho amostral previamente estabelecido para cada estrato foi superado, considerando a distribuição percentual dos grupos por sexo, ocupação e nível de complexidade dos serviços. Em relação aos possíveis vieses de seleção devido à inclusão de um número maior de trabalhadores(as) do que o tamanho amostral mínimo estabelecido, destaca-se que a inclusão considerou o percentual de trabalhadores(as) nos estratos da população-alvo. Os procedimentos metodológicos adotados no processo de seleção e a limitação da lista de substituição a um máximo de 20% do total buscaram garantir essa representatividade.

Apesar das limitações, este estudo permitiu avançar na análise interseccional de fatores de exposição, especialmente gênero e raça, uma vez que, estudos de desigualdades em saúde raramente consideram

avaliação conjunta de vulnerabilidades. Ressalta-se a relevância de considerar as interseccionalidades na análise de iniquidades em saúde de trabalhadores(as), que permitem evidenciar o efeito do acúmulo de desvantagens sobre a saúde mental.

Considerações finais

Este estudo evidenciou maior prevalência de TMC entre mulheres, negros(as) e trabalhadores(as) em situação de estresse ocupacional. A combinação dos fatores elevou a prevalência de TMC, em relação às exposições isoladas, confirmando a existência de interação entre as exposições. As mulheres negras em situação de estresse ocupacional estavam mais vulneráveis socialmente, pois acumulam desvantagens sociais, que culminam em maior exposição ao adoecimento mental.

Confirma-se a pertinência e relevância de analisar gênero e raça conjuntamente. A interseccionalidade, neste sentido, permite acessar mais detalhadamente iniquidades em saúde no que diz respeito à relação entre estresse ocupacional e saúde mental, além de como essas iniquidades podem aumentar ou reduzir por meio da intersecção.

Por fim, faz-se necessário ampliar as discussões sobre fatores associados ao adoecimento mental, incorporando a dimensão de classe social às análises conjuntamente com gênero e raça. Estudos nesta perspectiva podem explicar as diferenças percebidas entre mulheres brancas e homens negros quando expostos(as), ou não, aos estressores ocupacionais e aprofundar o conhecimento sobre a interação entre gênero, raça e classe social na produção e reprodução das desigualdades sociais em saúde.

Referências

1. Smolen JR, Araújo EM, Oliveira NF, Araújo TM. Intersectionality of Race, Gender, and Common Mental Disorders in Northeastern Brazil. *Ethn Dis*. 2018;28(3):207-14.
2. Campos FM, Araújo TM, Viola DN, Oliveira PCS, Sousa CC. Estresse ocupacional e saúde mental no trabalho em saúde: desigualdades de gênero e raça. *Cad Saúde Colet*. 2020;28(4):579-89.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Lisboa, 2002. [citado em 21 nov 2023]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001_por.pdf?sequence=4
4. Carmo MBB, Santos LM, Feitosa CA, Fiaccone RL, Silva NB, Santos DN, et al. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? *Rev Bras Psiquiatr*. 2018;40(2):115-22.
5. Sousa CC, Araújo TM, Lua I, Gomes MR, Freitas KS. Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(7):e00246320.
6. Oliveira AMN; Araújo TM. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica de saúde. *Trab. educ. saúde*. 2018;16(1):243-62.
7. Araújo TM, Siegrist J, Moreno AB, Fonseca MJM, Barreto SM, Chor D, et al. Effort-Reward Imbalance, Over-Commitment and Depressive

- Episodes at Work: Evidence from the ELSA-Brasil Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(17):3025.
8. Siegrist, J. Adverse health effects of high- effort – low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):27-41.
 9. Siegrist J, Wahrendorf M. Work stress and health in a globalized economy: The model of 'effort'- 'reward' imbalance. Cham: Springer; 2016.
 10. International Labour Office. World Employment and Social Outlook: Trends 2017. Geneva; 2017.
 11. Pinhatti EDG, Ribeiro RP, Soares MH, Martins JT, Lacerda MR, Galdino MJQ. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos menores na enfermagem: uso de modelos combinados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3068.
 12. Mattos AIS, Araujo TM, Almeida MMG. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(0):48.
 13. Moraes RSM, Silva DAS, Oliveira WF, Peres MA. Social inequalities in the prevalence of common mental disorders in adults: a population-based study in Southern Brazil. *Rev bras epidemiol*. 2017;20(01):43-56.
 14. Warner DF, Brown TH. Understanding how race/ ethnicity and gender define age-trajectories of disability: an intersectionality approach. *Soc Sci Med*. 2011;72(8):1236-48.
 15. Sousa CC, Araújo TM, Lua I, Gomes MR. Occupational stress and job dissatisfaction with health work. *Psicol Reflex Crit*. 2019;32(1):18.
 16. Scott J. Gender: a useful category of historical analyses. *Gender and the politics of history*. Nova York: Columbia University Press; 1989.
 17. Hirata H. Gênero, patriarcado, trabalho e classe. *TN*. 2018;16(29):14-27.
 18. Kergoat D. Da divisão do trabalho entre os sexos. *Tempo Social*. 1989;1(2):73-103.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 3a ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2017.
 20. Osório RG. O Sistema Classificatório de Cor ou Raça do IBGE. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, DF: IPEA; 2003.
 21. Maio MC, Monteiro S, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Cor/raça no Estudo Pró- Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):171-80.
 22. Araújo TM, Sousa CC, Siegrist J. Stressful work in primary health care and mental health: the role of gender inequities in Brazil. *Am J Ind Med*. 2022;65(7):604-12.
 23. Leineweber C, Wege N, Westerlund H, Theorell T, Wahrendorf M, Siegrist J. How valid is a short measure of effort-reward imbalance at work? A replication study from Sweden. *Occup Environ Med*. 2010 Aug;67(8):526-31.
 24. Montano D, Li J, Siegrist J. The measurement of Effort-Reward Imbalance (ERI) at work. In: Siegrist J, Wahrendorf M, editors. *Work Stress and Health in a Globalized Economy: The Model of 'Effort'-'Reward' Imbalance*. Basel: Springer; 2016. p. 21-42.
 25. Chor D, Werneck GL, Faerstein E, Alves MGM, Rotenberg L. The Brazilian version of the effort-reward imbalance questionnaire to assess job stress. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):219-24.
 26. Silva, LS, Barreto SM. Adaptação transcultural para o português brasileiro da escala effort-reward imbalance: um estudo com trabalhadores de banco. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(1) 32-6.
 27. Santos KOB, Carvalho FM, Araújo TM. Internal consistency of the Self-Reporting questionnaire-20 in occupational groups. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(6):1-10.
 28. Abbas RA, Hammam RA, El-Gohary SS, Sabik LM, Hunter MS. Screening for common mental disorders and substance abuse among temporary hired cleaners in Egyptian Governmental Hospitals, Zagazig City, Sharqia Governorate. *Int J Occup Environ Med*. 2013;4(1):13-26.
 29. Santos KOB, Araújo TM, Pinho OS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidadepsíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). *Rev Baiana Saúde Pública*. 2010;34(3):544-60.
 30. Thierney D, Romito P, Messing, K. She ate not the bread of the idleness: exhaustion is related to domestic and salaries working conditions among 539 Québec hospital workers. *Women Health*. 1990;16(1):21-42.
 31. 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.
 32. Pinho OS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(3):560-72.
 33. Ferrite S, Santana V. Joint effects of smoking, noise exposure and age on hearing loss. *Occup Med*. 2005;55(1):48-53.
 34. Barbosa RHS, Menezes CAF, David HMSL, Bornstein VJ. Gender and healthcare work: a critical view of community health agents' work. *Interface*. 2012;16(42):751-65.
 35. Bahia. Panorama socioeconômico da população negra da Bahia. Textos para discussão, nº 17 [Internet]. Salvador; 2020 [acesso em: 30 set. 2022]. Disponível em: http://www.sei.ba.gov.br/images/publicacoes/download/textos_discussao/texto_discussao_17.pdf.

36. Miguel LF. Voltando à discussão sobre capitalismo e patriarcado. *Rev. Estud. Fem.* 2019;25(3):1219-37.
37. Quinn MM, Smith PM. Gender, Work, and Health. *Ann Work Expo Health.* 2018;62(4):389-92.
38. Rugulies R, Aust B, Madsen IEH. Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scand J Work Environ Health* 2017;43(4):294-306.
39. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(2):213-21.
40. Akotirene C. *Interseccionalidade.* São Paulo: Jandaíra; 2020.

Contribuições de autoria

Sousa CC e Araújo TM participaram do delineamento do projeto, coleta e análise dos dados até a escrita e aprovação final do texto para publicação e assumem responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, garantindo que os relacionados à exatidão ou integridade de qualquer parte do trabalho foram apropriadamente investigados e solucionados.

Disponibilidade de dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação à autora correspondente.

Recebido: 30/04/2022
Revisado: 01/02/2023
Aprovado: 27/03/2023

Editor-Chefe:
Eduardo Algranti