

ANDRÉA MONTEIRO DE AMORIM

**EMPREGO EM SERVIÇOS DOMÉSTICOS E
EFEITOS SOBRE A SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Colegiado do curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Vilma Sousa Santana

Salvador
2008

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

A524e Amorim, Andréa Monteiro de.

Emprego em serviços domésticos e efeitos sobre a saúde / Andréa Monteiro de Amorim. - Salvador: A. M. Amorim, 2010.

96 f.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Vilma Sousa Santana.

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Emprego - Serviços Domésticos. 2. Assédio Sexual. 3. Alcoolismo. 4. Depressão. 5. Acidentes de Trabalho. 6. Prevalência. I. Título.

CDU 331

Aos meus pais... Aydil e Ruy (na memória, no coração e na alma) pela VIDA que me destes, exemplos e Amor ilimitável.

Ao meu rebento, Benjamin, pela transcendência...

"Só a Amor nos leva onde nunca fomos"

AGRADECIMENTOS

A Deus, à Vida, à minha família espiritual...

À TODA minha amada família carnal e agregados. Por estarem sempre junto a mim até quando nem eu mesma estava. Por acreditar em mim e me fazer também crer que esta tese era mesmo possível.

À Vilma Santana, pela paciência, dedicação... Puxões de orelha... E, principalmente, por ter acreditado e não desistido de mim...

Ao querido Fernando Carvalho, por ter me colocado "neste mundo" e, especialmente, por um puxão de orelha numa hora decisiva.

Às poderosas amigas – Alina, Jeanne e Maria. Exemplos de mulheres a serem seguidos... por tantas e tantas coisas, hein?

Aos grandes amigos Franzé e Waltinho, por sessões e mais sessões de "levantamento de auto-estima"...

Às amizades construídas e solidificadas durante este processo de doutoramento e que fortaleceram a minha coragem: Alcina, Luciara, Silvana, Floricéia, Chico Pacheco, Jurema Serafim e família. E sem poder deixar de citar – Marcinha, Susie, Marquinho, Drica, Bárbara, Clarissa, Igor... Ai que medo de estar esquecendo alguém...

À Martha Itaparica e Ana Verena Madeira, tantas conversas, desabafos, conselhos. Por segurar a barra nas minhas ausências, por... existirem na minha vida! Vocês também são grandes exemplos para mim.

Ao amigo Cláudio Embirussu, e as amigas Alcione e Eliane, pela longa estrada, por tanta compreensão e palavras exatas no momento correto que fizeram tanta diferença. Também a Tania e a Rejâne sempre fundamentais na minha formação ética e científica, além da grande amizade. Só gratidão!

A Rodrigo por me acompanhar, nem sempre pacientemente (rsrs!), nesta última etapa do doutorado. Por também contribuir muito nas sessões de "levantamento de auto-estima".

Aos meus amigos que muito me distanciei fisicamente nesta longa jornada, mas que não saem do meu coração e pensamento... Mabi, Claudinha, Cris, Toninho, Sandrinha. Meu irmão de amor, Cristiano, e sua amada Luana. E mais uma galera que graças a Deus tive e tenho o privilégio de compartilhar minha Vida, desde tempos remotos (rsrsrs!).

Aos meus (ex-) alunos da UNIME e da FTC que estão até agora partilhando comigo esta tal tese... Vocês não imaginam a gratidão que sinto! Especial agradecimento aos Rodrigues José e Serafim. Fundamentais no meu retorno.

Aos pisateanos, pela longa caminhada compartilhada e amizade estabelecida... Shillx, Alane, Gustavo, Roberval, Bouzas, Jonatas, Silvitas, Marla, Bel, Rê, Rosa, Iracema... À Cláudia e profa. Teresa pela contribuição nessa etapa final.

Aos meus professores e colegas, pela oportunidade de aprendizado.

Aos funcionários do ISC por serem além de bons profissionais, tão legais comigo, sempre!!!

Enfim, foram MUITOS acontecimentos ao longo da tese... Será sempre impossível manifestar o quanto vocês foram importantes... Não há palavras que traduzam tanta gratidão. Certamente, quando estiver imprimindo a tese, lembrarei de outros tantos nomes que não foram citados, mas não deixaram de ser fundamentais... Eu não conseguiria sem cada um de vocês, portanto, esta tese é nossa!!!

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	6
2. REVISÃO DE LITERATURA	10
3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	19
4. O PROJETO ACIDENTES	24
5. QUESTÕES DE PESQUISA	27
6. OBJETIVOS	27
7. RESULTADOS	28
ARTIGO I: ASSÉDIO SEXUAL E ALCOOLISMO ENTRE EMPREGADAS EM SERVIÇOS DOMÉSTICOS	29
Introdução	30
Métodos	32
Resultados	36
Discussão	38
Referências	42
Tabela 1: Características da população do estudo	46
Tabela 2: Características da população do estudo de acordo com o assédio sexual	47
Tabela 3: Prevalências, razões de prevalência e Intervalo de Confiança a 90% para a associação de variáveis sócio-demográficas e ocupacionais e consumo abusivo de álcool, CAA, e dependência do álcool, DA	48
Tabela 4. Análise estratificada da associação entre assédio sexual e consumo abusivo de álcool, CAA, e dependência do álcool, DA, de acordo com as variáveis do estudo	49
Tabela 5 – Resultados da análise logística para a associação entre assédio sexual e as variáveis de desfecho consumo abusivo de álcool, CAA, e dependência do álcool, DA, de acordo com variáveis selecionadas	50
ARTIGO II: EMPREGO EM SERVIÇOS DOMÉSTICOS E DEPRESSÃO	51
Introdução	52
Métodos	54
Resultados	57
Discussão	59
Referências	63
Tabela 1: Características sócio-demográficas e ocupacionais da população do estudo ..	66
Tabela 2: Fatores psicossociais e depressão na população do estudo	67
Tabela 3 – Razões de prevalência brutas e ajustadas por nível educacional para a associação entre emprego em serviços domésticos e depressão (DSM IV, PHQ) baseado no modelo de regressão logística	68

ARTIGO III: EMPREGO EM SERVIÇOS DOMÉSTICOS E ACIDENTES DE TRABALHO	69
Introdução	70
Métodos	72
Resultados	76
Discussão	77
Referências	82
Tabela 1: Características sócio-demográficas e ocupacionais da população do estudo	85
Tabela 2: Taxas e Razões de Taxas de Incidência para a associação entre ESD e acidentes de trabalho não fatais, com Intervalos de Confiança a 95%, de acordo com variáveis sócio-demográficas e ocupacionais	86
Tabela 3: Taxas e Razões de Taxas de Incidência para a associação entre ESD e acidentes de trabalho não fatais, com Intervalos de Confiança a 95%, de acordo com variáveis relacionadas à saúde	87
Tabela 4: Resultados da regressão de Poisson para a associação entre emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais, controlada pela variável modificadora de efeito	88
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
9. REFERÊNCIAS	92

1. APRESENTAÇÃO

Estudos epidemiológicos sobre problemas de saúde auto-referidos no emprego em serviços domésticos (ESD) ainda são escassos na literatura científica apesar deste grupo representar o maior contingente de mulheres ocupadas no Brasil. Através desta Tese pretende-se ampliar os conhecimentos sobre a associação entre essa ocupação e alguns efeitos à saúde dessas trabalhadoras.

No ARTIGO 1 “Assédio sexual e alcoolismo entre empregadas em serviços domésticos” testa-se a hipótese de associação positiva entre a história de assédio sexual no emprego em serviços domésticos e o uso de bebidas alcoólicas na idade adulta: consumo abusivo de álcool, definido a partir da DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (2002)¹ e dependência do álcool, definido a partir do QMPA, Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos, instrumento desenvolvido por Santana em 1982 (SANTANA et al., 1997) e amplamente utilizado em pesquisas populacionais sobre distúrbios mentais. Segundo referência de empregadas em serviços domésticos, o assédio sexual é comum na ocupação (CEAFRO, 2001). O confinamento na residência dos patrões, a subordinação a estes sujeitos e a falta de legislação que lhes garanta segurança no trabalho são alguns fatores que podem ser apontados como facilitadores para a ocorrência do assédio sexual. Seguindo este direcionamento, diversos autores apontam para a associação positiva entre o assédio sexual no local de trabalho e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas (HESKETH et al., 2003; LARSSON et al., 2003; JACKSON et al., 2002; RICHMAN et al., 2002; ZEIRA et al., 2002; FITZGERALD et al., 1997; RICHMAN et al., 1996; BURNAM et al., 1988), fato que evidencia a necessidade de se testar a hipótese acima descrita.

No ARTIGO 2, intitulado “Emprego em serviços domésticos e depressão” analisa-se a associação entre o emprego em serviços domésticos e a depressão maior, considerando-se fatores de interação ou de confusão. A motivação surgiu a partir da observação de outros estudos epidemiológicos em saúde do trabalhador. Sales e Santana (2003), em estudo realizado em Salvador, BA verificaram que sintomas de depressão e ansiedade se associam com o emprego doméstico especialmente quando as trabalhadoras são mais jovens. Especificamente, a prevalência dos sintomas “tristeza/cansaço”, “pouca concentração”, “crises de irritabilidade” e “dor de cabeça” foi maior entre empregadas domésticas quando comparadas às que tinham outras

¹ Todas as citações aqui colocadas encontram-se nas referências dos Artigos e do Projeto de Tese.

ocupações, e essa diferença era maior entre as de 14 a 26 anos de idade. Grosch e Murphy (1998) em uma pesquisa realizada com trabalhadores norte americanos mostraram que babás, faxineiras e cozinheiras apresentavam maiores escores de depressão em relação àquelas com outras ocupações. Ludermir e Melo-Filho (2002) em um estudo sobre inserção no mercado de trabalho e ocorrência de transtornos mentais apontaram para a existência de associação entre baixos salários, ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista e desenvolvimento de ansiedade e depressão em uma população de mulheres residentes na cidade de Olinda, PE e que trabalham sem carteira de trabalho assinada. Como a depressão maior (DM) ainda não foi estudada para esta categoria ocupacional e várias dúvidas persistem sobre a existência de variáveis confundidoras ou modificadoras do efeito da associação entre o ESD e a DM resolveu-se fazer esta investigação.

Outro efeito à saúde das empregadas em serviços domésticos estudado nesta Tese são os acidentes de trabalho não fatais – ARTIGO 3, “Emprego em serviços e acidentes de trabalho”. Estudos de base comunitária foram realizados na última década com estimativas de incidência de acidentes de trabalho apresentando dados específicos para trabalhadores fora do sistema de dados da Previdência Social. Um dos primeiros foi realizado em São Paulo por Barata e colaboradores (2000) que estimaram a incidência cumulativa anual de acidentes de trabalho não fatais em 36,11/1.000 empregadas domésticas diaristas e de 34,66/1.000 empregadas domésticas mensalistas, menores apenas que a categoria de assalariado (48,07/1.000) e de assalariado autônomo (42,26/1.000). Em um inquérito realizado com estudantes adolescentes, também realizado em São Paulo, Fischer e colaboradores (2003) verificaram que as empregadas domésticas relataram duas vezes mais comumente acidentes de trabalho do que os que tinham outras ocupações.

Santana e colaboradores (2003) em estudo realizado com a mesma base de dados desta Tese relatam uma incidência anual de acidentes de trabalho não fatais de 7,3% entre as empregadas em serviços domésticos no exercício do trabalho. Metade desses acidentes causou algum tipo de efeito que levou 38,1% dessas mulheres a faltar o trabalho. Numa outra investigação analisou-se a densidade de incidência de acidentes de trabalho para trabalhadores formais e informais, verificando-se que entre as empregadas domésticas sem contrato formal de trabalho a taxa de incidência foi de 9,7/100 FTE quando comparadas com o grupo referente (5,2/100 FTE), no entanto, sem diferença estatisticamente significativa (RTI=1,87; IC 95% 0,87 – 4,00) (SANTANA; LOOMIS, 2004). Apesar da existência desses estudos ainda não foram analisadas as taxas de incidência especificamente para as empregadas domésticas,

nem explorada a hipótese de interação com a cor da pele sugerida nesse estudo. Devido a isso, foi realizado este artigo analisando-se a densidade de incidência dos acidentes de trabalho entre as empregadas domésticas, sua distribuição e fatores associados.

Esta pesquisa é um sub-projeto de um estudo epidemiológico sobre saúde e trabalho, que vem sendo conduzido em Salvador, Bahia, Brasil. Este estudo, longitudinal, coleta dados para os indivíduos que compõem uma amostra da população de Salvador, desde 2000 e tem duração prevista de 5 ondas, com previsão de acabar em 2010. Nesta pesquisa os dados são das etapas *baseline* (Fase 1) realizada em 2000 (ARTIGOS 1 e 3), e a 2ª onda (Fase 3) (ARTIGO 2) realizada em 2004. Além disso, agregou-se aos ARTIGOS 1 e 3 os dados do estudo realizado em Aracaju, capital de Sergipe em 2001 (DANTAS, 2005) com a mesma metodologia, embora limitado apenas a etapa basal, devido ao pequeno número de empregadas domésticas e, visando o aumento do poder do estudo.

A amostragem em ambas capitais foi do tipo aleatória de superfície de estágio único, realizada por meio de sorteio de sub-áreas de um mapa aerofotográfico de toda a área urbana das duas cidades. Considerando-se o número médio de pessoas na faixa de idade de interesse estimado pelo Censo (IBGE, 1999), foi possível definir o número de sub-áreas necessárias para se alcançar o tamanho definido para as amostras. Este desenho amostral foi utilizado devido à falta de registros de endereços completos e maior facilidade para localizar residências em áreas pobres. Além disso, este desenho permite uma coleta de dados mais rápida por causa da proximidade geográfica das famílias e possibilita um ambiente seguro de trabalho para os entrevistadores de campo, que podem permanecer próximos uns dos outros. Também torna viável a devolução do material produzido para os sujeitos da pesquisa.

Para a coleta de dados realizou-se um inquérito com as famílias distribuídas nas áreas de estudo. Entrevistadores previamente treinados aplicaram os instrumentos de pesquisa desenvolvidos no projeto original para obtenção de dados sócio-demográficos de todas as famílias residentes nas áreas sorteadas, e a partir de então foram identificadas pessoas elegíveis para a pesquisa, que deveriam preencher os seguintes critérios para serem considerados trabalhadores: 1) faixa etária entre 10 a 65; 2) desenvolver atividade de trabalho remunerada ou 3) desenvolver a atividade para a família com carga horária de trabalho igual ou superior a oito horas semanais.

Os instrumentos de pesquisa foram questionários desenvolvidos especificamente para o estudo, cujo conteúdo foi definido com base num mapa conceitual desenvolvido pela equipe, para identificação de aspectos mensuráveis a serem incluídos em tais instrumentos. Isso foi realizado com base na literatura existente, nos modelos teóricos e nas próprias experiências pessoais das equipes de epidemiologia e etnografia envolvidas no projeto, além do uso de instrumentos empregados em outras investigações (BARATA et al., 2000; FACHINI et al., 1998).

As mulheres que referiram ser empregadas em serviços domésticos foram identificadas em suas próprias residências ou no local de trabalho (casa dos patrões). Em qualquer situação, a trabalhadora era entrevistada em ambiente isolado, sem a presença de outras pessoas.

Para participar da pesquisa, cada pessoa recebia uma breve explanação sob seus objetivos, e a partir do seu consentimento informado, a entrevista se iniciava, firmando com a pessoa o compromisso ético de garantir seu anonimato e confidencialidade das informações fornecidas. O protocolo da pesquisa do projeto mãe foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Prof. Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia (ANEXO).

Para garantir a qualidade dos dados, foram realizadas re-entrevistas com 10% dos participantes da pesquisa, por telefone ou pessoalmente. O *Statistical Analysis System* (SAS, 2000) foi o pacote estatístico utilizado para análise dos dados.

Para atender a cada objetivo proposto nesta Tese foram realizados os três artigos. Detalhamentos metodológicos sobre as variáveis e procedimentos de análise utilizados encontram-se descritos em cada um deles. Em outras publicações pode-se ter também maiores detalhamentos do método da pesquisa original (SANTANA et al., 2003; SANTANA; LOOMIS, 2004; DANTAS, 2005).

2. REVISÃO DE LITERATURA:

Para contemplar os diferentes temas abordados neste estudo sobre algumas relações entre saúde e emprego em serviços domésticos, a revisão de literatura foi estruturada em três blocos: 1. Ocupações "femininas" e assédio sexual; 2. Considerações sobre o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e 3. Emprego em serviços domésticos e doença depressiva.

2.1. OCUPAÇÕES "FEMININAS" E ASSÉDIO SEXUAL

Sabe-se que as violências físicas e sexuais são eventos mais freqüentes entre as mulheres. Os determinantes dessa violência são demarcados pelas relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que destina às mulheres um lugar de submissão na sociedade (WAYNE, 2000). Entre enfermeiras, por exemplo, observa-se que a violência física e o assédio sexual sofrido no ambiente de trabalho, provocados por pacientes e superiores, acarretam diversos problemas de saúde, além de afetar negativamente a satisfação profissional (HESKETH et al., 2003; JACKSON et al., 2002; MURRY et al., 2001; FITZGERALD et al., 1997). Uma pesquisa desenvolvida em uma empresa no Rio Grande do Sul, Brasil, demonstrou que o assédio sexual ocorre principalmente com trabalhadoras de baixa qualificação profissional (COSTA, 1994), no entanto, pela revisão de literatura, acredita-se que o assédio sexual está relacionado à baixa posição hierárquica, fato confirmado por Malamut e Offermann (2001) em estudo conduzido entre militares nos Estados Unidos da América.

Estudos epidemiológicos mundiais desenvolvidos para avaliar os efeitos do assédio sexual sobre a saúde mostram que alcoolismo (RICHMAN et al., 2002; NAWYN et al., 2000; RICHMAN et al., 1996; BURNAM et al., 1988), transtornos mentais (LARSSON et al., 2003; RICHMAN et al., 2002; HATCH-MAILLETTE; SCALORA, 2002; FITZGERALD et al., 1997; BURNAM et al., 1988), transtornos do apetite (HARNED; FITZGERALD, 2002), distúrbios do sono (JACKSON et al., 2002; LARSSON et al., 2003), baixa auto-estima (ZEIRA et al., 2002; HATCH-MAILLETTE; SCALORA, 2002) e insatisfação no trabalho (HESKETH et al., 2003; HATCH-MAILLETTE; SCALORA, 2002; MURRY et al., 2001; FITZGERALD et al., 1997), são as conseqüências mais freqüentemente reportadas pelas mulheres que foram vítimas desse crime.

Em relação ao assédio sexual e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas (relacionado a problemas), Nawyn e colaboradoras (2000) observaram uma forte associação positiva em mulheres homossexuais. Segundo estas autoras, apenas o fato de ser

homossexual aumenta isoladamente tanto o consumo abusivo de álcool, quanto a chance de ser assediada sexualmente no local de trabalho quando compara-se com as mulheres heterossexuais. No entanto, nota-se que o assédio sexual sofrido por essas trabalhadoras atua como um importante preditor para o uso excessivo de bebidas alcoólicas e apontam a discriminação no trabalho como variável interveniente para este consumo abusivo.

Outros estudos apontam ainda para o papel dos transtornos mentais causados pelo assédio sexual e sua relação com o consumo abusivo de bebidas alcoólicas. De acordo com Richman e colaboradores (2002), por exemplo, o assédio sexual é um preditor para o consumo abusivo de álcool tanto na população feminina quanto na masculina. No entanto, entre as mulheres, observa-se que a depressão está positivamente associada à quantidade, freqüência e motivação para consumir bebidas alcoólicas, enquanto que ansiedade e hostilidade estão positivamente associadas a todas as formas de consumo de álcool, desde o uso freqüente até intoxicação e alcoolismo. Esses transtornos psicológicos agem, portanto, como modificadores do efeito da associação entre o assédio sexual e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

Burnam et al. (1988) referem que ter sofrido assédio sexual é preditor de depressão maior; distúrbios de ansiedade: fobia, desordens de pânico, comportamento obsessivo-compulsivo e uso/abuso de álcool e outras drogas. Larsson et al. (2003) relatam que entre as estudantes universitárias assediadas no ambiente escolar, 55,5% apresentaram distúrbios de ansiedade e 33,3% sofriam de depressão. Outros efeitos do assédio sexual sobre a saúde foram referidos por diversos autores, mas não há uma abordagem quantitativa.

A partir desta revisão de literatura, nota-se um grande interesse da comunidade científica internacional em avaliar os efeitos do assédio sexual sobre a saúde de mulheres. A população estudada, no entanto, não inclui as empregadas em serviços domésticos visto que este trabalho só é comum na América Latina. Desse modo, cabe a nós esta investigação. Porém, até hoje não foram realizados estudos epidemiológicos nacionais sobre esse tema específico.

No Brasil, a questão do assédio sexual recebeu o apoio legal a partir de 2001 quando foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei n. 10.224 que introduziu no Código Penal, no Capítulo dos Crimes contra a Liberdade Sexual, o delito de assédio sexual, com a definição: "*Art. 216-A. Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior*

hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício do emprego, cargo ou função: Pena – detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos." Como dito por Jesus (2001a), "a inclusão desse tipo penal demonstra um amadurecimento e uma tomada de posição em relação a certos temas que, não obstante trazerem enorme prejuízo, principalmente para as mulheres trabalhadoras, não vinham sendo tratados com a necessária atenção". Destaca-se ainda que o assédio, conforme a nova lei, tem como elemento típico o constrangimento exercido por alguém em busca de satisfação sexual. Envolve, pois, relação de poder, sujeição da vítima, ofensa à sua dignidade e, por fim, afeta sua liberdade sexual (JESUS, 2001a).

A palavra **assédio** vem do latim *obsidere*, que tem o significado de *pôr-se adiante, sitiar, atacar* (DAL BOSCO, 2001). Na língua portuguesa, **assédio** significa "*insistência importuna, junto de alguém, com perguntas, propostas, pretensões*" (Ferreira, 1995). Segundo o Dicionário Jurídico, o **assédio sexual** é "*ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de autoridade ou empregatícia, com o escopo de obter vantagem sexual*" (DINIZ, 1995).

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) define o assédio sexual como "*um comportamento de caráter sexual que se manifesta por meio de palavras, atos ou gestos, não desejados pela pessoa afetada, que incidem negativamente em sua situação do trabalho e que, por natureza, tende a atingir a dignidade física ou psicológica da pessoa*". O termo **assédio sexual** passou a ser denominado de **assédio sexual laboral** porque este delito só existe nas relações de trabalho, onde a ascendência e superioridade necessárias para caracterizar a conduta se originam do exercício de cargo, emprego ou função (DAL BOSCO, 2001). Este fato traz consigo um outro bem jurídico importante: direito à não-discriminação no trabalho (JESUS, 2001b). No entanto, apesar desses benefícios, a Lei do Assédio Sexual carrega consigo o grave problema de não se amoldar a todas as ocupações existentes. Por exemplo, uma empregada doméstica diarista não apresenta vínculo profissional e neste caso, não está protegida pela Lei 10.224/01, pois o assédio sexual sofrido não configuraria esse delito (GOMES, 2001 *apud* DAL BOSCO, 2001).

De acordo com a perspectiva feminista, o assédio sexual está diretamente relacionado com o sistema social patriarcal e a dominância masculina em todas as áreas da sociedade (SHALHOUB-KEVORKIAN, 1993 *apud* ZEIRA et al., 2002). Mesmo com toda a mudança de padrões ocorrida desde a liberação sexual na década de 1970, a mulher ainda está sujeita a um tratamento desigual, especialmente quando se trata do

ambiente de trabalho. Os homens ainda se sentem social e economicamente superiores (DESOUZA et al., 2000) e, por conta disso, não percebem o assédio sexual como um crime moral que atinge negativamente a saúde e bem estar de suas colegas de trabalho. No Brasil, ainda existe um agravante a se considerar: os brasileiros ainda vêem o assédio sexual mais em termos de comportamento de sedução, que pode ser inócuo, e não como um abuso de poder e discriminação de gênero como os estrangeiros (DESOUZA et al., 2000).

Palmeira-Sobrinho (1998) confirma que a relação de poder é elemento indispensável à caracterização do assédio sexual. Tanto que tal relação decorre, sobretudo, da posição em que se encontra hierarquicamente a vítima. A pressão sofrida tem componentes de extrema violência moral, na medida em que a coloca em situações vexatórias, provoca insegurança profissional pelo medo de perda do emprego, de ser transferida para setores indesejados, de perda de direitos, entre outros excessos de poder. É, portanto, um crime que tem - na ponta - o abuso de autoridade (FETRAQUIM, sem data).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1998) indicam que entre as mulheres que relataram ter sofrido agressão física, mais de 65% dos casos ocorreram no domicílio das vítimas. Segundo a PNAD, entre as vítimas atendidas em delegacias no ano de 1995, 18% das que informaram o vínculo profissional eram empregadas em serviços domésticos. A Federação Nacional das Trabalhadoras Domésticas (FENATRAD) relata que o assédio sexual é bastante comum nesta classe profissional e luta por uma forma de fazer valer a Lei 10.224/01 uma vez que denunciar o patrão ou alguém da família ou com quem compartilha o próprio domicílio é complicado. Além disso, historicamente, o assédio sexual é considerado por muitos como um fato corriqueiro nessa profissão, nem sendo considerado um crime por muitas pessoas.

Além das possibilidades de transtornos profissionais tais como o remanejamento da assediada para outra função/cargo e o estigma que se cria em torno da vítima, deve-se considerar ainda e, principalmente, os problemas de saúde que se associam ao assédio sexual sofrido pelas trabalhadoras. Para Palmeira-Sobrinho (1988), a mulher estará abalada e, por isso, levará consigo os temores e dúvidas a todos os ambientes sociais que frequenta, prejudicando seu relacionamento com as outras pessoas. Há ainda um sério fator cultural que as atinge em decorrência direta da cultura de gênero: a culpa. Sempre que um crime sexual é cometido, alguém levanta a hipótese de que a vítima pode ser a culpada. E esta, por tanto ouvir comentários a esse

respeito, por estar tão abalada psicologicamente, acaba também se perguntando se não teve culpa e, muitas vezes, entra em crises de depressão, fica doente e acaba por ter enormes prejuízos pessoais, profissionais e familiares.

Por fim nota-se que o trabalho em serviços domésticos apresenta todas as condições operacionais reportadas como propícias para a ocorrência do assédio sexual laboral: subordinação aos patrões, discriminação no trabalho, as questões de gênero etc. Apresenta ainda como agravante para este desfecho o fato de desempenhar sua atividade no local de moradia dos possíveis agressores, o que dificulta/impede a sua defesa/denúncia. Dessa maneira, cabe aqui nesta tese uma investigação da magnitude do assédio sexual e da sua associação com o consumo abusivo de bebidas alcoólicas nesta população.

2.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONSUMO ABUSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Segundo a Organização Mundial de Saúde o **alcoolismo** "é uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como fator determinante sobre causas psicossomáticas preexistentes no indivíduo e para cujo tratamento é preciso recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude". E os **alcoólatras** "são bebedores excessivos, cuja dependência do álcool chega a ponto de acarretar perturbações mentais evidentes, manifestações que afetam a saúde física e mental, suas reações individuais, seu comportamento sócio-econômico ou pródomos de perturbações desse gênero e que, por isso, necessitam de tratamento" (OMS, 1970). Mais recentemente, o Ministério da Saúde (1990) mudou o termo **alcoólatra** para "**alcoolista**".

Para Meyer (2001), o risco de uma pessoa tornar-se alcoolista pode ser associado a diversos fatores como: sexo do indivíduo, normas e mudanças culturais, fatores biológicos endógenos, história familiar de alcoolismo, presença de psicopatologias, estressores ambientais, além da idade e do contexto em que se começou a consumir bebidas alcoólicas. Dessa maneira, nota-se a existência de uma grande dificuldade em se estudar o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, já que diversas variáveis devem ser levadas em consideração para estabelecer seus determinantes.

De acordo com diversos trabalhos internacionais, em diferentes áreas do conhecimento, sobre este assunto, o consumo abusivo de álcool parece estar

associado à ocorrência de sofrimentos psíquicos. Nessa relação, o álcool pode atuar como antecessor, mediador ou acelerador de transtornos mentais (SARTOR et al., 2003; RICHMAN et al., 2002; FITZGERALD et al., 1997; RICHMAN et al., 1996; GEARHART et al., 1991; BURNAM et al., 1988).

Autores estrangeiros descrevem também a alta prevalência de consumo abusivo de álcool em mulheres que sofreram abuso sexual na infância ou algum outro tipo de "trauma" na infância e/ou adolescência (MEYER, 2001; COPELAND; HALL, 1992). No contexto do assédio sexual, estudos confirmam a existência de uma forte associação entre ter sofrido assédio no local de trabalho e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (RICHMAN et al., 2002; NAWYN et al., 2000; RICHMAN et al., 1996; BURNAM et al., 1988). Richman e colaboradores (1996, 2002) e Chang e colaboradores (2001) referem que mulheres com algum tipo de sofrimento psíquico tendem a consumir excessivamente bebidas alcoólicas como um mecanismo de alívio desse sofrimento.

No Brasil, as pesquisas sobre o perfil sócio-demográfico e epidemiológico do consumidor de bebidas alcoólicas mostram que, em geral, a maior prevalência de consumidores e de alcoolistas ocorre entre pessoas do sexo masculino e não brancas (ALMEIDA-FILHO et al., 2004; COSTA et al., 2004; CHAIEB; CASTELLARIN, 1988; ALMEIDA; COUTINHO, 1993; SANTANA et al., 1988). E apesar de Chaieb e Castellarin (1988) apontar esses usuários como de ocupações mais elementares, Almeida-Filho e colaboradores (2004) relatam o oposto. Santana e colaboradores (1988) mostraram o aumento do consumo entre as mulheres. Recentemente, Almeida-Filho e colaboradores (2004) revelaram que mulheres com consumo abusivo de bebidas alcoólicas são geralmente solteiras, com baixa escolaridade e negras. Em geral, este também é o perfil demográfico das empregadas em serviços domésticos.

Estudos epidemiológicos nacionais descrevem a relação entre o consumo abusivo de bebidas alcoólicas (quando o consumo se relaciona a problemas de saúde) e a ocorrência de transtornos mentais e/ou dependência de drogas ilícitas. Neste contexto, o álcool é referido como um marcador de risco para o consumo e dependência de outras drogas (LOPES; COUTINHO, 1999) ou como outro problema de saúde que se soma aos transtornos mentais (COSTA et al., 2004; SOLDERA et al., 2004; LOPES; SICHIERI, 2002; LOPES; COUTINHO, 1999; CHAIEB; CASTELLARIN, 1988).

Em relação aos fatores determinantes para o alcoolismo na população brasileira, Simão e colaboradoras (2002) referem que problemas na estrutura familiar se associam positivamente com a ocorrência de alcoolistas tanto do sexo masculino quanto feminino. De acordo com estas autoras, problemas no relacionamento familiar foram referidos por 55,6% das mulheres e 65,7% dos homens e violência familiar em 74,1% das mulheres e 61,1% dos homens alcoolistas.

Seligmann-Silva (1994), em uma pesquisa qualitativa, aponta para a ocorrência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre trabalhadores que apresentam baixa auto-estima, falta de reconhecimento do trabalho, frustrações profissionais, escravização, excesso de controle dos patrões e medo de perder o emprego. Nestes casos, o álcool é utilizado como "anestésico" do sofrimento psíquico gerado pelas condições do trabalho.

Com base no que foi apresentado verifica-se a necessidade de avaliar o consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre mulheres trabalhadoras tanto como um efeito do assédio sexual laboral quanto como um fator de risco para a saúde das empregadas em serviços domésticos. Nesta última situação pode-se, por exemplo, observar se a ocorrência de sintomas psíquicos está relacionada com o uso/abuso de bebidas alcoólicas.

2.3. EMPREGO EM SERVIÇOS DOMÉSTICOS E DOENÇA DEPRESSIVA

A associação entre problemas de saúde mental e ocupação é objeto de estudo em diferentes áreas do conhecimento (MOTTA, 1977; DEJOURS, 1988; DEJOURS, 1994; SELIGMANN-SILVA, 1994; LUDERMIR, 2000) e embora apresente alta prevalência na classe trabalhadora, muitas vezes torna-se difícil estabelecer a associação entre os transtornos mentais e o trabalho (GLINA et al., 2001).

O Decreto 3.048 de 06 de maio de 1999 se constituiu um avanço para a medicina do trabalho no Brasil ao se considerar uma lista de categorias diagnósticas de transtornos mentais relacionados ao trabalho (MPAS, 1999). Apesar disso, o reconhecimento, diagnóstico e associação destes transtornos com a ocupação ainda representa um desafio para a saúde pública (LUDERMIR, 2000).

Entre os problemas de saúde mental, a depressão unipolar ganha destaque. Segundo a OMS (2001) este transtorno atinge cerca de 121 milhões de pessoas. A projeção

deste órgão é de que em 2020 essa doença será a segunda causa de incapacitação para o trabalho, perdendo apenas para a doença cardíaca isquêmica. Hoje a incapacitação provocada pela depressão se iguala a doenças como hipertensão arterial, diabetes e artrite. O pico da incidência ocorre entre 25 e 44 anos e as mulheres têm de duas a três vezes mais chance de desenvolver esta doença (CALIL; GUERRA, 2004; OMS, 2001).

Em muitos trabalhos onde predominam as mulheres observa-se ainda desqualificação, dominação sutil "imposta" pela gratidão e sentimento de culpa, ambigüidade nas relações patrão-empregado, perda de liberdade devido ao confinamento no espaço laboral e perda da dignidade (SELIGMANN-SILVA, 1994). Estes fatores somam-se ainda às menores chances de uma inserção no mercado de trabalho formal do que os homens, a percepção de injustiça e a discriminação, fatores que favorecem sobremaneira o aparecimento de transtornos mentais (SELIGMANN-SILVA, 1994; SANTANA et al., 1997; LUDERMIR, 2000).

Outros estudos demonstram também a maior ocorrência de problemas mentais no universo feminino e alguns levantam a hipótese de que a tripla carga de trabalho: trabalho remunerado, cuidado da casa e da família possa ser um fator de risco para estes problemas (KHOURY; WEISMAN, 2002; MATTHEWS; POWER, 2002). No entanto, Matthews e Power (2002) revelam que ter um trabalho remunerado satisfatório é fator de proteção para a ocorrência de sintomas de depressão e ansiedade entre mulheres. Segundo estes autores a instabilidade no trabalho, a responsabilidade exclusiva de cuidar dos filhos e a falta de apoio social os principais fatores de risco para estes transtornos.

Glina e colaboradores (2001) e Pulido-Navarro e Noriega-Elio (2003) com estudos de abordagem qualitativa confirmam que a falta de apoio social é um dos fatores desencadeantes dos sintomas psíquicos. Glina e colaboradores (2001) salientam ainda que em geral, quanto menor a autonomia do trabalhador em relação a sua atividade, maiores as chances dessa atividade gerar transtornos à saúde mental. Pulido-Navarro e Noriega-Elio (2003), por sua vez, acrescentam existir 4,5 vezes maior chance de se desenvolver transtornos psíquicos entre os trabalhadores com percepção negativa a respeito da valorização de sua atividade laboral, satisfação no trabalho e controle sobre a atividade exercida quando comparados àqueles com percepção positiva. Desse modo, nota-se que a insatisfação e instabilidade no trabalho, a falta de apoio social e de controle sobre o trabalho podem ser considerados como variáveis que podem contribuir para a alta prevalência de sintomas psicológicos. E como estas

características são comuns no trabalho em serviços domésticos, pode-se atribuir este marcador para a população de estudo dessa tese.

Sobre a ocorrência de sintomas psicológicos entre empregadas em serviços domésticos pode-se citar o trabalho de Sales e Santana (2003). Os resultados do estudo revelam uma maior prevalência de sintomas de depressão e ansiedade entre estas trabalhadoras do que nas mulheres com outras ocupações, principalmente quando jovens (14 a 26 anos). Estes achados foram significativos para "tristeza/cansaço", "pouca concentração"), "crises de irritabilidade" e "dor de cabeça".

Segundo Ludermir (2000) baixos salários, ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista parecem ser os principais responsáveis pelo desenvolvimento de ansiedade e depressão entre mulheres trabalhadoras informais. Além de representar uma carga adicional de trabalho e monotonia, o trabalho informal, especialmente o doméstico, representa uma oportunidade limitada e não reconhecida do uso de suas capacidades.

Considerando-se que as empregadas em serviços domésticos são em sua maioria trabalhadoras informais, Ludermir (2000) aponta para a alta prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre mulheres ocupadas nessa situação, maior do que qualquer outro grupo, ocupadas ou não.

Com base no que foi investigado, observa-se à necessidade de um estudo confirmatório de base populacional que possa avaliar as co-variáveis que são fatores de risco para o aparecimento de doença depressiva entre as empregadas em serviços domésticos.

3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS:

O trabalho em serviços domésticos apresenta características bem particulares. Talvez a sua maior singularidade esteja no local onde é exercido: a casa dos patrões. Este fato cria situações empregatícias diferentes de qualquer outra ocupação. De acordo com Woortman (1987) algumas situações são vantajosas para a trabalhadora, por exemplo: a possibilidade de ajuda dos patrões na obtenção de vestuário, alimentação e medicamentos. No entanto, a maioria dos pesquisadores que focalizam estas trabalhadoras concorda que as condições precárias e insalubres dessa atividade são predominantes (MOTA, 1977; CHANEY; CASTRO, 1993; VAZ, 1999; BENTO, 2000).

O trabalho em serviços domésticos apresenta características que podem ser consideradas como fatores de risco ocupacional comuns a esta atividade. Entre elas pode-se citar: o isolamento social, a ambigüidade nas relações com a patroa, a baixa regulamentação profissional, a ausência de controle sobre suas atividades, as longas jornadas diárias, a violência demonstrada a partir de humilhações, de agressões verbais e físicas, do assédio e abuso sexuais (XAVIER, 2005; VAZ, 1999; SANTANA; ALMEIDA-FILHO, 1994; CHANEY; CASTRO, 1993).

Estudos confirmam a existência de diferentes efeitos do trabalho em serviços domésticos sobre a saúde das trabalhadoras quando se compara com mulheres em outras ocupações. Os acidentes de trabalho (SANTANA et al., 2003; SANTANA; LOOMIS, 2004) e sintomas de depressão e ansiedade são alguns desses efeitos (SALES; SANTANA, 2003; SANTANA et al., 2001; SANTANA; ALMEIDA-FILHO, 1994).

Em busca de modelos teóricos que possam servir de apoio para o desenvolvimento desta tese, foram estudadas algumas teorias sociais que tratam da relação entre trabalho e saúde. Em geral, tais teorias apontam para o aparecimento de sintomas psíquicos como efeito de um trabalho "mal operacionalizado". Neste caso, essas teorias servirão de suporte para o artigo que visa estudar a associação entre o emprego em serviços domésticos e depressão numa população de mulheres com ocupações remuneradas.

Sinteticamente, de acordo com a perspectiva psicanalítica de Dejours, o processo de organização do trabalho atua diretamente sobre os efeitos positivos e negativos à saúde mental do trabalhador. A existência de estratégias de defesa para descarregar as tensões do trabalho, observadas pela via motora, através de crises de raiva e agressividade, e pela via psicossomática, onde o trabalhador internaliza as tensões do

ambiente laboral, evidenciam que o trabalho pode atuar como agravante ou desencadeante de diversos distúrbios psíquicos. Para este autor o sofrimento mental pode ser concebido com uma experiência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o bem estar psíquico (DEJOURS, 1986, 1988; DEJOURS et al., 1994). Desse modo, pode-se dizer que o surgimento ou agravamento dos transtornos psíquicos está condicionado a resiliência dos trabalhadores. Apesar dessa teoria trazer subsídios para entender o aparecimento de alguns sinais e sintomas mentais já descritos para as empregadas em serviços domésticos (SALES; SANTANA, 2003; SANTANA et al., 2001; SANTANA; ALMEIDA-FILHO, 1994) diante de condições como isolamento social e baixa remuneração, não contempla inteiramente a “dimensão simbólica” que envolve esta ocupação. Vale dizer que se considera “dimensão simbólica” àquela que leva em conta os aspectos sociais e culturais envolvidos, neste contexto, na atividade doméstica remunerada (SALES; SANTANA, 2001). Portanto, falta ainda uma explicação sobre como situações comuns no trabalho em serviços domésticos como a discriminação social, estão envolvidas nos problemas de saúde mental dessas trabalhadoras.

De acordo com Geertz (1989), através da teoria sobre a “cultura”, o homem está amarrado numa teia de significados tecida por ele próprio onde às formas simbólicas estariam estreitamente ligadas aos acontecimentos sociais. Segundo o autor, existem fontes culturais e símbolos que nos forçam a ter determinadas ações/reações. Com base nisso, pode-se dizer que a forte discriminação social sofrida pela trabalhadora em serviços domésticos, representada pelos “maus tratos” não só dos patrões, mas também de toda a sociedade termina por gerar representações negativas que podem prover problemas de saúde mental, uma vez que suas relações sociais, suas experiências e histórias de vida estarão mescladas com toda uma simbologia de discriminação sofrida ao longo da vida.

Uma outra abordagem teórica privilegia a relação entre estresse e trabalho. Nessa direção encontram-se os autores escandinavos que definem estresse como um desequilíbrio entre as demandas do trabalho e a capacidade de resposta dos trabalhadores (LEVI, 1988; KALIMO, 1980; FRANKENHAEUSER; GARDELL, 1976 *apud* GLINA et al., 2001). De acordo com esta teoria, a situação saudável de trabalho seria aquela que permitisse o desenvolvimento do indivíduo, alternando exigências e períodos de repouso, com o controle do trabalhador sobre o processo de trabalho (GLINA et al., 2001). Sabe-se que no emprego em serviços domésticos esta situação é quase inexistente uma vez que o processo de trabalho é completamente controlado pela patroa (KOFES, 2001; VAZ, 1999; MOTTA, 1992). A inexistência de uma jornada

de trabalho definida pela legislação que regulamenta esta categoria ocupacional termina por ampliar este tempo de desenvolvimento das tarefas domésticas para uma situação quase servil, especialmente quando a trabalhadora reside na casa dos patrões (KOFES, 2001; VAZ, 1999; GONÇALVES; GONÇALVES, 1996), o que amplia a chance de desenvolvimento de problemas de saúde mental (SALES; SANTANA, 2003).

Outra teoria utilizada para expressar a relação entre trabalho e problemas de saúde é a de "desgaste". Para Seligmann-Silva (1994), este conceito engloba diferentes "olhares" relacionados ao processo de trabalho. O desgaste psíquico envolve, por exemplo, três dimensões: 1. o desgaste orgânico da mente, que ocorre devido a acidentes de trabalho e/ou ação de produtos tóxicos; 2. o "mal estar" que compreende as situações de fadiga mental e física e 3. os desgastes que afetam a identidade do trabalhador, ao atingir valores e crenças que ferem a sua dignidade e esperança. Fatores de exposição já apontados em diferentes estudos cujo universo são as empregadas em serviços domésticos (XAVIER, 2005; SALES; SANTANA, 2003; SANTANA et al., 2001; KOFES, 2001; PREUSS, 2000; VAZ, 1999; SANTANA; ALMEIDA-FILHO, 1994; MOTTA, 1992; PREUSS, 1990). Esta teoria serve de suporte para a "dimensão material" que envolve as condições concretas de realização dessa atividade (SALES; SANTANA, 2001). Desde os riscos ergonômicos, físicos, químicos e biológicos até os estressores ocupacionais como as múltiplas responsabilidades, as longas jornadas, até o assédio sexual, como corrobora Brito (1999) ao salientar que os ambientes de trabalho feminino apresentam muitos riscos silenciosos e invisíveis como o tempo controlado e dirigido incessantemente para o trabalho, as diversas formas de violência e coerção, as interdições e o isolamento. Apesar dessa referência ser para o ambiente fabril, podem-se traduzir estes riscos para o ambiente do trabalho doméstico remunerado: a casa dos patrões.

De uma maneira geral, pode-se dizer que quanto menor a autonomia do trabalhador no desempenho de suas tarefas, quanto maior o grau de insatisfação no trabalho e quanto mais situações de risco para a saúde no ambiente laboral, maiores serão as chances dos profissionais desenvolverem, entre outros problemas de saúde, transtornos mentais. No caso das empregadas em serviços domésticos, há que se considerar ainda os fatores de risco ocupacionais como a dificuldade de regulamentação da profissão, as longas jornadas, as múltiplas responsabilidades e os problemas com o assédio sexual que terminam por colocá-las em situação de risco para outros transtornos como o alcoolismo.

Para se compreender a associação entre o assédio sexual e o alcoolismo entre empregadas em serviços domésticos foram utilizados os aportes teóricos de trabalhos de outros países desenvolvidos sobre esta problemática em outros universos femininos.

Como já foi referido na revisão de literatura, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e o alcoolismo são efeitos comuns observados entre mulheres que sofreram o assédio sexual no seu local de trabalho (RICHMAN et al., 2002; NAWYN et al., 2000; RICHMAN et al., 1996; BURNAM et al., 1988). Sabe-se que no trabalho em serviços domésticos este tipo de problema é bastante freqüente embora pouco referido (CEAFRO, 2001). É possível que a origem dessa atividade, ainda na época da escravidão, num sistema patriarcal e machista, seja o grande percussor tanto do assédio quanto, até mesmo, do abuso sexual. O uso e abuso do corpo das escravas pelos senhores de engenho já foi tema de diversas obras literárias e fonográficas.

Como salientam Kofes (2001) e Damatta (2001), por exemplo, a relação entre o trabalho em serviços domésticos e a escravidão mostra como o modelo social escravocrata deixou marcas na organização doméstica e familiar. As empregadas em serviços domésticos, mesmo não sendo mais escravas, ainda permitem confundir relações morais de intimidade e simpatia com uma relação econômica, o que pode terminar por provocar situações de assédio/abuso sexual onde a vítima – a trabalhadora – não consegue se livrar do estigma de “servir” a família do patrão e acaba sucumbindo a essas “obrigações”.

Atualmente, as empregadas em serviços domésticos unem-se através de seus sindicatos para lutar por uma legislação que possa protegê-las desse crime, uma vez que pelo caráter “doméstico” da ocupação, fica mais difícil qualquer tipo de defesa (CEAFRO, 2001; OLIVEIRA et al., 2002).

Em geral, o trabalho em serviços domésticos começa a ser exercido desde cedo, por crianças que vêm do interior para trabalhar em “casas de família” como uma estratégia para sua própria sobrevivência, e nesse novo ambiente termina por não conseguir construir sua identidade coletiva enquanto cidadã (VAZ, 1999). Além disso, as crianças submetidas ao trabalho doméstico ficam expostas desde cedo à discriminação, à humilhação, à exploração, ao isolamento e à violência física e sexual (OLIVEIRA, 2002; VAZ, 1999). Meyer (2001) e Copeland e Hall (1992) avaliam os fatores de risco para o alcoolismo e revelam que crianças e adolescentes que foram

assediadas e/ou abusadas sexualmente ou sofreram algum tipo de trauma na infância estão mais susceptíveis a serem alcoolistas quando adultas.

Segundo Barros e colaboradores (2001) e Vaz (1999), o trabalho doméstico infanto-juvenil se constitui num grave problema para a saúde, pois expõe crianças e adolescentes a uma atividade que, em geral, não está adequada às suas possibilidades físicas e mentais, além de dificultar o crescimento pessoal e profissional promovido pela escolarização. Ainda agravando mais a situação de saúde dessas pessoas está o fato do local de trabalho ser a residência dos patrões. Por ser este um espaço que escapa da fiscalização, acaba por permitir uma série de abusos como formas críticas de exploração que vão desde agressões físicas até a violência sexual.

De acordo com Wigmore (*apud* Brito, 1999) a violência contra a mulher no ambiente de trabalho compreende desde o abuso de poder até as ameaças, onde cita o assédio sexual como uma delas. Para Brito (1999) a violência no local de trabalho está relacionada à relação de dominação entre os gêneros, onde a mulher não só deixa de ocupar espaços mais interessantes, como também é inferiorizada e humilhada. Seu corpo é considerado um corpo-máquina, um objeto sem valor. Xavire (2005) aponta o trabalho em serviços domésticos como um "gueto" onde essas experiências de violência no trabalho podem ser potencialmente vivenciadas.

Desse modo, a simbologia criada em torno do trabalho em serviços domésticos, sua rede de significados para a trabalhadora, a condição servil, a ambigüidade na relação com os membros da família da patroa, a idade precoce do início do trabalho são algumas características desse trabalho que podem estar contribuindo sobremaneira não só para a ocorrência de problemas de saúde mental, como a doença depressiva, mas também para o alcoolismo como efeito do assédio sexual sofrido por estas mulheres no ambiente de trabalho.

4. O PROJETO ACIDENTES

4.1. População do estudo

O estudo original abrange 2.512 famílias (n=9.591 indivíduos), aleatoriamente selecionadas, residentes da cidade do Salvador. Para esta pesquisa, a população compreende pessoas ocupadas no setor formal e informal da economia, do sexo feminino que apresentavam entre 10 e 65 anos de idade no momento da primeira coleta de dados (Fase 1).

4.2. Amostragem

A amostragem foi do tipo aleatória de superfície de estágio único, realizada por meio de sorteio de sub-áreas de um mapa aerofotográfico de toda a área urbana da cidade. Estas sub-áreas continham uma média de 90 domicílios. Considerando-se o número médio de pessoas na faixa de idade de interesse estimado pelo Censo (IBGE, 1999), foi possível definir o número de sub-áreas em 27 áreas geográficas necessárias para se alcançar o tamanho definido para a amostra de 2.500 famílias aproximadamente. Este desenho amostral foi utilizado devido à falta de registros de endereços completos e maior facilidade para localizar residências em áreas pobres. Além disso, este desenho permite uma coleta de dados mais rápida por causa da proximidade geográfica das famílias e possibilita um ambiente seguro de trabalho para os entrevistadores de campo, que podem permanecer próximos uns dos outros. Também torna viável a devolução do material produzido para os sujeitos da pesquisa.

4.3. Coleta de dados

Das 27 sub-áreas sorteadas realizou-se um inquérito com aproximadamente 2.513 famílias distribuídas nas áreas de estudo. Entrevistadores previamente treinados aplicaram os instrumentos de pesquisa desenvolvidos no projeto original para obtenção de dados sócio-demográficos de todas as famílias residentes nas áreas sorteadas, e a partir de então foram identificadas pessoas elegíveis para a pesquisa, que deveriam preencher os seguintes critérios para serem considerados trabalhadores: 1) faixa etária entre 10 a 65; 2) desenvolver atividade de trabalho remunerada ou 3) desenvolver a atividade para a família com carga horária de trabalho igual ou superior a oito horas semanais.

Os instrumentos de pesquisa foram questionários desenvolvidos especificamente para o estudo, cujo conteúdo foi definido com base num mapa conceitual desenvolvido pela equipe, para identificação de aspectos mensuráveis a serem incluídos nos instrumentos de pesquisa. Isso foi realizado com base na literatura existente, nos modelos teóricos e nas próprias experiências pessoais das equipes de epidemiologia e etnografia envolvidas no projeto, além de instrumentos empregados em outras investigações (BARATA et al., 2000; FACHINI et al., 1998).

As mulheres que referiram ser empregadas em serviços domésticos foram identificadas em suas próprias residências ou no local de trabalho (casa dos patrões). Em qualquer situação, a trabalhadora era entrevistada em ambiente isolado, sem a presença de outras pessoas.

Para participar da pesquisa, cada pessoa recebia uma breve explanação sob seus objetivos, e a partir do seu consentimento informado, a entrevista se iniciava, firmando com a pessoa o compromisso ético de garantir seu anonimato e confidencialidade das informações fornecidas. O protocolo da pesquisa do projeto mãe foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Prof. Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia.

Para garantir a qualidade dos dados, foram realizadas re-entrevistas com 10% dos participantes da pesquisa, por telefone ou pessoalmente. O *Statistical Analysis System* (SAS, 2000) foi o pacote estatístico utilizado para análise dos dados.

Para atender a cada objetivo proposto neste projeto de Tese foi utilizada uma diferente população. Para maior clareza e facilidade de entendimento do procedimento de análise especificou-se a população que será considerada, além das variáveis que foram analisadas nos três artigos propostos, separadamente.

4.4. Aspectos éticos

Este Projeto de Tese foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ANEXO)

Trata-se de um estudo que utiliza registros do banco de dados do Projeto "*Acidentes de trabalho no setor informal: magnitude, características e o seu impacto sobre a família do trabalhador*", aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Edgar Santos – UFBA.

Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos que compõem esse estudo são crianças, adolescentes e adultos do sexo feminino com idade entre 10 e 65 anos no ano da entrevista. Os dados coletados se referem a questões sócio-demográficas, ocupacionais e de saúde.

Conduta na Coleta de Dados

Os entrevistadores envolvidos na pesquisa foram orientados e treinados para que fossem esclarecidos os objetivos do projeto e a importância da participação do entrevistado, logo no primeiro contato entre eles. Neste momento, os possíveis sujeitos da pesquisa eram também advertidos sobre questões que poderiam trazer algum desconforto emocional durante a entrevista. O sigilo e fidelidade das informações prestadas também eram garantidos ao entrevistado. Após estas explicações, a aceitação em participar da entrevista era considerada como consentimento informado.

5. QUESTÕES DE PESQUISA

5.1. Existe uma associação positiva entre a história de assédio sexual no local de trabalho e o alcoolismo em mulheres ocupadas nos serviços domésticos?

5.2. Quais fatores se associam positivamente à depressão entre empregadas em serviços domésticos?

5.3. Qual a taxa de incidência dos acidentes de trabalho não fatais entre empregadas em serviços domésticos e quais os fatores associados positivamente a tais acidentes?

6. OBJETIVOS

6.1. Testar a hipótese de associação positiva entre a história de assédio sexual no emprego em serviços domésticos e o uso de bebidas alcoólicas na idade adulta: consumo abusivo de álcool e dependência do álcool.

6.2. Analisar a associação entre o emprego em serviços domésticos e a depressão maior, considerando-se fatores de interação ou de confusão.

6.3. Analisar a hipótese de que o emprego em serviços domésticos é fator de risco, medido pela taxa de incidência, para os acidentes de trabalho, considerando-se o tratamento de confundidores e modificadores de efeito.

RESULTADOS

ARTIGO I:

**ASSÉDIO SEXUAL E ALCOOLISMO ENTRE EMPREGADAS
EM SERVIÇOS DOMÉSTICOS**

INTRODUÇÃO

O assédio sexual é juridicamente definido no Brasil como o *“ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com emprego de violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de autoridade ou empregatícia, com o escopo de obter vantagem sexual”* (DINIZ, 1995) e ocorre comumente em locais ou relações de trabalho. Por este caráter, passou a ser denominado de *assédio sexual laboral*, já que é um delito comum no trabalho, especialmente aqueles nos quais predominam a ascendência e superioridade no exercício de cargo, emprego ou função (DAL BOSCO, 2001). No Brasil, a Lei nº 10.224/2001 introduziu no Código Penal, no Capítulo dos Crimes contra a Liberdade Sexual, o delito de assédio sexual (JESUS, 2001) que é definido como: *“um comportamento de caráter sexual que se manifesta por meio de palavras, atos ou gestos, não desejados pela pessoa afetada, que incidem negativamente em sua situação do trabalho e que, por natureza, tende a atingir a dignidade física ou psicológica da pessoa”*.

Recentemente, o assédio sexual se transformou em um tema de investigação de vários autores em todo o mundo. A maioria desses estudos mostra que as relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e com dominação masculina são o principal determinante deste problema que afeta especialmente as mulheres (HESKETH et al., 2003; JACKSON et al., 2002; MURRY et al., 2001; MALAMUT; OFFERMANN, 2001; WAYNE, 2000; FITZGERALD et al., 1997; COSTA, 1994).

Resultados de pesquisas que buscaram identificar os efeitos do assédio sexual no local de trabalho sobre a saúde mostram que transtornos mentais (LARSSON et al., 2003; RICHMAN et al., 2002; HATCH-MAILLETTE; SCALORA, 2002; FITZGERALD et al., 1997; BURNAM et al., 1988), transtornos do apetite (HARNED; FITZGERALD, 2002), distúrbios do sono (JACKSON et al., 2002; LARSSON et al., 2003), baixa auto-estima (ZEIRA et al., 2002; HATCH-MAILLETTE; SCALORA, 2002), insatisfação no trabalho (HESKETH et al., 2003; HATCH-MAILLETTE; SCALORA, 2002; MURRY et al., 2001; FITZGERALD et al., 1997), e o alcoolismo (RICHMAN et al., 2002; NAWYN et al., 2000; RICHMAN et al., 1996; BURNAM et al., 1988), são os desfechos mais freqüentemente associados ao assédio relatado pelas mulheres que foram vítimas desse crime.

Sobre o alcoolismo, no Brasil pesquisas mostram que, em geral, a maior prevalência ocorre entre pessoas do sexo masculino e não brancas e que têm ocupações menos qualificadas (CHAIEB; CASTELLARIN, 1988). Seligmann-Silva (1994), em uma

pesquisa qualitativa, evidenciou que trabalhadores com maior consumo abusivo de bebidas alcoólicas apresentavam baixa auto-estima, falta de reconhecimento do trabalho, frustrações profissionais, excesso de controle pelos patrões e medo de perder o emprego.

Alguns estudos estimaram alta prevalência de consumo abusivo de álcool entre mulheres que sofreram abuso sexual na infância ou referiam algum outro tipo de "trauma" seja na infância e/ou adolescência em comparação com as demais (MEYER, 2001; COPELAND; HALL, 1992). Outros observaram uma associação entre relato de assédio sexual no local de trabalho e consumo excessivo de bebidas alcoólicas (RICHMAN et al., 2002; NAWYN et al., 2000; RICHMAN et al., 1996; BURNAM et al., 1988).

Para alguns autores (RICHMAN et al., 2001; NAWYN et al., 2000; ROSPENDA et al., 2000), o uso excessivo de bebidas alcoólicas funcionaria como uma "medicação" que auxiliaria as mulheres que sofrem ou sofreram assédio sexual a "esquecer" a experiência ou até mesmo "apaziguar" seus efeitos quando o assédio se torna crônico, e a vítima não consegue impedir a situação. Larsson et al. (2003) verificaram ainda que entre estudantes universitárias que sofreram assédio sexual no ambiente escolar, 55,5% apresentaram distúrbios de ansiedade e 33,3% sofriam de depressão. Alguns autores definem o consumo abusivo de álcool como um problema de saúde que apresenta etiologia multicausal, com complexos modelos que envolvem diversos fatores de origens diferentes e possíveis interações (TSUANG et al., 2001; MEYER, 2001).

Empregadas em serviços domésticos constituem o mais numeroso grupo ocupacional entre as mulheres trabalhadoras no Brasil (IBGE, 2006). Esta atividade remunerada tem características bastante peculiares e insalubres a exemplo de condições precárias de trabalho como o esforço físico prolongado, longas jornadas laborais, ausência de férias ou de descanso semanal, frágil regulamentação ocupacional e baixa remuneração (OLIVEIRA, 2000; BENTO, 2000; VAZ, 1999; SELIGMANN-SILVA, 1994; CHANEY; CASTRO, 1993; MOTA, 1977). Bento (2000) refere existir desvalorização desta atividade, considerada como uma das que apresentam piores condições de trabalho no País. Além dessas características, o "emprego doméstico" é referido como acompanhado de isolamento social devido ao confinamento no espaço das residências onde trabalham e vivem, e ambigüidade nas relações com os patrões (PREUSS, 2000; VAZ, 1999; CHANEY; CASTRO, 1993). Como conseqüência, observa-se que trabalhadoras em serviços domésticos apresentam baixos níveis de satisfação com o

trabalho (SANTANA et al., 2003; SANTANA; ALMEIDA-FILHO, 1994; SAFFIOTI, 1978; MOTA, 1977), falta de identidade com a ocupação, frustrações e baixa auto-estima (MOTA, 1977; CHANEY; CASTRO, 1993). Estudos epidemiológicos revelam ainda alta prevalência de sintomas de depressão e ansiedade (SALES; SANTANA, 2003) quando comparadas às trabalhadoras de outros ramos de atividade.

Por fim, nota-se que o emprego em serviços domésticos apresenta características propícias para a ocorrência do assédio sexual no trabalho, tais como: a subordinação aos patrões, a discriminação no trabalho, o local de realização do trabalho – casa dos patrões – que mantém a invisibilidade do problema pela dificuldade de defesa/denúncia da trabalhadora. Estes fatores ajudam a corroborar nossa hipótese de que esta ocupação é uma variável de exposição para o assédio sexual no trabalho. Além disso, os diversos estudos já citados sobre a associação positiva entre o assédio sexual no trabalho e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos conduz a avaliar a magnitude deste problema entre essas mulheres.

Neste estudo, objetiva-se testar a hipótese de associação positiva entre a história de assédio sexual no emprego em serviços domésticos e o dois desfechos para o uso de bebidas alcoólicas na idade adulta: consumo abusivo de álcool, definido a partir da DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (2002) e dependência do álcool, definido a partir do QMPA, Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos, instrumento desenvolvido por Santana em 1982 (SANTANA et al., 1997) e amplamente utilizado em pesquisas populacionais sobre distúrbios mentais.

MÉTODO

Esta pesquisa é parte de um estudo epidemiológico sobre saúde e trabalho, que vem sendo conduzido em Salvador, Bahia, Brasil. O desenho é longitudinal, tendo se iniciado em 2000, com re-entrevistas bienais, e duração prevista de cinco re-visitas, com previsão de finalizar em 2010. Nesta pesquisa, os dados são da etapa basal, inicial (Fase I) realizada em 2000. Estudo semelhante, empregando a mesma metodologia, embora limitado apenas a etapa basal, foi realizado em Aracaju, capital de Sergipe em 2001 (DANTAS, 2005). Devido ao pequeno número de empregadas domésticas e, visando garantir o poder do estudo, agregaram-se dados dos dois estudos para esta análise.

Amostragem

A amostragem, em ambos os estudos, foi do tipo aleatória de superfície de estágio único, realizada por meio de sorteio de subáreas a partir do mapa aerofotográfico de toda a área urbana de cada uma das duas cidades. Considerando-se o número médio de pessoas na faixa de idade de interesse estimado pelo Censo, definiu-se o número de subáreas necessárias para se alcançar o tamanho desejado para a amostra. Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se um $\alpha=5,0\%$ para testes bicaudais e um poder estatístico do estudo de $80,0\%$, com uma proporção esperada de $50,9\%$ de trabalhadores informais, que se constituíam no grupo de exposição de interesse no estudo original. Visitas foram então realizadas a cada uma dessas subáreas para contato com organizações comunitárias e lideranças, quando então se identificavam pontos de referência e novas construções residenciais. Com estes dados se elaboravam croquis utilizados para auxiliar na localização das residências pelos entrevistadores de campo. O número de subáreas a ser sorteado foi estimado com base no tamanho amostral pretendido, na média de pessoas na faixa de idade de interesse por cada família (IBGE, 1999), em cada uma das cidades incluídas. A escolha desse desenho amostral foi motivada especialmente pelas características urbanas dessas regiões metropolitanas, onde é comum a falta ou imprecisão de endereços residenciais. Por fim, verificou-se que seriam necessários 1.700 domicílios em Aracaju e 2.500 em Salvador para atingir o tamanho da amostra necessário para se obter o poder do estudo.

População do estudo

Este estudo foi realizado com mulheres de 10 a 65 anos, residentes nas cidades de Aracaju e Salvador que referiram como principal ocupação remunerada o emprego em serviços domésticos, uma vez que estamos testando a hipótese de assédio sexual e alcoolismo nesse grupo ocupacional.

Coleta de dados

Equipes treinadas realizaram a coleta de dados por meio de entrevistas individuais, após o levantamento de todas as famílias residentes em cada sub-área, e o cadastramento de todos os seus membros. Questionários foram aplicados individualmente para se obter dados sócio-demográficos, ocupacionais e de saúde. Para garantir a fidedignidade das informações, supervisores distribuídos nas subáreas realizavam re-entrevistas parciais em sub-amostras da população. Instrumentos da

pesquisa foram elaborados pela equipe baseando-se em experiências dos membros das equipes do estudo, oficinas realizadas com lideranças de movimentos sociais e de trabalhadores, profissionais dos serviços de saúde, e também questionários desenvolvidos para outros estudos sobre trabalho e saúde de base comunitária (FACHINI et al. 1998; MORAES; BARATA, 1998). Em um estudo piloto, a viabilidade do uso dos instrumentos de pesquisa e da estratégia operacional foram testados e os ajustes necessários foram realizados.

Definição de variáveis

Para caracterizar a população do estudo foram utilizadas as seguintes variáveis: a) sócio-econômicas: idade, dividida em duas faixas etárias – menores de 34 e 34 a 65 anos; situação conjugal – casada/consensual e solteira/separada/viúva; cor da pele de acordo com a observação do entrevistador, e posteriormente categorizada em negra e não negra; e nível de escolaridade, definido com média/alta – a partir do primeiro grau completo, e baixa – menor que primeiro grau completo; b) ocupacionais: dupla jornada de trabalho caracterizada como sim=acumulava atividade remunerada e trabalho doméstico para suas próprias famílias, e não=desenvolvia apenas atividade remunerada; "se residia com os patrões", duração da jornada diária de trabalho e idade em que começou a trabalhar e c) saúde: "sente-se com pouca saúde", "sente-se infeliz", racismo percebido e falta de apoio social, todas auto referidas e categorizadas 0=não e 1=sim. A experiência de racismo foi definida a partir de um escore criado pela soma das respostas positivas dadas às seguintes questões: 1) "Você já foi barrado em clubes, shoppings, bloco de carnaval ou hotéis?", e quando a resposta era positiva, "você atribui isso à sua cor?", 2) "Você acha que sua cor dificultaria a obtenção de empréstimo ou crédito financeiro?" 3) "Você já foi vítima de preconceito racial?" e 4) "Você já teve dificuldade de conseguir trabalho por causa da sua cor?". As respostas positivas foram codificadas como 1 e as negativas como 0. Um escore foi criado a partir da soma das respostas positivas que foi analisada dicotomicamente da seguinte maneira: pelo menos uma resposta positiva=1, nenhuma resposta positiva=0.

A falta de apoio social foi definida a partir de respostas dadas às seguintes questões: 1) "Em caso de emergência você pode contar com a ajuda de familiares e amigos?", 2) "Você conta com alguém para cuidar das crianças/idosos ou doentes?". As respostas foram classificadas como sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca. Alguma resposta positiva para os itens *poucas vezes* ou *nunca* foi codificada como não ter apoio social=1 e para os itens *muitas vezes* e *sempre* como não ter apoio social=0.

O assédio sexual no local do trabalho foi identificado por meio da seguinte pergunta dirigida às participantes do estudo: "Alguma vez o seu patrão ou alguém da casa onde você trabalha(va) tomou ousadia com você?" O termo "ousadia" é popularmente utilizado na região Nordeste para exprimir assédio sexual e foi identificado para a pesquisa original através de uma oficina de trabalho realizada entre a comunidade, sindicatos de trabalhadores e gestores de saúde para a concepção das questionários. A resposta afirmativa a esta pergunta foi codificada com assédio=1 e a negativa como assédio=0.

Para o desfecho foram consideradas as seguintes variáveis: A. "consumo abusivo de álcool", definida a partir de um escore calculado com base nas respostas dadas às perguntas do Patient Health Questionnaire, PHQ (SPITZER et al., 1999) instrumento que se baseia na taxonomia da DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, criada pela Associação Americana de Psiquiatria (2002): 1) "Beberia mesmo que abalasse a saúde?", 2) "Já estive de ressaca no trabalho e outros locais?", 3) "Já chegou atrasado em locais e trabalho por motivo de bebida?", 4) "Já brigou por causa de bebida?" e 5) "Dirigiu após ter bebido bastante?". As respostas positivas foram codificadas como 1 e as negativas como 0. A partir da soma das respostas positivas criou-se o seguinte escore: pelo menos uma resposta positiva=1 (com consumo abusivo), nenhuma resposta positiva=0 (sem consumo abusivo). B. "dependência do álcool" medida através de uma pergunta do QMPA, Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (SANTANA et al., 1997), diretamente relacionada à percepção de uso "excessivo" de bebidas alcoólicas - "Você considera esse consumo exagerado?". As respostas foram classificadas e codificadas como sim (1) e não (0).

De acordo com a plausibilidade teórica e a disponibilidade de variáveis do estudo original foram consideradas na análise as seguintes co-variáveis modificadores de efeito: cor da pele, idade que começou a trabalhar, sente-se infeliz, racismo percebido e falta de apoio social. A idade e o nível educacional foram consideradas como potenciais confundidoras da associação principal.

Análise

Prevalências foram estimadas e comparadas usando o Qui-quadrado de Pearson para um alfa=0,10, definido em valor mais elevado que o habitual 0,05 devido ao pequeno tamanho amostral. Para estimar associações utilizou-se a Razão de Prevalência

calculada a partir dos parâmetros de regressão logística não condicional (ROTHMAN; GREENLAND, 1998). Este modelo permite o ajuste simultâneo de múltiplos confundidores e a consideração de modificadores de efeito. Potenciais modificadores de efeito foram identificados pelo Teste da Razão da Máxima Verossimilhança no qual foi verificado se a existência de diferença dos desvios $[-2\ln(l)]$ entre o modelo completo e o modelo reduzido (sem o termo simples e o respectivo termo-produto da variável sob análise), produziram resultados estatisticamente significantes para um $\alpha=0,10$. Potenciais confundidoras foram selecionadas de acordo com as evidências empíricas ou teóricas com papel relevante para a hipótese do estudo. Foram consideradas como confundidoras as que produziam alteração de pelo menos 20% na medida da associação principal quando retiradas do modelo saturado. Para o cálculo dos intervalos de confiança das razões de prevalência estimadas com a regressão logística, foi empregado o Método Delta (OLIVEIRA et al., 1997). As análises foram realizadas utilizando-se o software SAS 9.1.

O protocolo da pesquisa foi submetido e aprovado por uma Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia. Todos os indivíduos forneceram consentimento escrito após esclarecimento dos propósitos da investigação. Os dados foram duplamente digitados por pessoas diferentes, utilizando-se o EPIINFO-6.0, e as bases de dados checadas e corrigidas para inconsistências.

RESULTADOS

No estudo de Salvador, foram selecionadas 2.512 famílias e 9.591 indivíduos. Entre estes, 3.527 eram trabalhadores remunerados, dos quais 1.721 eram mulheres com idade entre 10 e 65 anos. Destas, 71 não responderam aos questionários individuais e 303 (18,4%) eram empregadas em serviços domésticos que consentiram em participar do estudo. Em Aracaju, foram selecionadas 1.727 famílias que corresponde a 6.702 indivíduos, dos quais 2.455 eram trabalhadores remunerados entre 10 e 65 anos de idade. Entre estes, 174 (7,1%) se recusaram a participar da pesquisa. Entre os respondentes, 1.119 eram mulheres, sendo 151 (13,5%) empregadas em serviços domésticos. A população final compõe-se, portanto, de 454 mulheres de ambas as áreas. Na Tabela 1 pode-se observar que as amostras diferem. A de Salvador é mais jovem ($p<0,005$), tem maior proporção de negros ($p<0,0001$), de pessoas com dupla jornada de trabalho ($p<0,005$), e menor frequência de trabalhadoras domésticas que residem na casa dos patrões ($p<0,0001$) em comparação com Aracaju.

A prevalência de assédio sexual foi estimada em 6,3% em Salvador e 4,0% em Aracaju, e a geral 5,5%. Na Tabela 2 mostram-se as prevalências de acordo com as variáveis de análise verificando-se que as estimativas variaram de 2,2% entre as não negras até 11,9% entre as que referiram ter vivido alguma experiência de racismo. Observa-se ainda que as mulheres que referiram o assédio sexual no trabalho eram em sua maioria negras, tinham menor nível de escolaridade, começaram a trabalhar nessa ocupação com menos de 15 anos e tinham história de racismo quando comparadas com aquelas que não referiram o assédio. Todas essas diferenças foram estatisticamente significantes.

A prevalência bruta do consumo abusivo de álcool foi estimada em 23,8% e a de dependência do álcool em 6,0% (Tabela 3). Analisando-se a distribuição da prevalência do consumo abusivo de álcool, CAA, e da dependência do álcool, DA, de acordo com as variáveis de análise verifica-se que os padrões diferem expressivamente: a prevalência de CAA variou de 18,9% entre as mulheres acima de 34 anos a 30,9% entre as que relataram sentir-se infelizes, únicos fatores associados ao CAA. Especificamente, mulheres que tinham menos de 34 anos (RP=1,4; IC 90% 1,03 - 1,92) e as que se sentiam infelizes (RP=1,4; IC 90% 1,01 - 1,90) tiveram maior prevalência de CAA em comparação com os respectivos grupos referentes. Distintamente, a DA, que tem significado clínico, variou de 2,7% entre as não negras a 11,1% entre as mulheres com escolaridade mais alta e que referiram sentir-se infeliz. Os fatores associados positivamente com a DA foram: cor da pele negra (RP=3,0; IC 90% 1,34 - 6,61) e sentir-se infeliz (RP= 2,3; IC 90% 1,21 - 4,37). Destaca-se ainda que ter baixa escolaridade (RP=0,5; IC 90% 0,23 - 0,87) e começado a trabalhar no emprego em serviços domésticos com menos de 15 anos (RP=0,5; IC 90% 0,26 - 0,88) foram negativamente associadas com a DA (Tabela 3).

Mulheres que reportaram assédio sexual no trabalho apresentaram prevalência de CAA duas vezes maior (RP= 2,1; IC 90% 1,48 - 3,11) do que o seu grupo referente (Tabela 4). Nota-se que esta diferença não variou de acordo com as co-variáveis do estudo. Exceção da falta de apoio social, para a qual a associação entre o assédio sexual e o CAA foi maior entre as mulheres que referiram não ter apoio social, indicando uma possível modificação de efeito. A prevalência de DA foi quatro vezes maior (RP=3,9%; IC 90% 1,86 - 8,19) entre as mulheres que relataram o assédio sexual quando comparadas com as que não o referiu. Também não foi observada variação nesta associação de acordo com as variáveis de análise, não verificando, portanto, a presença de possíveis variáveis de modificação do efeito ou de confusão (Tabela 4).

Os resultados obtidos a partir dos modelos finais ajustados separadamente para cada um dos desfechos avaliados, por meio da regressão logística, encontram-se na Tabela 5. Verifica-se que não houve diferenças relevantes entre os resultados dos modelos brutos e dos ajustados tanto na avaliação da associação entre o assédio sexual e o consumo abusivo de álcool quanto na associação entre o assédio sexual e a dependência do álcool. Nota-se ainda que em todos os modelos preditivos estas associações principais permanecem estatisticamente significantes. Não foram verificados fatores de confusão nem de modificação de efeito neste estudo.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo confirmam a hipótese de que a história de assédio sexual no trabalho é um possível fator de risco tanto para o consumo abusivo de álcool quanto para a dependência alcoólica entre mulheres com ocupação em serviços domésticos, quando adultas. Esta hipótese vem sendo confirmada por outros autores, embora em grupos ocupacionais distintos. Richman e colaboradores (2002), por exemplo, em um inquérito realizado com trabalhadores de uma Universidade dos Estados Unidos verificaram associação positiva estatisticamente significativa entre o início do assédio sexual no local de trabalho e frequência de consumo de álcool e intoxicação por consumo de álcool. Em relação ao assédio crônico estimou-se associação positiva estatisticamente significativa com a quantidade do consumo e consumo excessivo ocasional.

Um estudo de coorte desenvolvido entre mulheres estudantes de medicina durante a residência universitária revelou que a experiência do assédio sexual associou-se positivamente com o consumo de álcool, a frequência ($p < 0,10$) e quantidade ($p < 0,01$) quando comparadas com as que não referiram assédio sexual (RICHMAN et al., 1996).

Outros pesquisadores também confirmaram a existência de associação positiva entre o assédio sexual em qualquer circunstância da vida e o uso do álcool associado a problemas. Por exemplo, Burnam e colaboradores (1988) em um inquérito de base populacional realizado na cidade de Los Angeles verificou que o consumo e/ou dependência do álcool foi duas vezes maior entre as pessoas que referiram assédio em algum momento de sua vida quando comparado com as que não referiram assédio. Interessante notar, que os autores verificaram que o tempo decorrido após o assédio aumentava a prevalência do consumo e/ou dependência do álcool; neste caso, a prevalência após cinco anos ou mais do evento foi três vezes maior que após um ano.

Este fato reforça a hipótese de que a história de assédio sexual está associada positivamente ao consumo de álcool relacionado a problemas na idade adulta. Um outro fator que contribui para a confirmação dessa hipótese é o fato de que cerca de 50% das mulheres que referiram o assédio sexual no trabalho revelaram que este evento ocorreu quando ainda eram menores de idade. O estudo desenvolvido por Burnam e colaboradores (1988) mostra que 38% das pessoas que relataram episódios de assédio sexual também eram menores de idade quando isso aconteceu.

Meyer (2001) e Copeland e Hall (1992) sugerem que crianças e adolescentes que sofreram assédio e/ou abuso sexual tinham maior chance de consumo de álcool associado a problemas quando adultas. Estas evidências nos levam a pensar que as mulheres que entram no emprego doméstico ainda criança podem ter maior risco de consumo de álcool associado a problemas quando adultas. Isto decorre, possivelmente, de que nessa idade elas também têm maiores risco de sofrerem assédio sexual, por ter menos recursos de autodefesa. Nosso estudo, no entanto, não pode confirmar esta hipótese. A partir dos resultados desta investigação verifica-se prevalência de assédio sexual cerca de duas vezes maior entre as mulheres que começaram no emprego em serviços domésticos com menos de 16 anos (6,7%) quando comparadas com as mais adultas (2,9%). No entanto, na análise da associação entre o assédio e o consumo de álcool observa-se a inexistência de qualquer associação. Novos estudos devem ser realizados no intuito de buscar compreender que fatores podem estar relacionados a esta ausência de associação nessa população de empregadas em serviços domésticos.

Não foram encontrados estudos epidemiológicos sobre assédio sexual no emprego em serviços domésticos, nem a associação entre este problema e desfechos do uso do álcool. Observa-se, no entanto, que existe um padrão no qual mulheres que sofreram o assédio se encontram em posição de subordinação no ambiente de trabalho, tais como secretárias, auxiliares administrativas (PASTORE; ROBORTELLA, 1998) enfermeiras (HESKETH et al., 2003; JACKSON et al., 2002), médicas e internas (RICHMAN et al., 1996), professoras (PASTORE; ROBORTELLA, 1998), estudantes (ZEIRA et al., 2002; LARSSON et al., 2003), militares (MALAMUT; OFFERMANN, 2001) e trabalhadoras domésticas (CEAFRO, 2001; PASTORE; ROBORTELLA, 1998). Além disso, os autores referem que posição hierárquica mais baixa em relação ao agressor, a discriminação de gênero (RICHMAN et al., 2002; MALAMUT; OFFERMANN, 2001; NAWYN et al., 2000; RICHMAN et al., 1999; PALMEIRA-SOBRINHO, 1998; RICHMAN et al., 1996) e falta de suporte social no ambiente de trabalho (MURRY et al., 2001; NAWYN et al., 2000) são fatores predisponentes para o assédio sexual no trabalho.

Nosso estudo revela também que as mulheres negras referiram três vezes mais o assédio sexual no trabalho quando comparadas com as não negras. No entanto, ao estudarmos a associação entre o assédio sexual e o consumo de álcool esta diferença desaparece. É possível que a origem dessa atividade, ainda na época da escravidão, num sistema patriarcal e machista, seja o percussor do assédio sexual e acabe acontecendo especialmente com as trabalhadoras negras. Como salientam Kofes (2001) e Damatta (2001), a relação entre o emprego em serviços domésticos e a escravidão mostra como o modelo social escravocrata deixou marcas na organização doméstica e familiar. As empregadas em serviços domésticos, mesmo não sendo mais escravas, ainda podem confundir relações morais de intimidade e simpatia com uma relação econômica, o que pode terminar por gerar situações de assédio sexual onde a vítima – a trabalhadora – não consegue se livrar do estigma de “servir” a família do patrão e acaba sucumbindo a essas “obrigações”. Atualmente, as empregadas em serviços domésticos unem-se através de seus sindicatos para lutar por uma legislação que possa protegê-las desse crime, uma vez que pelo caráter “doméstico” da ocupação, fica mais difícil qualquer tipo de defesa (OLIVEIRA et al., 2002; CEAFFRO, 2001).

A presente investigação sugere a inexistência de fatores de modificação de efeito e de confundimento entre a história de assédio sexual no trabalho e os desfechos para o uso de álcool, consumo abusivo e dependência na idade adulta. No entanto, como o estudo original não tinha o propósito dessa pesquisa, não houve investigação sobre as características da população referente à época em que o assédio aconteceu. Apesar disso, os resultados desse estudo podem favorecer a compreensão da rede de causalidade sobre os transtornos psicossociais que tanto afligem estas trabalhadoras e que ainda se configura num grupo ocupacional pouco estudado (SALES; SANTANA, 2003; SANTANA et al., 2001).

As conclusões deste estudo devem ser vistas com precaução, por alguns aspectos, como o seu desenho transversal que não permite afastar a causalidade reversa. No entanto, este é um desenho comum na área da saúde dos trabalhadores, e importante para gerar hipóteses a serem testadas em estudos mais complexos. Os transtornos mentais, em geral, interferem na qualidade de vida e na capacidade produtiva dos indivíduos, podendo limitar a sua participação no mercado de trabalho. Ainda assim, isso não se revela no contexto dessa população uma vez que há a necessidade de sobreviver na pobreza.

A utilização de dados de uma pesquisa construída com outros propósitos impede a análise de alguns aspectos importantes para a avaliação da associação entre o assédio sexual e o alcoolismo. No entanto, trabalhos epidemiológicos enfocando as empregadas em serviços domésticos ainda são considerados raros na literatura, e sobre o tema aqui investigado, este é o primeiro. Portanto, apesar do pequeno tamanho amostral e da falta de variáveis que possam explicar melhor o modelo causal, este estudo é singular e importante, pois dá visibilidade a um problema de saúde que afeta um dos maiores contingentes de trabalhadoras a nível nacional. Vale ressaltar ainda que este estudo poderá auxiliar os sindicatos das trabalhadoras domésticas na sua constante luta por melhores condições de trabalho, ao contribuir para a identificação de um problema pouco conhecido, podendo subsidiar a implantação de medidas protetoras e a implementação de medidas legais de controle deste problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR**, 4ª ed. Texto revisado. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 2002. 880p.

BENTO MAS, 2000. Raça e gênero no mercado de trabalho. In.: **Trabalho e Gênero – Mudanças permanência e desafios** (MIB da Rocha, org.). pp. 295-307, Campinas, Editora 34, ABEP NEPO/UNICAMP e CEDEPLAR/UFMG, São Paulo.

BURNAM MA, STEIN J, GOLDING JM, SIEGEL JM, SORENSON SB, FORSYTHE AB; TELLES CA. Sexual assault ad mental disorders in a community population. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 56(6): 843-850. 1988.

CEAFRO/ UFBA – Centro de Estudos Afro-Orientais/ Universidade Federal da Bahia. **Garantia de Direitos. Cartilha para adolescentes, trabalhadoras domésticas, mulheres negras**. Salvador: Unicef, Save the Children, 2001. 48p. il.

CHAIEB JA; CASTELLARIN C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. **Revista de Saúde Pública** 32(3): 246-254, 1998.

CHANEY EM, CASTRO MG. **Muchachas no more: household workers in Latin America and the Caribbean**. Caracas: Nueva Sociedad; 1993.

COPELAND J, HALL W. A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women´s and two traditional mixed-sex treatment services. **Br J Addict**. 87(9): 1293-1302, 1992.

COSTA SG. **O Assédio Sexual nos Locais de Trabalho: problema e possíveis soluções a partir de estudos de casos**. Mestrado PPGA - UFRGS, 1994.

DAL BOSCO MG. Assédio sexual nas relações de trabalho. **Jus Navigandi**, Teresina, a. 6, n. 52, nov. 2001. <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=2430>>. Acesso em: 13 jan. 2005.

DAMATTA R. A Casa, a Rua e o Trabalho. In:_____. *O que faz o Brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco. 12ª edição, 2001. p. 21-33.

DANTAS RAA. **História de trabalho na infância e adolescência e a saúde do trabalhador adulto**. Tese de Doutorado. Salvador, Bahia, 2005. 31 de maio de 2005. ISC. 182p.

DINIZ M.H. **Dicionário jurídico**. São Paulo: Saraiva, 1998, v. 1. p. 285.

FACCHINI LA, DALL'AGNOL MM; FASSA AG, 1998. **Trabalho e Saúde Infantil**. Projeto de Pesquisa. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

FITZGERALD LF, DRASGOW F, HULIN CL, GELFAND MJ; MAGLEY VJ. Antecedents and consequences of sexual harassment in organizations: a test of an integrated model. **Journal of Applied Psychology** 82(4): 578-589, 1997.

HATCH-MAILLETTE MA; SCALORA MJ. Gender, sexual harassment, workplace violence, and risk assessment: Convergence around psychiatric staff's perceptions of personal safety. **Aggression and Violent Behavior** 7: 271-291, 2002.

HESKETH KL, DUNCAN SM; ESTABROOKS CA, REIMER MA, GIOVANNETTI P, HYNDMAN, K; ACORN S. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. **Health Policy** 63:311-321, 2003.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, PNAD - **Síntese de Indicadores, 1998**. Rio de Janeiro: Departamento de Emprego e Rendimento, 1999.

IBGE, 2006. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, PNAD - **Síntese de Indicadores**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=586&id_pagina=1> Acesso em: 29 de abril de 2008.

JACKSON D, CLARE J; MANNIX J. Who would be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. **Journal of Nursing Management** 10:13-20, 2002.

JESUS DE. Crime de assédio sexual. Jus Navigandi, Teresina, a. 6, n. 52, nov. 2001.<<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=2386>>. Acesso em: 13 jan. 2005.

KOFES S. **Mulher, Mulheres: Identidade, Diferença e Desigualdade na relação entre patroas e empregadas domésticas**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2001, 469p.

LARSSON C, HENSING G; ALLEBECK P. Sexual and gender-related harassment in medical education and research training: results from a Swedish survey. **Medical Education** 37: 39-50, 2003.

MALAMUT AB; OFFERMANN LR. Coping with sexual harassment: personal, environmental, and cognitive determinants. **The Journal of Applied Psychology** 86(6): 1152-1166, 2001.

MOTA AB. **Visão de mundo da empregada doméstica - um estudo de caso**. Departamento de Ciências Sociais. Salvador: UFBA, 1977.

MEYER RE. Finding paradigms for the future of alcoholism research: an interdisciplinary perspective. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research** 25(9): 1393-1406, 2001.

MORAES MC, BARATA RC. Pesquisa sobre condições de vida - componente acidentes de trabalho e doenças profissionais. São Paulo: SEADE, 1998.

MURRY WD, SIVASUBRAMANIAM N, JACQUES PH. Supervisory support, social exchange relationship, and sexual harassment consequences. A test of competing models. **The Leadership Quarterly** 12: 1-29, 2001.

NAWYN SJ, RICHMAN JA, ROSPENSA KM; HUGHES TL. Sexual identity and alcohol-related outcomes: Contributions of Workplace Harassment. **Journal of Substance Abuse** 11(3): 289-304, 2000.

OLIVEIRA NF, SANTANA VS; LOPES AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista de Saúde Pública** 31(1): 90-9, 1997.

OLIVEIRA CM, SANTOS MCJ, SALES EC, JESUS JR, AMORIM AM; CASTRO MG. **Condições de vida das trabalhadoras domésticas na Cidade de Salvador**,

Bahia, Brasil. CONLACTRAHO – Confederacion Latinoamericana y Caribena de Trabajadores del Hogar. 2002, 47p.

PALMEIRA-SOBRINHO Z. O Assédio Sexual. **Suplemento Trabalhista** (São Paulo: Editora LTr) nº 135, p. 615. 1998.

PASTORE J; ROBORTELLA LCA. **Assédio Sexual no Trabalho.** O que fazer? São Paulo: Makron Books, 1998. 137p.

PREUSS MRG. 2000. A dinâmica simbólica do emprego doméstico – Uma abordagem biográfica. **Sexualidade - gênero e sociedade**, 12/13:10-15.

RICHMAN JA, SHINSAKO SA, ROSPENDA KM, FLAHERTY JA; FREELS S. Workplace harassment/abuse and alcohol-related outcomes: the mediating role of psychological distress. **Journal of studies on Alcohol** 63(4): 412-419, 2002.

RICHMAN JA; FLAHERTY JA; ROSPENDA KM. Perceived workplace harassment experiences and problem drinking among physicians: broadening the stress/alienation paradigm. **Addiction** 91(3): 391-403, 1996.

RICHMAN JA, ROSPENDA KM, NAWYN SJ, FLAHERTY JA, FENDRICH M, DRUM ML; JOHNSON TP. Sexual Harassment and Generalized Workplace Abuse Among University Employees: Prevalence and Mental Health Correlates. **American Journal of Public Health** 89(3):3 358-363, 1999.

RICHMAN JA, Rospenda KM, Flaherty JA, FREELS S. Workplace harassment, active coping, and alcohol-related outcomes. **Journal of Substance Abuse** 13: 347-366, 2001.

ROSPENDA KM, RICHMAN JA, WISLAR JS; FLAHERTY JA. Chronicity of sexual harassment and generalized work-place abuse: effects on drinking outcomes. **Addiction** 95(12): 1805-1820, 2000.

ROTHMAN KJ; GREENLAND S. **Modern Epidemiology.** USA: Lippincott-Raven Publishers, 2ªed. 1998, 738p.

SALES EC; SANTANA VS. Depressive and Anxiety Symptoms Among Housemaids. **American Journal of Industrial Medicine** 44:685-691, 2003.

SAFFIOTI HIB. 1978. **Emprego doméstico e capitalismo.** pp. 43-96; 183-197. Petrópolis, Editora:Vozes.

SANTANA V, LOOMIS D, NEWMAN B; HARLOW S. Informal work: another occupational hazard for women's mental health? **International Journal of Epidemiology** 26:1236-42, 1997.

SANTANA VS, LOOMIS DP; NEWMAN B. Housework, paid work and psychiatric symptoms. **Revista de Saúde Pública** 35(1): 16-22, 2001.

SANTANA V, MAIA AP, CARVALHO C; LUZ G. Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cadernos de Saúde Pública** 19: 109-118, 2003.

SANTANA VS, AMORIM AM, OLIVEIRA R, XAVIER S, IRIART J; BELITARDO L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. **Revista de Saúde Pública** 37(1):65-74, 2003.

SANTANA VS; ALMEIDA FILHO N. O emprego doméstico e o sofrimento mental. **Saúde Mental em Revista** 4: 9-28, 1994.

SELIGMANN-SILVA E. Desgaste mental e trabalho dominado. Rio de Janeiro: UFRJ/Cortez, 1994.

SPITZER RL, KROENKE K; WILLIAMS JBW. The Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of the PRIME-MD – The PHQ Primary Care Study. **Journal of the American Medical Association**, 282:1737-1744, 1999.

TSUANG MT, BAR JL, HARLEY RM; LYONS MJ. The Havard Twin Study of Substance Abuse: what we have learned. **Harvard Review of Psychiatry** 9(6): 267-279, 2001.

VAZ M. **A menina e a casa**. A identidade Coletiva da Menina Empregada Doméstica. Análise sobre o Trabalho Infante-Juvenil Feminino. Salvador, Bahia. 87p. 1999.

WAYNE JH. Disentangling the Power Bases of Sexual Harassment: Comparing Gender, Age, and Position Power. **Journal of Vocational Behavior** 57, 301–325, 2000.

ZEIRA A, ASTOR RA; BENBENISHTY R. Sexual harassment in Jewish and Arab public schools in Israel. **Child Abuse & Neglect** 26: 149–166, 2002.

Tabela 1 – Características da população do estudo.

Variáveis	Salvador		Aracaju		Total	
	N=303	66,7%	N=151	33,3%	N=454	100%
Sócio-econômicas						
Idade**						
34 – 65 anos	126	41,6	38	25,2	164	36,1
< 34 anos	177	58,4	113	74,8	290	63,9
Situação conjugal						
Casada/consensual	103	34,0	47	31,1	150	33,0
Solteira/separada/viúva	200	66,0	104	68,9	304	67,0
Cor da pele*						
Não negra	85	28,0	98	64,9	183	40,3
Negra	218	72,0	53	35,1	271	59,7
Nível de Escolaridade						
Média/alta	48	15,8	24	15,9	72	15,9
Baixa	255	84,2	127	84,1	382	84,1
Ocupacionais						
Dupla jornada de trabalho**						
Não	141	46,5	95	62,9	236	52,0
Sim	162	53,5	56	37,1	218	48,0
Mora na casa dos patrões*						
Não	208	69,1	70	46,4	278	61,5
Sim	93	30,9	81	53,6	174	38,5
Idade que começou a trabalhar						
16 - 35 anos	95	31,4	45	29,8	140	30,8
4 - 15 anos	208	68,6	106	70,2	314	69,2
Saúde						
Sente-se infeliz						
Não	248	81,8	125	82,8	373	82,2
Sim	55	18,2	26	17,2	81	17,8
Racismo percebido						
Não	250	82,5	137	90,7	387	85,2
Sim	53	17,5	14	9,3	67	14,8
Falta de apoio social						
Não	236	81,1	119	79,3	355	78,2
Sim	55	18,9	31	20,7	86	21,8

*p<0,0001; **p<0,005

Tabela 2. Características da população do estudo de acordo com o assédio sexual.

Variáveis	Assédio sexual			
	Sim		Não	
	N=25	%	N=429	%
Idade				
34 – 65 anos	7	28,0 (4,3)	157	36,6
< 34 anos	18	72,0 (6,2)	272	63,4
Cor da pele*				
Não negra	4	16,0 (2,2)	179	41,7
Negra	21	84,0 (7,7)	250	58,3
Nível de Escolaridade**				
Média/alta	7	28,0 (9,7)	65	15,2
Baixa	18	72,0 (4,7)	364	84,8
Idade que começou a trabalhar**				
16 - 35 anos	4	16,0 (2,9)	136	31,7
4 - 15 anos	21	84,0 (6,7)	293	68,3
Sente-se infeliz				
Não	19	76,0 (5,1)	354	82,5
Sim	6	24,0 (7,4)	75	17,5
História de racismo percebido*				
Não	17	68,0 (4,4)	370	86,2
Sim	8	32,0 (11,9)	59	13,8
Falta de apoio social				
Não	20	80,0 (5,6)	335	80,5
Sim	5	20,0 (5,8)	81	19,5

Estimativas da prevalência de assédio sexual encontram-se entre parênteses.

*p=0,01; **p=0,10.

Tabela 3. Prevalências, razões de prevalência e Intervalo de Confiança a 90% para a associação de variáveis sócio-demográficas e ocupacionais e consumo abusivo de álcool, CAA, e dependência do álcool, DA.

Co-variáveis	N	Consumo abusivo de álcool (CAA)			Dependência do álcool (DA)		
		Prevalência (%)	Razão de Prevalência	90% Intervalo de Confiança	Prevalência (%)	Razão de Prevalência	90% Intervalo de Confiança
Prevalência bruta	454	23,8	--	---	6,0	--	---
Idade							
34 – 65 anos	164	18,9	1,0	---	6,1	1,0	---
< 34 anos	290	26,6	1,4	1,03 – 1,92	5,9	1,0	0,51 – 1,82
Cor da pele							
Não negra	183	23,0	1,0	---	2,7	1,0	---
Negra	271	24,4	1,1	0,80 – 1,41	8,1	3,0	1,34 – 6,61
Nível de Escolaridade							
Média/alta	72	30,6	1,0	---	11,1	1,0	---
Baixa	382	22,5	0,7	0,53 – 1,03	5,0	0,5	0,23 – 0,87
Idade que começou a trabalhar							
16 - 35 anos	140	25,7	1,0	---	9,3	1,0	---
4 - 15 anos	314	22,9	0,9	0,67 – 1,19	4,5	0,5	0,26 – 0,88
Sente-se infeliz							
Não	373	22,3	1,0	---	4,8	1,0	---
Sim	81	30,9	1,4	1,01 – 1,90	11,1	2,3	1,21 – 4,37
Racismo percebido							
Não	387	23,8	1,0	---	---	---	---
Sim	67	23,9	1,0	0,68 – 1,48	---	---	---
Falta de apoio social							
Não	355	24,8	1,0	---	6,5	1,0	---
Sim	86	20,9	0,8	0,58 – 1,23	4,7	0,7	0,30 – 1,71

Tabela 4. Análise estratificada da associação entre assédio sexual e consumo abusivo de álcool, CAA, e dependência do álcool, DA, de acordo com as variáveis do estudo.

Co-variáveis	Consumo abusivo de álcool (CAA)		Dependência do álcool (DA)	
	Razão de Prevalência	90% Intervalo de Confiança	Razão de Prevalência	90% Intervalo de Confiança
RP bruta	2,1	1,48 – 3,11	3,9	1,86 – 8,19
Idade				
34 – 65 anos	2,4	1,11 – 5,20	5,6	1,80 – 17,44
< 34 anos	2,0	1,31 – 3,06	3,2	1,23 – 8,52
Cor da pele				
Não negra	2,2	0,95 – 5,25	--	---
Negra	2,1	1,39 – 3,25	3,5	1,66 – 7,40
Nível de Escolaridade				
Média/alta	1,5	0,67 – 3,21	3,1	0,96 – 10,00
Baixa	2,4	1,55 – 3,60	3,8	1,46 – 9,86
Idade que começou a trabalhar				
16 - 35 anos	2,0	0,85 – 4,72	2,8	0,64 – 12,63
4 - 15 anos	2,3	1,48 – 3,42	5,6	2,27 – 13,72
Sente-se infeliz				
Não	2,0	1,24 – 3,19	3,7	1,42 – 9,79
Sim	2,4	1,35 – 4,19	3,6	1,17 – 10,94
Racismo percebido				
Não	2,1	1,32 – 3,26	5,2	2,55 – 10,54
Sim	2,5	1,20 – 5,05	--	---
Falta de apoio social				
Não	1,7	1,04 – 2,70	2,5	0,98 – 6,47
Sim	4,6	2,69 – 7,97	--	---

Tabela 5 – Resultados da análise logística para a associação entre assédio sexual e as variáveis de desfecho consumo abusivo de álcool, CAA, e dependência do álcool, DA, de acordo com variáveis selecionadas.

Modelos	CAA		Dependência do álcool	
	Razão de Prevalência	90% IC	Razão de Prevalência	90% IC
Modelo 1 Assédio sexual	3,2	1,61 – 6,36	4,6	1,89 – 11,35
Modelo 2 (ajustado por idade) Assédio sexual	3,1	1,55 – 6,13	4,8	1,94 – 11,84
Modelo 3 (ajustado por cor da pele) Assédio sexual	3,2	1,60 – 6,40	3,8	1,53 – 9,43
Modelo 4 (ajustado pela falta de apoio social) Assédio sexual	3,2	1,60 – 6,30	---	---
Modelo 5 (ajustado pela idade q começou a trabalhar) Assédio sexual	3,3	1,67 – 6,61	5,7	2,24 – 14,33
Modelo 6 (ajustado por idade e cor da pele) Assédio sexual	3,0	1,52 – 6,10	3,9	1,55 – 9,73
Modelo 7 (ajustado por idade, cor da pele e idade q começou a trabalhar) Assédio sexual	3,2	1,57 – 6,38	4,9	1,89 – 12,64
Modelo 8 (ajustado por idade, cor da pele, nível de escolaridade, idade que começou a trabalhar, racismo percebido, sentir-se infeliz e falta de apoio social) Assédio sexual	3,0	1,47 – 6,13	5,3	1,89 – 14,72

ARTIGO II:

EMPREGO EM SERVIÇOS DOMÉSTICOS E DEPRESSÃO

INTRODUÇÃO

O emprego em serviços domésticos é o trabalho remunerado realizado por pessoas que servem a um indivíduo ou família dentro da casa destes (MELO, 1998). É exercido por cerca de 6 milhões de mulheres, e é caracterizado pela informalidade dos contratos de trabalho. Aproximadamente 70% das mulheres trabalham nesta situação no Brasil (SANTANA et al., 2003). Vários estudos mostram estressores psicossociais potenciais entre emprego doméstico e transtornos mentais. Esta ocupação envolve longas jornadas diárias de trabalho (SANTANA et al., 2001; CHANEY; CASTRO, 1993), sobrecarga de trabalho (SANTANA et al., 2001), esforço físico excessivo e limitado controle sobre suas atividades (CHANEY e CASTRO, 1993) e ambigüidade nas relações com os patrões (PREUSS, 2000; VAZ, 1999; CHANEY; CASTRO, 1993). Além desses, destacam-se a violência contra as empregadas domésticas pelos patrões ou seus familiares, demonstrada nas humilhações, agressões verbais e físicas que são relatadas em estudos qualitativos (MOTA, 1977). Com tudo isso não é surpreendente a baixa satisfação com o emprego (SANTANA et al., 2003; SANTANA; ALMEIDA-FILHO, 1994; SAFFIOTI, 1978; MOTA, 1977), e baixa auto estima (CHANEY; CASTRO, 1993; MOTA, 1977).

Estudos epidemiológicos revelam que sintomas de depressão e ansiedade se associam com emprego doméstico especialmente quando as trabalhadoras são mais jovens (SANTANA e ALMEIDA-FILHO, 1994; SALES; SANTANA, 2003). Especificamente, a prevalência dos sintomas "tristeza/cansaço", "pouca concentração", "crises de irritabilidade" e "dor de cabeça" foi maior entre empregadas domésticas quando comparadas às que tinham outras ocupações, e essa diferença era maior entre as de 14 a 26 anos de idade (SALES; SANTANA, 2003). Uma pesquisa realizada com trabalhadores norte americanos revelou que babás, faxineiras e cozinheiras apresentavam maiores escores de depressão em relação àquelas com outras ocupações (GROSCH; MURPHY, 1998).

A depressão é considerada uma doença multifatorial, com componentes ambientais na sua etiologia (LAFER; VALLADA-FILHO, 1999). Ainda são raros os estudos realizados especificamente para avaliar a associação entre fatores ocupacionais e a depressão. Por exemplo, sabe-se que o desemprego é um fator de risco para a depressão, onde os desempregados têm três vezes maior chance de relatar sintomas de um episódio de depressão maior (DM) em comparação aos empregados (SADOCK; SADOCK, 2007). Um estudo realizado sobre inserção no mercado de trabalho e ocorrência de transtornos mentais menores apontam para a existência de associação entre baixos salários,

ausência de benefícios sociais e de proteção da legislação trabalhista e desenvolvimento de ansiedade e depressão em uma população de mulheres residentes na cidade de Olinda, PE e que trabalham sem carteira de trabalho assinada (LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002).

Estudos sobre transtornos mentais apresentam muitas dificuldades metodológicas como a mensuração, devido à subjetividade da sua natureza e sintomas, mais sujeito a erros do que as enfermidades de expressão objetiva, como as biológicas. Há também um forte componente patoplástico, i.e., sua exteriorização é moldada por componentes culturais, o que limita o uso de instrumentos padronizados e assim dificulta a comparabilidade de resultados de diferentes estudos (SCHREINER et al., 2004; MOREIRA et al., 2003). A Depressão Maior (DM) é definida pela DSM-IV-TR como transtorno depressivo maior ou depressão unipolar, e se caracteriza pela ausência de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos. Cada episódio deve durar no mínimo duas semanas e, tipicamente, o indivíduo com DM experimenta ainda pelo menos quatro sintomas de uma lista que inclui mudanças no apetite, alterações no sono e no nível de atividade, falta de energia, sentimentos de culpa, dificuldade para pensar e tomar decisões, além de pensamentos recorrentes de morte e suicídio (SADOCK; SADOCK, 2007). De acordo com a CID 10, este conjunto de características é denominado como episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (FLECK; SHANSIS, 2004; CID 10, 1998).

Devido a sua natureza insidiosa, estudos longitudinais se defrontam com dificuldades e identificação do momento de surgimento da enfermidade, o que é, particularmente, importante ao se considerar estudos que têm como objetivos a identificação de associações causais, daí o número reduzido desse tipo de estudos sobre doenças mentais.

Com dados da fase basal deste mesmo estudo, verificou-se que as empregadas em serviços domésticos apresentavam maior prevalência de consumo abusivo de álcool ou de serem alcoolistas quando relatavam episódios de assédio sexual no trabalho em comparação com as demais. Todavia, embora seja plausível, doenças mentais como a depressão ainda não foram examinadas. Neste estudo analisa-se a associação entre o emprego em serviços domésticos e a depressão maior, considerando-se fatores de interação ou de confusão.

MÉTODO

Esta pesquisa é parte de um estudo epidemiológico sobre saúde e trabalho, em realização na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. A presente investigação tem um desenho transversal realizado com as mulheres residentes em Salvador e que apresentavam pelo menos um emprego remunerado.

Amostragem

A amostragem foi realizada para a etapa basal (Fase I) da pesquisa original. Foi do tipo aleatória de superfície de estágio único, realizada por meio de sorteio de subáreas a partir do mapa de toda a área urbana da cidade. As sub-áreas continham uma média de 90 domicílios. Considerando-se o número médio de pessoas na faixa de idade de interesse estimado pelo Censo (IBGE, 1999) foi possível definir o número de sub-áreas necessárias para se alcançar o tamanho definido para a amostra.

População de estudo

Fizeram parte desta investigação mulheres que referiram ter entre 10 a 65 anos e pelo menos uma atividade remunerada no momento da entrevista que compôs a Fase III do projeto original (2^o seguimento, 2004), totalizando 1.463 mulheres. Estas correspondem a todas as empregadas em serviços domésticos (n=257) e todas as mulheres com outras ocupações remuneradas (n=1.191) que foram localizadas e aceitaram participar do estudo.

Coleta de dados

Equipes treinadas realizaram a coleta de dados por meio de entrevistas individuais, após o levantamento de todas as famílias residentes em cada subárea, e o cadastramento de todos os seus membros na etapa basal (Fase I) da pesquisa. Em um estudo piloto, a viabilidade do uso dos instrumentos de pesquisa e da estratégia operacional foram testados e os ajustes necessários foram realizados. Os questionários foram aplicados individualmente para a obtenção de dados sócio-demográficos, ocupacionais e de saúde. A fidedignidade das informações foi garantida por supervisores distribuídos nas subáreas que realizaram re-entrevistas parciais em sub-amostras da população. Os instrumentos da pesquisa foram elaborados pela equipe baseando-se em experiências dos membros das equipes do estudo, oficinas realizadas com lideranças de movimentos sociais e de

trabalhadores, profissionais dos serviços de saúde, e também questionários desenvolvidos para outros estudos de base comunitária sobre trabalho e saúde (FACHINI et al. 1998; MORAES; BARATA, 1998).

Definição de variáveis

A ocupação principal foi referida pelas entrevistadas como o principal trabalho em que recebia remuneração. Empregadas em serviços domésticos (ESD) foram consideradas como todas as mulheres cujo local de trabalho era a casa dos patrões, sendo elas babás, cozinheiras e faxineiras, diaristas ou não, e que aceitaram participar da pesquisa. Para o desfecho considerou-se a variável Depressão Maior (DM), definida a partir de um escore calculado com base nas respostas dadas às perguntas do Patient Health Questionnaire, PHQ desenvolvido e validado por Spitzer et al. (1999) instrumento que se baseia na taxonomia da DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, criada pela Associação Americana de Psiquiatria (2002).

Outras variáveis de saúde consideradas foram relacionadas a fatores psicossociais: a) baixo apoio nas relações cotidianas - definida a partir de respostas dadas às questões: "Quando precisa, você pode contar com: 1) Alguém que ajuda você quando está doente; 2) Alguém que mostra carinho por você ou diz que ama você, 3) Alguém em quem você confia para falar seus problemas íntimos, 4) Alguém que dá a você alguma informação ou conselho de como você deve agir quando tem algum problema, 5) Alguém com quem você sai para se divertir ou com quem você faz coisas agradáveis e relaxantes". As respostas foram classificadas como sempre, muitas vezes, algumas vezes, raramente e nunca. A resposta positiva para algumas vezes, raramente e/ou nunca foi codificada como sim (1) e para as outras como não (0); b) Baixo apoio nas relações de trabalho - definida a partir das respostas dadas as seguintes questões: "Pensando nas pessoas que trabalham com você, diga se você concorda ou não com as afirmações: 1) Eu posso contar com o apoio de meus colegas de trabalho, 2) Se eu não estiver num bom dia meus colegas entendem, 3) No trabalho eu me relaciono bem com meus chefes, 4) Eu gosto de trabalhar com meus colegas, 5) Meus colegas me aconselham a ter cuidado quando há algum perigo no meu trabalho". As respostas foram classificadas como discordo totalmente, discordo mais ou menos, concordo mais ou menos, concordo totalmente. A resposta positiva para discordo totalmente, discordo mais ou menos foi codificada como sim (1) e para as outras como não (0). Também foram incluídas nas análises variáveis relacionadas à discriminação, todas elas definidas a partir de um escore criado pela soma das respostas positivas dadas às seguintes questões referidas:

a) discriminação racial percebida - 1) "Você se sente discriminado por causa da sua cor?", 2) "Você já foi barrado em clubes, shoppings, bloco de carnaval ou hotéis?", 3) "Você acha que sua cor dificultaria a obtenção de empréstimo ou crédito financeiro?" 4) "Você aprovaria o casamento de alguém de sua família com uma pessoa de outra cor?", 5) "Você já teve dificuldade de conseguir trabalho por causa da sua cor?", 6) "Você já foi dispensado ou demitido de algum emprego por causa da sua cor?", 7) "Você já deixou de ganhar alguma promoção por causa da sua cor?", 8) "Você acha que foi colocado em uma função mais perigosa por causa da sua cor?"; b) discriminação social percebida - 1) "Alguma vez você já foi mal atendido em uma loja por causa do seu nível social?", 2) "Alguma vez você foi obrigado a usar o elevador de serviço devido a sua posição social?"; c) discriminação no trabalho - 1) "Alguma vez uma pessoa se afastou de você por causa de seu trabalho?", 2) "Você acha que se tivesse outro tipo de trabalho as pessoas tratariam você de outra forma?".

Os sintomas depressivos também foram analisados isoladamente. São eles: a) pouco interesse/alegria para fazer as coisas; b) para baixo, deprimido, sem esperança; c) dificuldade de dormir ou dorme demais; d) cansado ou sem energia; e) pouco apetite ou come demais; f) idéias ruins sobre si mesmo ou fracassado; g) dificuldade de se concentrar; h) move-se/fala muito devagar ou mais rápido; i) idéias de que estaria melhor morto. Codificados a partir da soma das respostas positivas. Considerou-se ainda outros sintomas depressivos: a) sentir-se infeliz; b) sentir-se sem saúde, assim codificadas, (1) sim, (0) não; e c) baixa auto-estima de acordo com o protocolo proposto por Roberts et al. (1997).

Para caracterizar a população do estudo foram avaliadas as seguintes variáveis: sócio-econômicas: a) idade - descrita em anos referidos na data da entrevista; b) cor da pele - registrada de acordo com a observação do entrevistador (1) negros (negros e mulatos), (0) não-negros (brancos, asiáticos, índios e morenos); c) situação conjugal - (0) solteira, casada/consensual, (1) separada/divorciada e viúva; d) nível de escolaridade - (1) baixo=até 1º grau completo, (0) médio/alto=maior que 1º grau completo.

Ocupacionais: a) carteira de trabalho assinada - (1) não, (0) sim; b) idade no início do trabalho pago (0) 16-35 anos, (1) 4-15 anos; c) dupla jornada de trabalho - (1) sim=acumulava atividade remunerada e trabalho doméstico para suas próprias famílias, (0) não=desenvolia apenas atividade remunerada; d) considera o salário menor do que deveria ser na ocupação; e) sobrecarga no trabalho - definida a partir das respostas dadas às seguintes questões: 1) "Você se sente sobrecarregado neste trabalho?", 2) "Seu trabalho exige muito esforço físico", ambas codificadas: (1) sim, (0) não, e 3) "Você

tem pausa para descansar durante o dia?" - (0) sim, (1) não. Quando havia pelo menos uma resposta = 1, considerou-se como com sobrecarga; f) baixo controle no trabalho - definida a partir das respostas dadas às questões: 1) "Você planeja seu dia-a-dia de trabalho?", 2) "Você pode modificar seus horários de trabalho? Por exemplo, se precisar sair mais cedo ou chegar mais tarde, isso pode ser negociado?", assim codificadas, (0) sim, (1) não, e definida a partir do escore, pelo menos uma resposta = 1, baixo controle no trabalho.

De acordo com a plausibilidade teórica e a disponibilidade de variáveis do estudo original foram consideradas as seguintes co-variáveis para examinar modificação do efeito da associação principal: idade, estado civil, idade de início no trabalho pago e discriminação racial percebida. Como potenciais confundidoras da associação principal consideraram-se: nível educacional e discriminação no trabalho.

Análise

Prevalências foram estimadas e comparadas usando o Qui-quadrado de Pearson para um $\alpha=0,10$, definido em valor mais elevado que o habitual 0,05 devido ao pequeno tamanho amostral. Para estimar associações utilizou-se a Razão de Prevalência calculada a partir dos parâmetros de regressão logística não condicional (ROTHMAN; GREENLAND, 1998), empregado para o ajuste simultâneo de múltiplos confundidores. Potenciais modificadores de efeito foram analisados pelo Teste da Razão da Máxima Verossimilhança. Potenciais confundidores foram selecionados de acordo com as evidências empíricas ou teóricas relevantes para a hipótese do estudo. Para o cálculo dos intervalos de confiança das razões de prevalência foi empregado o Método Delta (OLIVEIRA et al., 1997). As análises foram realizadas utilizando-se o software SAS 9.1.

O protocolo da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Professor Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia. Todos os indivíduos forneceram consentimento escrito após esclarecimento dos propósitos da investigação. Os dados foram duplamente digitados por pessoas diferentes, utilizando-se o EPIINFO-6.0, e as bases de dados checadas e corrigidas para inconsistências.

RESULTADOS

Foram encontradas 2.512 famílias, que correspondiam a 10.935 pessoas. Destas, 8.888 tinham idade entre 10 e 65 anos e 3.003 eram trabalhadores remunerados, sendo 1.448

mulheres. Houve 267 recusas, uma entre as empregadas em serviços domésticos e 266 no grupo referente. A população final do estudo ficou em 1.181 mulheres, das quais 21,7% (n=256) empregadas em serviços domésticos (ESD) e 78,3% (n=925) tinham outra ocupação.

Na Tabela 1 encontram-se informações sobre a população do estudo de acordo com variáveis sócio-demográficas e ocupacionais. Observa-se que as empregadas em serviços domésticos eram em sua maioria negras (72,3%) e com escolaridade menor que o primeiro grau completo (74,2%) quando comparadas com as mulheres com outra ocupação ($p < 0,0001$). Verificou-se ainda menor proporção de ESD que referiu ter carteira de trabalho assinada (32,0%), e maior proporção de ESD que relatou ter começado a trabalhar com menos de 15 anos de idade (49,2%) ($p < 0,0001$). Nota-se também que as ESD apontam para uma maior sobrecarga no trabalho (29,3%) ($p < 0,001$) quando comparadas às mulheres com outra ocupação.

A prevalência de depressão maior na população estudada foi estimada em 20,4%, um pouco maior entre as empregadas em serviços domésticos ($P=23,0\%$) do que no grupo referente ($P=19,7\%$), diferença estatisticamente não significante (Tabela 2). Ao analisar os fatores psicossociais verifica-se que as ESD tinham quase três vezes mais baixo apoio social no trabalho ($P=25,7\%$) do que as demais. E também relataram, com maior frequência, serem alvo de discriminação no trabalho ($P=50,8\%$) e racial ($P=16,4\%$) quando comparadas com as mulheres com outras ocupações. As ESD sentiam-se mais comumente infelizes ($P=14,8\%$) ou com pouca saúde ($P=16,0\%$) quando comparadas ao grupo referente. Já entre os sintomas de depressão analisados (DSM IV, PHQ) a "dificuldade de se concentrar", foi maior entre as ESD ($P=13,3\%$) quando comparadas com as mulheres com outra ocupação ($P=8,8\%$) (Tabela 2).

A análise de regressão logística (Tabela 3) mostrou que a percepção da discriminação racial (Teste da Razão da Máxima Verossimilhança: $X^2=0,09$) e a situação conjugal (Teste da Razão da Máxima Verossimilhança: $X^2=0,05$) foram modificadoras de efeito da associação entre emprego em serviços domésticos e depressão. Entre as não casadas, i.e. solteiras, divorciadas, separadas e viúvas, existe uma associação positiva e estatisticamente significativa (RPajustada por nível de escolaridade=2,63; IC 90% 1,16 – 6,00). Entre as casadas não se encontrou associação. Em relação à discriminação racial percebida verifica-se a modificação do efeito da associação no modelo ajustado por nível de escolaridade, porém não há significância estatística. O nível de escolaridade foi a única variável de confundimento para a associação na análise de regressão logística.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostram que não há associação entre o emprego em serviços domésticos e a depressão maior, no entanto revela que as ESD que referiram se sentir discriminadas racialmente e não eram casadas apresentavam maior prevalência de depressão maior em comparação aos seus grupos referentes, mesmo quando realizado o ajuste para o nível de escolaridade (Tabela 3).

O baixo nível de escolaridade e ser não casada são condições já apontadas como fatores associados à depressão maior (SCHREINER et al., 2004). Um estudo conduzido em Salvador, BA, revelou associação positiva estatisticamente significativa entre a baixa escolaridade e o sintoma “dificuldade de se concentrar” na população de empregadas em serviços domésticos (SALES; SANTANA, 2003). Neste estudo, este foi o único sintoma cuja diferença de prevalências mostrou-se estatisticamente significativa quando comparadas as ESD com as mulheres com outra ocupação. Ludermir e Melo-Filho (2002) também apontam para associação entre a baixa escolaridade (menos de 5 anos na escola) e a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) entre residentes de Olinda, PE e Vicente e colaboradores (2002) também referem a associação entre a baixa escolaridade e enfermidades psíquicas na população chilena e complementa que a pobreza e a marginalidade devem ser levadas em consideração ao se discutir este assunto.

Não foram encontrados estudos na área de saúde ocupacional que afirmem a ocorrência de associação positiva entre a situação conjugal e a depressão. Santana e colaboradores (2001) mostraram que as mulheres têm maior chance de desenvolver sintomas psíquicos quando há uma grande carga de trabalho, independente de ser casada e/ou ter filhos. Gazalle e colaboradores (2003) também referiram a inexistência de associação entre a situação conjugal e a ocorrência de sintomas depressivos/depressão na população idosa de Pelotas, RS e Gómez-Restrepo e colaboradores (2004) na população colombiana.

O presente estudo mostrou que a percepção de discriminação racial modifica o efeito da associação entre ESD e depressão maior, no entanto, após o ajuste pelo nível de escolaridade, esta associação deixa de ter significância estatística. Desse modo não é possível afirmar que a percepção de discriminação racial atue como modificadora do efeito da associação principal uma vez que a variável de confundimento pode estar ‘produzindo’ a interação. No entanto, um estudo recente realizado com crianças e

adolescentes residentes na região urbana de Salvador, BA, mostrou que a depressão maior foi duas vezes mais referida pelas pessoas que relataram à percepção de discriminação racial quando comparadas ao grupo que não a relatou (SANTANA et al., 2007). Nazroo (2003) referiu que o estresse decorrente da pobreza em que vivem os grupos étnicos sujeitos à discriminação racial é um mediador da associação entre a discriminação racial e a depressão. No entanto, Karlsen e Nazroo (2002) afirmaram que esta associação tem sido encontrada em diferentes contextos, independente do nível socioeconômico. Segundo Whitbeck e colaboradores (2001) pessoas que referem discriminação racial percebida apresentam mais comumente sintomas de internalização de conflitos o que pode originar sentimentos depressivos. No caso das ESD, diversos autores referiram a existência de conflitos devido às características do trabalho exercido, tais como a ausência de controle sobre suas atividades (CHANEY; CASTRO, 1993) e a ambigüidade nas relações com os patrões (PREUSS, 2000; VAZ, 1999; CHANEY; CASTRO, 1993). Além disso, sabe-se que estas trabalhadoras, mesmo apresentando baixa satisfação com a ocupação (SANTANA et al., 2003; SANTANA; ALMEIDA-FILHO, 1994; SAFFIOTI, 1978; MOTA, 1977) não mudavam de emprego devido à necessidade de sobreviver na pobreza, como já foi referido em outro estudo com empregadas em serviços domésticos (SALES; SANTANA, 2003).

Santana e Almeida Filho (1994) referem que o trabalho socialmente não valorizado pode levar à falta de identificação com a ocupação, bem como à auto-desvalorização do trabalhador. Tais fatos podem desencadear frustrações, conflitos e, conseqüentemente, o desgaste mental, que podem estar expressos sob a forma de sintomas de depressão, tais como sentir-se infeliz e sem saúde, outros sintomas apontados pelas ESD com maior freqüência que seu grupo de comparação. Sales e Santana (2003) referem também que o sofrimento originário do constrangimento em assumir publicamente uma ocupação alvo de estigma, pode levar a uma redução no convívio social, o que pode também gerar conflitos psíquicos que podem ser expressos em sintomas de depressão, o que corrobora as respostas observadas aqui.

As maiores prevalências encontradas para o baixo apoio social no trabalho ($P=25,7\%$) e para a discriminação no trabalho ($P=50,8\%$) no grupo de ESD, quase duas vezes maior que no grupo referente, corrobora resultados de estudos sociológicos, antropológicos e epidemiológicos que destacaram a pouca satisfação com a ocupação (SANTANA; ALMEIDA-FILHO, 1994; SAFFIOTI, 1978; MOTA, 1977), a falta de identidade ocupacional e baixa auto-estima (CHANEY; CASTRO, 1993; MOTA, 1977), como características comuns às mulheres empregadas em serviços domésticos. Estes fatores são considerados por diferentes autores como desencadeadores de sofrimento psíquico que

podem ser expressos através de sintomas de depressão (MIROWSKY; ROSS, 1989; RADLOFF, 1985).

A falta de associação entre o emprego em serviços domésticos e a depressão maior ou com os sintomas de depressão observado no nosso estudo pode estar relacionado ao instrumento utilizado na pesquisa, o PHQ (SPITZER et al., 1999) que se baseia na taxonomia da DSM IV, elaborada pela Associação Americana de Psiquiatria (2002). Apesar de esse instrumento ser considerado o padrão ouro para investigações no âmbito dos transtornos mentais, especialmente para o diagnóstico da depressão maior (MOREIRA et al., 2003), pode ser que a sua linguagem não seja adequada à nossa realidade, e com isso, os valores encontrados podem estar sub-enumerados.

Realizar pesquisas sobre transtornos mentais numa população é uma tarefa difícil. Além da dificuldade de diagnóstico pela diversidade de sintomas clínicos, laboratoriais e de comportamento e também pela existência de co-morbidade, há ainda diferentes instrumentos que auxiliam na identificação da depressão em populações investigadas tanto na pesquisa científica quanto na clínica (SCHREINER et al., 2004; MOREIRA et al., 2003). Nas pesquisas sobre a depressão observa-se, por exemplo, a existência de estudos genéticos, fisiopatológicos (LAFER; VALLADA-FILHO, 1999) e epidemiológicos (SALES; SANTANA, 2003; SANTANA et al., 2001; SANTANA et al., 1997; SANTANA; ALMEIDA-FILHO, 1994; SANTANA, 1993) que tentam identificar os principais fatores condicionantes e/ou determinantes desse problema de saúde na população. Para dificultar ainda mais as pesquisas na área, a depender do instrumento utilizado e da população estudada, os resultados obtidos são antagônicos, dificultando a comparação entre os estudos, o que é revelado em estudos de revisão sobre este tema (TAMAYO et al., 2007; ANDRADE et al., 2006).

Este estudo, apesar de seu ineditismo apresenta resultados que não podem ser conclusivos devido a importantes limitações metodológicas. O desenho de estudo transversal não permite inferir sobre a antecedência da depressão em relação ao emprego em serviços domésticos. Além disso, o diagnóstico da depressão maior foi realizado com base na taxonomia da DSM IV que, apesar de ser uma das mais referidas nos estudos sobre os transtornos mentais, pode não estar adequada à nossa realidade, dada às diferenças culturais existentes entre os norte e os latino americanos. Ainda há também uma grande subjetividade em expressar os próprios sentimentos que não dá para ser medida em um estudo transversal. No entanto, este modelo é comum na saúde

ocupacional e importante para gerar hipóteses causais a serem testadas em estudos longitudinais.

Uma outra limitação do estudo é o seu tamanho amostral. Pelos resultados do estudo verifica-se que há necessidade de novas pesquisas com maiores amostras para auxiliar a compreensão de algumas situações. Por exemplo, ainda não está claro o papel exercido pela percepção da discriminação racial em estudos sobre empregadas em serviços domésticos e depressão. Santana et al. (2007) em estudo sobre racismo percebido e a depressão em adolescentes residentes em uma capital brasileira apontam para uma associação semelhante ao encontrado em estudos realizados na Inglaterra (NAZROO, 2003) e nos Estados Unidos (WILLIAMS et al., 2003), que apresenta história de discriminação racial e de conquistas de direitos por pessoas de etnia estigmatizada marcadamente diferente do nosso País. Desse modo, é possível que a percepção da discriminação racial tenha um papel determinante na associação entre o emprego em serviços domésticos e a depressão, mas que só poderá ser revelado em estudos com maiores amostras populacionais.

Apesar de suas limitações vale ressaltar que este estudo contribui acima de tudo para ampliar os conhecimentos acerca do perfil epidemiológico das mulheres empregadas em serviços domésticos, categoria ocupacional tão comum nos países da América Latina e tão pouco valorizada, inclusive nas pesquisas científicas. Este estudo revela fatores que devem estar associados à depressão maior e que precisam ser avaliados com maior aprofundamento. Nota-se ainda que o presente trabalho poderá auxiliar os sindicatos das trabalhadoras domésticas na sua busca por melhores condições de trabalho, pois contribui com a identificação de mais um problema de saúde pública ainda pouco evidenciado nesta ocupação quase que totalmente realizada por mulheres, uma vez que já é sabido que problemas de depressão são mais comuns entre mulheres do que entre homens (TAMAYO et al., 2007; ANDRADE et al., 2006; GÓMEZ-RESTREPO et al., 2004; SCHREINER et al., 2004; GAZALLE et al., 2003; LUDERMIR; MELO-FILHO, 2002; VICENTE et al., 2002; LAFER; VALLADA-FILHO, 1999).

REFERÊNCIAS:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR**, 4ª ed. Texto revisado. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 2002. 880p.
- ANDRADE LHSB, VIANA MC; SILVEIRA CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica** 33(2): 43-54, 2006
- CID 10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10** – Diretrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. OMS. 1998. Porto Alegre: Artes Médicas. 105 pág.
- CHANEY EM, CASTRO MG. **Muchachas no more: household workers in Latin America and the Caribbean**. Caracas: Nueva Sociedad, 1993.
- FACCHINI LA; DALL'AGNOL MM; FASSA AG. 1998. **Trabalho e Saúde Infantil**. Projeto de Pesquisa. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.
- FLECK MPA; SHANSIS F. **Cap. 21 - Depressão**. págs. 265-273. In: Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos. Flávio Kapczinski; João Quevedo, Iván Izquierdo. 2ª Edição. Porto Alegre: ARTMED, 2004. 503p.
- GAZALLE FK, LIMA MS de, TAVARES BF; HALLAL PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública** 38(3): 365-371, 2004.
- GÓMEZ-RESTREPO C, BOHÓRQUEZ A, PINTO MASIS D, GIL LAVERDE JFA, RONDÓN SEPÚLVEDA M, DÍAZ-GRANADOS N. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. **Revista Panamericana de Salud Publica** 16(6):378-86, 2004.
- GROSCH JW, MURPHY LR. Occupational differences in depression and global health: Results from a National Sample of US workers. **Journal of Occupational and Environmental Medicine** 40(2):153-164, 1998.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, PNAD - **Síntese de Indicadores, 1998**. Rio de Janeiro: Departamento de Emprego e Rendimento; 1999.
- KARSLEN S,; NAZROO JY. Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. **American Journal of Public Health** 92, 624-631, 2002.
- LAFFER B; VALLADA-FILHO HP. Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria – Depressão*. Vol. 21: 12-17, 1999.
- LUDERMIR Ana Bernarda; MELO FILHO DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública** 36(2):213-21, 2002.
- MELO HP. **O serviço doméstico remunerado no Brasil: de criadas a trabalhadoras**. IPEA: Texto Para Discussão Nº 565. Rio de Janeiro, 1998. 34p.
- MIROWSKY J.; ROSS C.E., 1989. **Social causes of psychological distress**. New York: Aldine de Gruyter, 259p.

MORAES M.C., BARATA R.C. Pesquisa sobre condições de vida - componente acidentes de trabalho e doenças profissionais. S. Paulo, SP: SEADE; 1998.

MOREIRA RO, PAPELBAUM M, APPOLINARIO JC, MATOS AG, COUTINHO WF, MEIRELLES RMR, ELLINGER VCM; ZAGURY L. Diabetes Mellitus e Depressão: uma revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia; Metabologia** 47(1): 19-29, 2003.

MOTA AB. **Visão de mundo da empregada doméstica - um estudo de caso.** Departamento de Ciências Sociais. Salvador: UFBA, 1977.

NAZROO JY. The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination and racism. **American Journal of Public Health** 93, 277-284, 2003.

OLIVEIRA NF, SANTANA VS; LOPES AA. Razões de proporções e uso do método delta para intervalos de confiança em regressão logística. **Revista de Saúde Pública** 31 (1): 90-9, 1997.

PREUSS MRG. A dinâmica simbólica do emprego doméstico - Uma abordagem biográfica. **Sexualidade - gênero e sociedade**, 12/13:10-15, 2000.

RADLOFF LS, 1985. Risk Factors for Depression. What Do We Learn From Them? In: **Essential Papers on Depression** (COYNE JC., ed.), pp. 403-420, New York: New York Press.

ROBERTS RE, ROBERTS CR, CHEN YR. Ethnocultural differences in the prevalence of adolescent depression. **American Journal of Comm Psychology** 25:95-110, 1997.

ROTHMAN KJ; GREENLAND S. **Modern Epidemiology.** USA: Lippincott-Raven Publishers, 2ªed. 1998, 738p.

SADOCK JB, SADOCK VA. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. **TRANSTORNOS DO HUMOR - CAP. 15. 15.1 - Depressão Maior e Transtorno bipolar.** Págs. 572-611. 9ª Edição. Porto Alegre: ARTMED, 2007. 1.584p il.

SALES EC; SANTANA VS. Depressive and Anxiety Symptoms Among Housemaids. **American Journal of Industrial Medicine** 44:685-691, 2003.

SAFFIOTI H.I.B., 1978. *Emprego doméstico e capitalismo.* pp. 43-96; 183-197. Petrópolis, Editora:Vozes.

SANTANA V, LOOMIS D, NEWMAN B, HARLOW S. Informal work: another occupational hazard for women's mental health? **International Journal of Epidemiology** 26:1236-42, 1997.

SANTANA VS. 1993. **Informal work, housework and minor psychological disorders.** Tese de Doutorado, Chapel Hill: School of Public Health, Univerity of North Carolina.

SANTANA VS; ALMEIDA FILHO N. O emprego doméstico e o sofrimento mental. **Saúde Mental em Revista** 4: 9-28, 1994.

SANTANA VS, LOOMIS DP; NEWMAN B. Housework, paid work and psychiatric symptoms. **Revista de Saúde Pública** 35(1): 16-22, 2001.

SANTANA VS, AMORIM AM de, OLIVEIRA R, XAVIER S, IRIART J; BELITARDO L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. **Revista de Saúde Pública** 37(1):65-74, 2003.

SANTANA V, ALMEIDA-FILHO N, ROBERTS R; COOPER SP. Skin Colour, Perception of Racism and Depression among Adolescents in Urban Brazil. **Child and Adolescent Mental Health** Volume **, No. *, pp. **-**, 2007.

SCHREINER L, PAIM LL, RAMOS F, CUNHA-FILHO EV, MARTINS DM, SILVA-JUNIOR CL, BAÚ MC, CARDINAL TM, FURTADO NR; PICON P. Prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas de Porto Alegre. **Revista de Psiquiatria Clínica** 26(1): 13-20, 2004.

SPITZER RL, KROENKE K; WILLIAMS JBW. The Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of the PRIME-MD – The PHQ Primary Care Study. **Journal of the American Medical Association** 282:1737-1744, 1999.

TAMAYO JM, ROVNER J; MUNOZ R. La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 29(2): 182-187, 2007.

VAZ M. **A menina e a casa**. A identidade Coletiva da Menina Empregada Doméstica. Análise sobre o Trabalho Infante-Juvenil Feminino. Salvador, Bahia. 87p. 1999.

VICENTE BP, RIOSECO PS, SALDIVIA SB et al. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). **Revista Médica de Chile** 130(5): 527-536, 2002.

WHITBECK LB, HOYT DR, McMORRIS BJ, CHEN X; STUBBEN JD. Perceived discrimination and early substance abuse among American Indian children. **Journal of Health and Social Behavior** 42, 405-424, 2001.

WILLIAMS DR, NEIGHBORS HW; JACKSON JS. Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. **American Journal of Public Health** 93, 200-208, 2003.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas e ocupacionais da população do estudo.

Variáveis	Emprego em Serviços Domésticos (ESD)		Outra Ocupação		Total	
	N=256	21,7%	N=925	78,3%	N=1.181	100%
Sócio-demográficas						
Idade						
Até 30 anos	95	37,1	331	35,8	426	36,1
31 – 45 anos	111	43,4	379	41,0	490	41,5
46 a 65 anos	50	19,5	215	23,2	265	22,4
Situação conjugal						
Casada/consensual	227	88,7	806	87,1	1.033	87,5
Não casado	29	11,3	119	12,9	148	12,5
Cor da pele*						
Não negra	71	27,7	414	44,8	485	41,1
Negra	185	72,3	511	55,2	696	58,9
Nível de Escolaridade*						
> 1 ^o grau completo	66	25,8	662	71,6	728	61,6
Até 1 ^o grau completo	190	74,2	263	28,4	453	38,4
Variáveis ocupacionais						
Carteira de trabalho assinada*	82	32,0	437	47,2	519	44,0
Idade de início de trabalho pago*						
15-35 anos	130	50,8	687	74,3	817	69,2
4-14 anos	126	49,2	238	25,7	364	30,8
Dupla jornada (casa/emprego)	188	73,4	633	68,4	821	69,5
“Salário é menor do que deveria ser”	214	83,6	774	83,7	988	83,6
Sobrecarga no trabalho**	75	29,3	183	19,8	258	21,8
Baixo controle no trabalho	92	59,0	346	55,2	438	55,9

*p<0,0001; **p<0,001

Tabela 2 – Fatores psicossociais e depressão na população do estudo.

Variáveis	Emprego em Serviços Domésticos (ESD)		Outra Ocupação		Total	
	N=256	21,7%	N=925	78,3%	N=1.181	100,0%
Fatores psicossociais						
Baixo apoio social percebido	47	18,4	159	17,2	206	17,4
Baixo apoio social no trabalho*	47	25,3	70	9,7	117	12,8
Discriminação racial percebida**	42	16,4	101	10,9	143	12,1
Discriminação social percebida	22	30,1	234	21,1	286	24,2
Discriminação no trabalho*	130	50,8	309	33,4	439	37,2
Sintomas depressivos						
Baixa auto-estima	9	3,5	21	2,3	30	2,5
Sente-se infeliz*	38	14,8	88	9,5	126	10,7
Sente-se sem saúde*	41	16,0	91	9,8	132	11,2
Depressão Maior (DSM IV, PHQ)	59	23,0	182	19,7	241	20,4
Pouco interesse/alegria para fazer as coisas	43	16,8	143	15,5	186	15,8
Para baixo, deprimido, sem esperança	32	12,5	103	11,1	135	11,4
Dificuldade de dormir ou dorme demais	35	13,7	136	14,7	171	14,5
Cansado ou sem energia	63	24,6	232	25,1	295	25,0
Pouco apetite ou come demais	32	12,5	125	13,5	157	13,3
Idéias ruins sobre si mesmo ou fracassado	13	5,1	48	5,2	61	5,2
Dificuldade de se concentrar*	34	13,3	81	8,8	115	9,7
Move-se/fala muito devagar ou mais rápido	15	5,9	42	4,5	57	4,8
Idéias de que estaria melhor morto	6	2,3	18	2,0	24	2,0

* p<0,0001; **p<0,01

Tabela 3 – Razões de prevalência brutas e ajustadas por nível educacional para a associação entre emprego em serviços domésticos e depressão (DSM IV, PHQ) baseado no modelo de regressão logística.

VARIÁVEIS	RP BRUTA ¹	IC 90% ²	RP AJUST ³	IC 90% ²
Depressão maior (DSM IV, PHQ)	1,22	0,92 – 1,62	0,95	0,70 – 1,28
Situação conjugal				
casada (0) (n=1.033)	1,07	0,79 – 1,46	0,81	0,58 – 1,13
não casada (1) (n=148)	2,79	1,35 – 5,77	2,63	1,16 – 6,00
Discriminação racial percebida				
não (0) (n=1.038)	1,00	0,73 – 1,38	0,76	0,54 – 1,07
sim (1) (n=143)	2,41	1,27 – 4,57	1,96	0,96 – 4,02

¹Razão de Prevalência Bruta; ²Intervalo de Confiança a 90% estimado pelo método Delta; ³Razão de Prevalência ajustada por nível educacional.

ARTIGO III

**EMPREGO EM SERVIÇOS DOMÉSTICOS E ACIDENTES DE
TRABALHO**

INTRODUÇÃO

Acidentes de trabalho são os agravos à saúde causados pelo trabalho mais freqüentes no país (SANTANA et al., 2005) e vêm merecendo grande atenção de parte de pesquisadores, especialmente com estudos que permitem estimativas de morbidade com dados populacionais, pois revela informações sobre grupos ocupacionais excluídos das estatísticas oficiais. Um exemplo disso é a informação que acidentes de trabalho são comuns entre empregadas em serviços domésticos, ESD, grupo ocupacional mais expressivo na população ocupada do sexo feminino (SANTANA; LOOMIS, 2004; SANTANA et al., 2003a). Vários estudos de base comunitária foram realizados na última década com estimativas de incidência de acidentes de trabalho apresentando dados específicos para trabalhadores fora do sistema de dados da Previdência Social. Um dos primeiros foi realizado em São Paulo por Barata e colaboradores (2000) que estimaram a incidência cumulativa anual de acidentes de trabalho não fatais em 36,11/1.000 ESD diaristas e de 34,66/1.000 ESD mensalistas, menores apenas que a categoria de assalariado (48,07/1.000) e de assalariado autônomo (42,26/1.000). Em um inquérito realizado com estudantes adolescentes, também realizado em São Paulo, Fischer e colaboradores (2003) verificaram que as ESD relataram duas vezes mais comumente acidentes de trabalho do que os que tinham outras ocupações.

Estudos realizados em serviços de urgência também demonstram que essas trabalhadoras são afetadas por acidentes de trabalho que necessitaram atendimento médico. Por exemplo, Conceição e colaboradores (2003) analisando os acidentes de trabalho atendidos em uma Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador, estimaram em 7,3% os que haviam ocorrido com ESD.

No Brasil, o trabalho em serviços domésticos representa cerca de 15,0% da população economicamente ativa (PEA) feminina, e tem a maior proporção de mulheres (94,3%) (IBGE, 2006). Estima-se em cerca de seis milhões o número de mulheres nesta atividade em 2006 (IBGE, 2006). Em relação às condições de trabalho, o emprego em serviços domésticos é bastante peculiar e considerado insalubre, pois se caracteriza por longas jornadas laborais, ausência de férias ou descanso semanal (VAZ, 1999; CHANEY; CASTRO, 1993; MOTTA, 1979) o que pode aumentar a carga do trabalho, um fator reconhecido por elevar o risco de acidentes de trabalho. A falta de treinamento para as atividades de trabalho, e a concentração de trabalhadores infantis ou muito jovens foram também características do emprego em serviços domésticos associados a incidência de acidentes de trabalho não fatais (SANTANA et al., 2003).

O Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador, PISAT, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia vem desenvolvendo um estudo longitudinal sobre condições de emprego e saúde na cidade de Salvador e um dos grupos ocupacionais em foco é o das empregadas em serviços domésticos (ESD). Em um estudo preliminar estimou-se a incidência cumulativa anual de acidentes em 5,0%, maior entre as ESD (7,3%) do que entre as demais trabalhadoras (4,5%), diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Esses acidentes não foram de todo leves. Cerca de 20,0% causaram incapacidade temporária para o trabalho e dentre esses casos, 40,9% ficaram afastadas do trabalho por duas ou mais semanas. Mais tarde analisou-se a densidade de incidência de acidentes de trabalho para trabalhadores formais e informais, verificando-se que entre as ESD sem contrato formal de trabalho a taxa de incidência foi de 9,7/100 FTE quando comparadas com o grupo referente (5,2/100 FTE), no entanto, sem diferença estatisticamente significativa (RTI=1,87; IC 95% 0,87 - 4,00) (SANTANA; LOOMIS, 2004). Ainda não foram analisadas as taxas de incidência especificamente para as ESD, nem explorada a hipótese de interação com a cor da pele sugerida nesse estudo. Na presente investigação, pretende-se dar continuidade a esses estudos, analisando-se a densidade de incidência dos acidentes de trabalho entre as ESD, sua distribuição e fatores associados.

A medida de frequência do efeito estudado é a taxa de incidência de acidentes de trabalho não fatais que permite verificar a força da ocorrência do agravo, uma vez que corresponde à razão entre o número de casos novos e o somatório dos tempos individuais em que cada indivíduo fica em observação (ROTHMAN; GREENLAND, 1998). Em saúde do trabalhador, a unidade de medida pessoa-tempo utilizada se baseia no número de horas trabalhadas por trabalhadores em tempo integral em um ano (*full time equivalent*, FTE), que corresponde a 200.000 horas anuais, i.e., considera-se no denominador 50 semanas para trabalhadores de 40 horas semanais, no período de um ano (SANTANA, 2005). A vantagem dessa medida é a consideração do tempo de exposição que ao variar entre os indivíduos pode afetar as comparações (SANTANA, 2005). Neste trabalho estima-se a taxa de incidência dos acidentes de trabalho não fatais utilizando a Fase I da pesquisa original e a base de dados desta mesma pesquisa realizada em Aracaju-SE, analisando-se a hipótese de que o emprego em serviços domésticos é fator de risco, medido pela taxa de incidência, para os acidentes de trabalho, considerando-se o tratamento de confundidores e modificadores de efeito.

MÉTODOS

Os dados deste estudo provêm de dois estudos de base comunitária sobre trabalho e saúde, conduzidos com amostras aleatórias de superfície da área urbana das cidades de Salvador, BA, no ano 2000, e Aracaju, SE, em 2001. As famílias selecionadas responderam aos mesmos questionários individuais sobre condições de vida, trabalho e saúde. Detalhes do delineamento metodológico podem ser vistos em outras publicações (DANTAS, 2005; SANTANA; LOOMIS, 2004; SANTANA et al., 2003a; SANTANA et al., 2003b).

Amostragem

Nos dois estudos a amostragem foi do tipo aleatória de superfície de estágio único, realizada por meio de sorteio de subáreas a partir do mapa aerofotográfico de toda a área urbana de cada cidade. De acordo com o número médio de pessoas na faixa de idade de interesse estimado pelo Censo, definiu-se o número de subáreas necessárias para se alcançar o tamanho desejado para a amostra. Para tal, considerou-se um alfa=5,0% para testes bicaudais e um poder estatístico do estudo de 80,0%, com uma proporção esperada de 50,9% de trabalhadores informais, que se constituíam no grupo de exposição de interesse no estudo original. O número de subáreas a ser sorteado foi estimado com base no tamanho amostral pretendido, na média de pessoas na faixa de idade de interesse por cada família (IBGE, 1999), em cada uma das duas cidades. A escolha desse desenho amostral deveu-se principalmente às características urbanas dessas regiões metropolitanas, onde é comum a falta ou imprecisão de endereços residenciais. Por fim, para atingir o tamanho da amostra necessário para se obter o poder do estudo, verificou-se que seriam necessários 1.700 domicílios em Aracaju e 2.500 em Salvador.

População do estudo

A população desta pesquisa abrange mulheres residentes nas capitais da Bahia e Sergipe, aleatoriamente selecionadas, que referiram pelo menos uma atividade remunerada e apresentavam entre 10 e 65 anos de idade no momento da coleta de dados. As mulheres que referiram ser empregadas em serviços domésticos foram identificadas em suas próprias residências ou no local de trabalho (casa dos patrões). Em qualquer situação, a trabalhadora era entrevistada em ambiente isolado, sem a presença de outras pessoas.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por equipes treinadas por meio de entrevistas individuais para se obter dados sócio-demográficos, ocupacionais e de saúde da população selecionada. A fidedignidade das informações foi garantida através de re-entrevistas parciais em sub-amostras da população, realizadas por supervisores distribuídos nas subáreas. No estudo piloto, a viabilidade do uso dos instrumentos de pesquisa e da estratégia operacional foram testados e os ajustes necessários foram realizados. Instrumentos da pesquisa foram elaborados pela equipe a partir das experiências dos membros das equipes do estudo, das oficinas realizadas com lideranças de movimentos sociais e de trabalhadores, profissionais dos serviços de saúde, e também de questionários desenvolvidos para outros estudos sobre trabalho e saúde de base comunitária (FACHINI et al. 1998; MORAES; BARATA, 1998).

Definição de variáveis

O emprego em serviços domésticos foi caracterizado a partir da resposta dada sobre a ocupação. As mulheres que disseram ser trabalhadoras domésticas, faxineiras, cozinheiras, babás, lavadeiras e que trabalhavam e/ou residiam no domicílio dos patrões, foram consideradas Empregadas em Serviços Domésticos (ESD). As outras mulheres, que apresentavam outro tipo de trabalho remunerado, compuseram o grupo referente.

O acidente de trabalho não fatal foi o desfecho investigado no presente estudo. Este foi considerado como "qualquer dano infligido ao corpo por transferência de energia durante o trabalho, ou deslocamento até o local do trabalho que envolvesse uma curta duração entre exposição e efeitos identificáveis após a ocorrência do evento/circunstância" (HAGBERG et al., 1997). Para que os acidentes pudessem ser confirmados como ocupacionais, perguntava-se inicialmente "Você sofreu algum acidente, de qualquer natureza, alguma vez na vida?"; e em seguida, especificava-se o período referente aos últimos doze meses. Quando o acidente era caracterizado como de trabalho, típico ou de trajeto, aplicava-se um questionário específico. Este se iniciava com uma breve narrativa do trabalhador sobre as circunstâncias da ocorrência do acidente, utilizando as suas próprias palavras. A partir desse discurso, o acidente de trabalho foi considerado como aquele que aconteceu durante a execução de alguma atividade laboral no ambiente de trabalho ou durante o trajeto trabalho-casa, no período relativo aos últimos doze meses

até a data da entrevista. Qualquer outro discurso de acidente sem esta natureza ou a resposta negativa a essa pergunta não foram considerados como acidente de trabalho.

Para caracterizar a população do estudo foram utilizadas as seguintes variáveis: Sócio-demográficas: a) Idade - descrita em anos referidos na data da entrevista; b) Cor da pele - registrada de acordo com a observação do entrevistador - (1) negros (negros e mulatos), (0) não-negros (brancos, asiáticos, índios e morenos); c) situação conjugal - (1) casada/consensual, (0) não casada/consensual; d) nível de escolaridade - (1) baixo=até 1º grau completo, (0) médio/alto=maior que 1º grau completo. Ocupacionais: a) dupla jornada de trabalho - (1) sim=acumulava atividade remunerada e trabalho doméstico para suas próprias famílias, (0) não=desenvolia apenas atividade remunerada; b) experiência na ocupação (1) sem=menos de dois anos de trabalho, e (0) com=dois ou mais anos de trabalho; c) treinamento ocupacional; d) percepção da ocupação como perigosa; e) carteira de trabalho assinada, todas codificadas como sim=0 e não=1; f) idade em que começou a trabalhar. Saúde: a) "sente-se com pouca saúde", b) "sente-se infeliz", auto referidas e categorizadas 0=não e 1=sim, c) racismo percebido, d) falta de apoio social e e) consumo abusivo de álcool. A experiência de racismo foi definida a partir de um escore criado pela soma das respostas positivas dadas às seguintes questões: 1) "Você já foi barrado em clubes, shoppings, bloco de carnaval ou hotéis?", e quando a resposta era positiva, "você atribui isso à sua cor?", 2) "Você acha que sua cor dificultaria a obtenção de empréstimo ou crédito financeiro?" 3) "Você já foi vítima de preconceito racial?" e 4) "Você já teve dificuldade de conseguir trabalho por causa da sua cor?". As respostas positivas foram codificadas como 1 e as negativas como 0. Um escore foi criado a partir da soma das respostas positivas que foi analisada dicotomicamente da seguinte maneira: pelo menos uma resposta positiva=1, nenhuma resposta positiva=0. A falta de apoio social foi definida a partir de respostas dadas às seguintes questões: 1) "Em caso de emergência você pode contar com a ajuda de familiares e amigos?", 2) "Você conta com alguém para cuidar das crianças/idosos ou doentes?". As respostas foram classificadas como sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca. Alguma resposta positiva para os itens *poucas vezes* ou *nunca* foi codificada como não ter apoio social=1 e para os itens *muitas vezes* e *sempre* como não ter apoio social=0. O "consumo abusivo de álcool" foi definido a partir de um escore calculado com base nas respostas dadas às perguntas do Patient Health Questionnaire, PHQ (SPITZER et al., 1999) instrumento que se baseia na taxonomia da DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, criada pela Associação Americana de Psiquiatria (1995): 1) "Beberia mesmo que abalasse a saúde?", 2) "Já estive de ressaca no trabalho e outros locais?", 3) "Já chegou atrasado em locais e trabalho por

motivo de bebida?”, 4) “Já brigou por causa de bebida?” e 5) “Dirigiu após ter bebido bastante?”. As respostas positivas foram codificadas como 1 e as negativas como 0. A partir da soma das respostas positivas criou-se o seguinte escore: pelo menos uma resposta positiva=1 (com consumo abusivo), nenhuma resposta positiva=0 (sem consumo abusivo).

Análise

Taxas de Incidência (TI) foram estimadas considerando-se no denominador o somatório da medida de pessoa-tempo, calculada em horas de trabalho nos últimos 12 meses. O numerador compreende o número total de casos ocorridos no período de referência, de 12 meses também. Para pessoa-tempo foi definida 100 FTE (de *full time equivalent*) que representa o número de trabalhadores em tempo integral. Ou seja, considera-se o equivalente a 100 trabalhadores de tempo integral por ano que corresponde a 40 horas de trabalho por semana em um ano de 50 semanas, ou 200.000 horas de trabalho em um ano. Para calcular a taxa de acidentes, o numerador compreende o número de casos e o denominador o somatório dos tempos individuais em que cada trabalhadora ficou em observação. O resultado desta razão é multiplicado por 200.000. A taxa de incidência bruta de acidentes não fatais específica foi estimada para as categorias das variáveis descritoras.

Para estimar associações utilizou-se a Razão da Taxa de Incidência (RTI) calculada a partir da regressão de Poisson. Este modelo geralmente é aplicado quando se utiliza pessoa-tempo. Assim, com esse modelo pode-se interpretar a força da associação ou azar, “hazard”, uma vez que leva em consideração as taxas do evento em relação ao tempo, podendo ser descrita como função de “time-period” (ROTHMANN; GREENLAND, 1998). Neste estudo, transversal, considera-se a incidência devido à forma como se configuram os acidentes. Por serem agudos e circunscritos no tempo são sempre casos incidentes. Modificadoras de efeito e potenciais confundidoras foram definidas de acordo com a plausibilidade teórica e a disponibilidade de variáveis do estudo original. A idade e o nível educacional foram consideradas como potenciais confundidoras da associação principal. A cor da pele, a idade que começou a trabalhar, o tempo de experiência na ocupação, sentir-se infeliz, sentir-se sem saúde e o CAA foram consideradas como potenciais modificadoras de efeito. Variáveis de confusão foram aquelas que produziam diferenças de pelo menos 20% entre as medidas de associação do modelo saturado (padrão ouro) e o modelo reduzido, retirando-se uma variável de cada vez. Variável modificadora de efeito foi identificada através do teste da Razão da Máxima

Verossimilhança (RMV) que compara um modelo completo, que inclui os termos-produto, com um modelo reduzido, sem o termo-produto da variável sob análise. Para o cálculo dos intervalos de confiança das razões de prevalência estimadas com a regressão logística, foi empregado o Método Delta (OLIVEIRA et al., 1997). As análises foram realizadas utilizando-se o software SAS 9.1.

Para participar da pesquisa, cada pessoa recebia uma breve explicação sob seus objetivos, e a partir do seu consentimento informado, a entrevista se iniciava, firmando com a pessoa o compromisso ético de garantir seu anonimato e confidencialidade das informações fornecidas. O protocolo da pesquisa do projeto mãe foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Prof. Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia. Todos os indivíduos forneceram consentimento escrito após esclarecimento dos propósitos da investigação. Os dados foram duplamente digitados por pessoas diferentes, utilizando-se o EPIINFO-6.0, e as bases de dados checadas e corrigidas para inconsistências.

RESULTADOS

No estudo de Salvador, foram selecionadas 2.512 famílias e 9.591 indivíduos. Entre estes, 3.527 eram trabalhadores remunerados, dos quais 1.721 eram mulheres com idade entre 10 e 65 anos. Destas, 71 não responderam aos questionários individuais. Um total de 303 (18,4%) mulheres eram empregadas em serviços domésticos (ESD). Em Aracaju foram selecionadas 1.727 famílias que correspondeu a 6.702 indivíduos, dos quais 2.455 eram trabalhadores remunerados entre 10 e 65 anos de idade. Entre estes, 174 (7,1%) se recusaram a participar da pesquisa. Entre os respondentes, 1.034 eram mulheres, sendo 151 (13,5%) empregadas em serviços domésticos. A população final compõe-se, portanto, de 454 (16,1%) empregadas em serviços domésticos e 2.371 (83,9%) mulheres com outras ocupações, de ambas as áreas urbanas.

A maioria da população estudada era maior de idade (90,2%), não casada (59,3%), não negra (57,1%) e com escolaridade maior que o primeiro grau completo (58,1%). Em relação ao trabalho, quase metade (47,3%) das mulheres afirmou ter começado a trabalhar com menos de 15 anos, não ter recebido treinamento para o trabalho (54,0%), e não consideravam o trabalho como perigoso (74,9%). Além disso, referiram mais comumente ter mais de dois anos na ocupação (59,2%), não possuir carteira assinada (55,1%) e dupla jornada de trabalho (60,6%). Todas essas diferenças foram estatisticamente significantes (Tabela 1).

Na Tabela 2 mostram-se as estimativas da taxa de incidência de acidentes de trabalho não fatais (TI/100FTE) de acordo com variáveis sócio-demográficas e ocupacionais. Esta foi estimada em 6,4/100FTE entre as empregadas em serviços domésticos e de 4,7/100FTE entre as demais trabalhadoras, diferença não estatisticamente significativa (RTI= 1,37; IC 95% 0,90 - 2,08). De acordo com as co-variáveis estudadas, verificou-se que apenas entre as mulheres que referiram ter começado a trabalhar com menos de 16 anos, houve diferença estatisticamente significativa da taxa de incidência de acidentes entre os dois grupos ocupacionais. Ou seja, empregadas em serviços domésticos apresentam taxa de acidentes de trabalho cerca de duas vezes maior do que o grupo referente (RTI= 2,02; IC 95% 1,05 - 3,90), quando iniciaram a trabalhar na faixa etária de 4 a 15 anos. Este dado indica uma modificação do efeito da associação principal. Em geral, o estado de saúde não interfere na associação entre emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho (Tabela 3). Exceção para o sentimento de infelicidade, para a qual as medidas de associação entre emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho, estrato específicas, indicam uma modificação de efeito. Especificamente, observa-se que entre as ESD que se consideravam infelizes, a taxa de acidentes de trabalho foi duas vezes maior do que as mulheres com outra ocupação (RTI= 2,15; IC 95% 1,12 - 4,17). Vale ressaltar que o consumo abusivo de álcool não altera as medidas pontuais da associação entre ESD e acidentes de trabalho.

Os resultados da modelagem de Poisson estão sumarizados na Tabela 4, controlando-se pela variável sentir-se infeliz, única encontrada como modificadora de efeito, cuja RMV=5,6994, 1gl, foi estatisticamente significativa ($p=0,017$). A variável idade em que começou a trabalhar não foi confirmada como modificadora de efeito no modelo final. Portanto, verifica-se que a associação entre emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho foi positiva e estatisticamente significativa apenas entre as mulheres que referiram sentir-se infelizes (OR=2,16; IC 95% 1,12 - 4,17). O ajuste por todas as variáveis potenciais de confundimento não alterou de modo relevante a medida de associação no grupo de mulheres que referiram sentir-se infelizes. No grupo referente não houve associação seja com a medida bruta ou com as ajustadas.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo indicam que a taxa de incidência de acidentes de trabalho entre as ESD foi de 6,4/100FTE, e estas têm maior taxa de acidentes de trabalho não fatais do que as demais trabalhadoras, quando se sentem infelizes, o que

indica que a depressão ou sintomas depressivos são relevantes para a ocorrência ou percepção dos acidentes de trabalho. Esta associação embora de magnitude moderada, se mostrou consistente mesmo após o ajustamento por variáveis potencialmente confundidoras, embora apenas se mantivesse entre as que manifestaram infelicidade. Resultados iniciais indicaram que o começo do trabalho antes dos 16 anos poderia se constituir em um fator de maior vulnerabilidade para os acidentes de trabalho na idade adulta, mas isso não se confirmou quando se consideraram outras variáveis na análise. Descritivamente, observou-se que o emprego em serviços domésticos concentrava mulheres mais jovens, solteiras, negras e de menor escolaridade, e também aquelas que tinham começado a trabalhar ainda crianças ou adolescentes, e que não tinham contrato formal de trabalho, confirmando achados de outras publicações (SANTANA et al., 2003a). De interesse é o resultado de que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas não mostrou influência sobre a associação entre emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho.

Os acidentes de trabalho não fatais têm sido referidos como de grande morbidade na população. Em um estudo preliminar com a base de dados de Salvador, desta mesma investigação, analisa-se a densidade de incidência de acidentes de trabalho para trabalhadores formais e informais, verificando-se que entre as ESD sem contrato formal de trabalho a taxa de incidência foi maior em relação ao grupo referente, porém, sem diferença estatisticamente significativa (RTI=1,87; IC 95% 0,87 - 4,00) (SANTANA; LOOMIS, 2004). Em outra investigação estimou-se que a incidência cumulativa anual de acidentes foi maior entre as empregadas em serviços domésticos (ESD) do que entre as demais trabalhadoras com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (SANTANA et al., 2003a). Barata e colaboradores (2000) verificaram que a incidência cumulativa anual de acidentes de trabalho não fatais entre ESD foi menor apenas que entre os assalariados. Fischer e colaboradores (2003), em um estudo de base populacional, verificaram que as ESD sofreram duas vezes mais acidentes de trabalho do que o grupo referente. Conceição e colaboradores (2003) verificaram que de todos os acidentes de trabalho atendidos em uma Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador, 7,3% ocorreu com ESD.

O papel da depressão sobre os acidentes de trabalho não fatais foi alvo de alguns estudos, fundamentando-se em duas linhas de interpretação. A primeira diz que os sintomas depressivos poderiam ser causa contribuinte que levariam à desatenção, redução do estado de alerta, irritabilidade e insônia e, conseqüentemente, aumentando a chance de acidentes de trabalho; a segunda seria resultado do trauma, sendo parte da

síndrome do estresse pós-traumático ou mesmo do estado de adoecimento após o trauma. De fato, estudos empíricos mostram, por exemplo, que sintomas depressivos foram um dos fatores de risco para acidentes de trabalho entre trabalhadores rurais (PARK et al., 2001). A depressão também se associou com acidentes de trabalho não fatais, mas apenas entre as mulheres em outro estudo conduzido em uma área urbana (PEELE; TOLLERUD, 2005). Outros demonstraram que o uso de medicamentos antidepressivos, de ação psicotrópica, afetava a atenção, reduzindo a segurança e o comportamento seguro no ambiente laboral, o que favorecia a ocorrência dos acidentes (WADSWORTH et al., 2003; HASLAM et al., 2005). A maioria dos estudos sobre sintomas psicológicos e acidentes de trabalho trata do estresse pós-traumático (PREMALATHA, 1994). O achado deste estudo confirma os resultados de associação, contudo, não permite o esclarecimento se é um fator causal ou se é uma consequência, seja do acidente em sua perspectiva do estresse pós-traumático ou do uso de medicamentos para esta patologia ou a reação emocional ao evento. Ademais, o sentimento de infelicidade é importante e comum sintoma da depressão, mas neste estudo não se contava com outros sintomas depressivos, diagnóstico de depressão ou de síndrome depressiva, para toda a população em análise, que permitisse o exame mais adequado dessa hipótese.

Este achado é importante ao considerar que sintomas depressivos são comuns entre as empregadas em serviços domésticos. Por exemplo, Sales e Santana (2003) encontraram que a falta de atenção e tristeza e desânimo foram mais prevalentes entre ESD do que entre as demais trabalhadoras. Com isto, as trabalhadoras poderiam ter, diante dos fatores de risco típicos dos acidentes de trabalho nessa ocupação, como a manipulação de instrumentos cortantes, equipamentos elétricos, chamas, e a exposição a superfícies escorregadias, por exemplo, maior vulnerabilidade para a ocorrência desses agravos. É plausível, portanto, que o comprometimento da atenção no desempenho das suas tarefas de trabalho aumente a chance desses agravos. Todavia, o contrário, i.e., os sintomas depressivos poderiam ser resultante da ocorrência do acidente de trabalho. Isto é pouco plausível, considerando que o registro dos sintomas foi realizado em tempo não diretamente relacionado à ocorrência do acidente, que era evento referido para os últimos 12 meses antes da entrevista. Como a depressão é em geral estado ou situação crônica, de longa duração, é mais provável que tenha antecedido ao acidente. Estas afirmações, contudo, precisam ser analisadas com os dados deste estudo, em sua perspectiva longitudinal, para conclusões mais seguras.

Os nossos achados não demonstraram que o consumo abusivo de álcool (CAA) influencie na associação entre emprego em serviço doméstico e acidentes de trabalho não fatais, apesar de existirem achados que mostrem a associação com os acidentes de trabalho (RICHMAN et al., 2002; CHANG et al., 2001; MEYER, 2001; LIMA et al., 1999; RICHMAN et al., 1996; GUTIÉRRES-FISAC et al., 1992).

Os resultados deste estudo sugeriram maior RTI de acidentes de trabalho não fatais entre as empregadas em serviços domésticos que começaram a trabalhar com menos de 16 anos, o que não se sustentou quando foram realizados os ajustes na análise multivariada. É possível que o pequeno número amostral tenha imposto um limite no poder do estudo para esclarecimento desse importante achado, que precisa ser melhor elucidado, tanto na associação entre trabalho infantil e depressão na idade adulta, quanto em outros efeitos intermediários que vulnerabilizariam as ESD para os acidentes de trabalho.

Nosso estudo não sugere nenhuma influência do nível de escolaridade na associação entre o emprego em serviços domésticos e os acidentes de trabalho não fatais. Na literatura observa-se que não há consenso no papel que esta variável exerce nesta associação causal. Enquanto alguns estudos indicam haver associação positiva entre o nível de escolaridade baixa e acidentes de trabalho não fatais (SANTANA et al., 2003a; BARATA et al., 2000; LIMA et al., 1999; WONG, 1994), outros referem a inexistência de qualquer influência dessa variável sobre a associação entre ocupação e acidentes de trabalho (ZWERLING et al., 1996; HEINEMAN, 1989; HERTZ, 1986). Em geral, os estudos indicam que o baixo nível de escolaridade funciona como uma variável *proxy* para baixas condições de vida e que é esta situação que interfere na associação entre ocupação e acidentes de trabalho (LIMA et al., 1999; WONG, 1994), uma vez que pessoas com baixa escolaridade estão em ocupações mais vulneráveis para os acidentes, como o emprego em serviços domésticos e a construção civil.

Os resultados deste estudo indicam ainda que entre as empregadas em serviços domésticos há uma maior proporção de negras, com baixa escolaridade e que chegam ao mercado de trabalho ainda meninas, quando comparados com as mulheres em outras ocupações. Esses fatores são indicativos da exclusão social que afeta as mulheres com esta ocupação, uma vez que elas começam a trabalhar ainda muito jovens, não conseguem estudar e terminam aprisionadas neste emprego, sem perspectivas de mudança (SANTANA et al., 2003a; SANTANA; ALMEIDA-FILHO, 1994; SANTANA, 1993). Nota-se ainda que a maioria das empregadas em serviços domésticos não possui carteira

de trabalho assinada e não recebem treinamento ocupacional. Tais fatores já foram também referidos na literatura (SANTANA et al., 2003a; SALES; SANTANA, 2003; SANTANA, 1993) e mostram a continuidade da idéia de servidão a que está vinculada este emprego (KOFES, 2001; VAZ, 1999; SANTANA; ALMEIDA-FILHO, 1994).

O presente estudo trata de acidentes de trabalho não fatais que afetam muitas mulheres trabalhadoras e apesar do pequeno tamanho amostral, se destaca pela sua originalidade. No entanto, por ser um estudo transversal, não podemos deixar de mencionar o fenômeno da causalidade reversa, presente nos estudos com esta abordagem metodológica e, portanto, não há como confirmar, por exemplo, a antecedência da depressão em relação aos acidentes de trabalho não fatais nem compreender o papel desta variável nessa associação causal. Todavia, os achados desse estudo geram hipóteses a serem testadas em estudos longitudinais, sobretudo em relação à associação entre depressão e acidentes de trabalho. Além disso, ajudam a conhecer aspectos da relação entre saúde psíquica e acidentes de trabalho, ainda pouco explorados, e que precisam ser contemplados em pesquisas de modo a produzir conhecimento que possa ser empregado para a adoção de medidas de proteção. Estes resultados poderão ser empregados nas políticas específicas de prevenção dos acidentes de trabalho mais efetivas, ao sinalizarem para a importância do bem estar como condição de vulnerabilidade para esses agravos.

REFERÊNCIAS

BARATA RCB, RIBEIRO MCSA; MORAES JC. Acidentes de Trabalho Referidos por Trabalhadores Moradores em Área Urbana no Interior do Estado de São Paulo em 1994. **Informe Epidemiológico do SUS** 9(3): 199-210, 2000.

CHANEY EM, CASTRO MG. **Muchachas no more: household workers in Latin America and the Caribbean**. Caracas: Nueva Sociedad; 1993.

CHANG I, LAPHAM SC; WANBERG W. Alcohol use inventory: screening and assessment of first-time driving-while-impaired offenders. I. Reliability and profiles. **Alcohol and Alcoholism** 36(2): 112-121, 2001.

CONCEIÇÃO PSA, NASCIMENTO IBO; OLIVEIRA PS; CERQUEIRA MRM. Acidentes de trabalho atendidos em serviço de emergência. **Cadernos de Saúde Pública** 19(1):111-117, 2003.

DANTAS RAA. 2005. **História de trabalho na infância e adolescência e a saúde do trabalhador adulto**. Tese de Doutorado. Salvador, Bahia. ISC/UFBA. 182p.

FACCHINI LA; DALL'AGNOL MM; FASSA AG. 1998. **Trabalho e Saúde Infantil**. Projeto de Pesquisa. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

FISCHER FM, MARTINS IS, OLIVEIRA DC, TEIXEIRA LR, LATORRE MR; COOPER SP. Occupational accidents among middle and high school students of the state of São Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública** 37(3):351-6, 2003.

GUTIERREZ-FISAC JL, REGIDOR E; RONDA E. Occupational accidents and alcohol consumption in Spain. **International Journal of Epidemiology**, 21:1114-1120, 1992.

HAGBERG M, CHRISTIANI D, COURTNEY TK, HALPERIN W, LEAMON TB; SMITH TB. Conceptual and definitional issues in occupational injury epidemiology. **American Journal of Industrial Medicine** 32: 106-15, 1997.

HASLAM C, ATKINSON S, BROWN S, HASLAM RA. Perceptions of the impact of depression and anxiety and the medication for these conditions on safety in the workplace. **Occupational and Environmental Medicine** 62(8):538-45, 2005.

HEINEMAN E, SHY C; CHECKOWA YH. Injuries on the fireground: Risk factors for traumatic injuries among professional fire fighters. **American Journal of Industrial Medicine** 15:267-282, 1989.

HERTZ R; EMMETT E. Risk factors for occupational hand injury. **Journal of Occupational Medicine** 28:36-41, 1986.

IBGE, 2006. Síntese de Indicadores Ocupacionais. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=586&id_pagina=1> Acesso em: 29 de abril de 2008.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, PNAD - **Síntese de Indicadores, 1998**. Rio de Janeiro: Departamento de Emprego e Rendimento, 1999.

KOFES S. **Mulher, Mulheres: Identidade, Diferença e Desigualdade na relação entre patroas e empregadas domésticas**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2001, 469p.

LIMA RC, VICTORA CG, DALL'AGNOL M, FACCHINI LA, FASSA A. Associação entre as características individuais e sócio-econômicas e os acidentes do trabalho em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** 15(3):569-580, 1999.

MEYER RE. Finding paradigms for the future of alcoholism research: an interdisciplinary perspective. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research** 25(9): 1393-1406, 2001.

MORAES MC, BARATA RC. Pesquisa sobre condições de vida - componente acidentes de trabalho e doenças profissionais. São Paulo: SEADE, 1998.

MOTA AB. **Visão de mundo da empregada doméstica - um estudo de caso.** Departamento de Ciências Sociais. Salvador: UFBA, 1977.

PARK H, SPRINCE NL, LEWIS MQ, BURMEISTER LF, WHITTEN PS, ZWERLING C. Risk factors for work-related injury among male farmers in Iowa: a prospective cohort study. **Journal of Occupational and Environmental Medicine** 43(6):542-7, 2001.

PEELE PB; TOLLERUD DJ. Depression and occupational injury: results of a pilot investigation. **Journal of Occupational and Environmental Medicine** 47(4):424-7, 2005.

PREMALATHA GD. Post traumatic stress disorder following an electric shock. **Med J Malaysia** 49(3):292-4, 1994.

RICHMAN JA, FLAHERTY JA; ROSPENDA KM. Perceived workplace harassment experiences and problem drinking among physicians: broadening the stress/alienation paradigm. **Addiction** 91(3): 391-403, 1996.

RICHMAN JA, SHINSAKO SA, ROSPENDA KM, FLAHERTY JA; FREELS S. Workplace harassment/abuse and alcohol-related outcomes: the mediating role of psychological distress. **Journal of studies on Alcohol** 63(4): 412-419, 2002.

ROTHMAN KJ; GREENLAND S. **Modern Epidemiology.** USA: Lippincott-Raven Publishers, 2ªed. 1998, 738p.

SALES EC; SANTANA VS. Depressive and anxiety symptoms among housemaids. **American Journal of Industrial Medicine** 44:685-691, 2003.

SANTANA V; LOOMIS D. Informal jobs and non-fatal occupational injuries. **Annals of Occupational Hygiene** Vol. no. Págs. 2004.

SANTANA V, NOBRE L; WALDVOGEL BC. Acidentes de trabalho no Brasil entre 1994 e 2004: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva** 10(4):841-855, 2005.

SANTANA VS, AMORIM AM, OLIVEIRA R, XAVIER S, IRIART J; BELITARDO L. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. **Revista de Saúde Pública** 37(1): 65-74, 2003a.

SANTANA V, MAIA AP, CARVALHO C; LUZ G. Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. **Cadernos de Saúde Pública** 19(2):481-493, 2003b.

SANTANA VS. 1993. **Informal work, housework and minor psychological disorders.** Tese de Doutorado, Chapel Hill: School of Public Health, University of North Carolina.

SANTANA V. INTRODUÇÃO À EPIDEMIOLOGIA OCUPACIONAL. BRASÍLIA: SESI/DN, 2005. 199p. il.: 21cm.

SANTANA VS; ALMEIDA FILHO N. O emprego doméstico e o sofrimento mental. **Saúde Mental em Revista**, 4: 9-28, 1994.

VAZ M. **A menina e a casa**. A identidade Coletiva da Menina Empregada Doméstica. Análise sobre o Trabalho Infante-Juvenil Feminino. Salvador, Bahia. 87p., 1999.

WADSWORTH EJ, MOSS SC, SIMPSON SA, SMITH AP. Preliminary investigation of the association between psychotropic medication use and accidents, minor injuries and cognitive failures. **Human Psychopharmacology** 18(7):535-40, 2003.

WONG T. Occupational injuries among construction workers in Hong Kong. **Occupational Medicine**, 44:247-252, 1994.

ZWERLING C, SPRINCE NL, WALLACE RB, DAVIS CS, WHITTEN PS; HEERINGA SG. Risk factors for occupational injuries among older workers: An analysis of health and retirement study. **American Journal of Public Health** 86:1306-1309, 1996.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas e ocupacionais da população do estudo.

Variáveis	Emprego em Serviços Domésticos		Outra Ocupação		Total	
	N= 454	16,1%	N= 2.371	83,9%	N=2.825	100%
Sócio-demográficas						
Idade*						
10 a 20 anos	98	21,6	179	7,6	277	9,8
21 a 34 anos	192	42,3	1.043	44,0	1.235	43,7
35 a 65 anos	164	36,1	1.149	48,5	1.313	46,5
Situação conjugal*						
Casada/consensual	150	33,0	1.000	42,2	1.150	40,7
Não casado	304	67,0	1.371	57,8	1.675	59,3
Cor da pele*						
Não negra	183	40,3	1.429	60,3	1.612	57,1
Negra	271	59,7	942	39,7	1.213	42,9
Nível de Escolaridade*						
> 1 ^o grau	72	15,9	1.570	66,2	1.642	58,1
Até 1 ^o grau	382	84,1	801	33,8	1.183	41,9
Ocupacionais						
Idade de início de trabalho pago*						
4-15 anos	314	69,2	1.023	43,2	1.337	47,3
16-35 anos	140	30,8	1.348	56,8	1.488	52,7
Treinamento para o trabalho*	46	10,1	1.253	52,9	1.299	46,0
Considera o trabalho perigoso*	72	15,9	638	26,9	710	25,1
Tempo na ocupação						
> dois anos	264	58,2	1.408	59,4	1.672	59,2
< dois anos	190	41,8	963	40,6	1.153	40,8
Carteira de trabalho assinada*	128	29,4	960	48,3	1.088	44,9
Dupla jornada (casa/emprego)*	218	48,0	1.494	63,0	1.712	60,6

*p<0,0001

Tabela 2 – Taxas e Razões de Taxas de Incidência para a associação entre ESD e acidentes de trabalho não fatais, com Intervalos de Confiança a 95%, de acordo com variáveis sócio-demográficas e ocupacionais.

Variáveis	Emprego em serviços domésticos			Outra ocupação			ESD * AT RTI ³ 95%IC ⁴
	Horas trab/ano	n ¹	TI/100FTE ²	Horas trab/ano	N	TI/100FTE	
Total	879.607	28	6,4	4.120.757	96	4,7	1,37 (0,90 2,08)
Sócio-demográficas							
Idade							
10 a 20 anos	194.471	8	8,2	234.152	7	6,0	1,38 (0,50 3,79)
21 a 34 anos	390.858	12	6,1	1.849.294	42	4,5	1,35 (0,71 2,57)
35 a 65 anos	294.278	8	5,4	2.037.311	47	4,6	1,18 (0,56 2,49)
Situação conjugal							
Casada/consensual	256.027	9	7,0	1.794.229	45	5,0	1,40 (0,69 2,87)
Não casado	623.580	19	6,1	2.326.528	51	4,4	1,39 (0,82 2,35)
Cor da pele							
Não negra	362.978	8	4,4	2.502.491	44	3,5	1,25 (0,59 2,66)
Negra	516.629	20	7,7	1.618.266	52	6,4	1,20 (0,72 2,02)
Nível de Escolaridade							
> 1 ^o grau completo	148.864	6	8,1	2.831.828	60	4,2	1,90 (0,82 4,40)
Até 1 ^o grau completo	730.743	22	6,0	1.288.929	36	5,6	1,08 (0,63 1,83)
Ocupacionais							
Idade de início de trabalho pago							
16-35 anos	610.802	17	5,6	1.694.671	47	5,6	1,00 (0,58 1,75)
4-15 anos	268.805	11	8,2	2.426.086	49	4,0	2,02 (1,05 3,90)
Considera o trabalho perigoso							
Não	749.174	22	5,9	2.906.711	56	3,9	1,52 (0,93 2,50)
Sim	130.433	6	9,2	1.214.046	40	6,6	1,40 (0,59 3,29)
Tempo na ocupação							
> dois anos	423.463	16	7,6	2.260.590	52	4,6	1,64 (0,94 2,88)
< dois anos	456.144	12	5,3	1.860.167	44	4,7	1,11 (0,59 2,10)
Carteira de trabalho assinada							
Sim	551.774	21	7,6	1.681.511	43	5,1	1,49 (0,88 2,51)
Não	309.462	6	3,9	1.843.173	41	4,5	0,87 (0,37 2,05)
Dupla jornada (casa/emprego)							
não	504.387	14	5,6	1.543.696	28	3,6	1,53 (0,81 2,91)
sim	375.220	14	7,5	2.577.061	68	5,3	1,41 (0,80 2,51)

¹Número de casos; ²Taxa de Incidência anual de acidentes de trabalho por 100 trabalhadores de tempo integral; ³Razão da Taxa de Incidência para a associação entre ESD e acidentes de trabalho; ⁴95%IC – Intervalo de Confiança pelo método de Wald.

Tabela 3 - Taxas e Razões de Taxas de Incidência para a associação entre ESD e acidentes de trabalho não fatais, com Intervalos de Confiança a 95%, de acordo com variáveis relacionadas à saúde.

Variáveis	Emprego em serviços domésticos			Outra ocupação			ESD * AT RTI ³ 95%IC ⁴	
	Horas trab/ano	n ¹	TI/100FTE ²	Horas trab/ano	N	TI/100FTE		
Percepção de racismo								
Não	748.313	20	5,4	3.689.852	79	4,3	1,25	(0,76 2,04)
Sim	131.294	8	12,2	430.905	17	7,9	1,54	(0,67 3,58)
Sente-se com pouca saúde								
Não	704.529	20	5,7	3.543.696	71	4,0	1,42	(0,86 2,33)
Sim	175.078	8	9,2	577.061	25	8,7	1,05	(0,48 2,34)
Sente-se infeliz								
Não	721.197	12	3,3	3.693.274	76	4,1	0,81	(0,44 1,49)
Sim	158.410	16	20,2	427.483	20	9,4	2,15	(1,12 4,17)
Consumo abusivo de álcool (CAA)								
Não	669.672	18	5,4	3.115.007	72	4,6	1,16	(0,69 1,95)
Sim	206.911	10	9,7	922.872	24	5,2	1,86	(0,89 3,89)

¹Número de casos; ²Taxa de Incidência de acidentes de trabalho por 100 trabalhadores de tempo integral;

³Razão da Taxa de Incidência; ⁴95%IC – Intervalo de Confiança pelo método de Wald.

Tabela 4 - Resultados da regressão de Poisson para a associação entre emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais, controlada pela variável modificadora de efeito.

Modelos	Sentir-se infeliz			
	SIM		NÃO	
	OR ¹	IC 95% ²	OR ¹	IC 95% ²
Modelo bruto ESD	2,16	1,12 - 4,17	0,81	0,44 - 1,49
Modelo 1 ESD (Ajustado por cor da pele, nível de escolaridade, idade de início no trabalho pago, tempo na ocupação, sente-se sem saúde)	2,06	1,02 - 4,19	0,66	0,34 - 1,27
Modelo 2 ESD (Ajustado por cor da pele, nível de escolaridade, idade de início no trabalho pago)	2,11	1,03 - 4,31	0,67	0,35 - 1,29

¹OR= odds ratio; ²95%IC - Intervalo de Confiança pelo método de Wald.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

8.1. VANTAGENS E LIMITES

Como os dados já foram coletados, uma das principais vantagens é o baixo custo e a facilidade de análise, o que resulta na rápida publicação dos achados. Material de cunho científico é uma das principais necessidades de trabalhadoras em serviços domésticos para suplantarem decisões para a melhoria da qualidade do trabalho e, conseqüentemente, da vida dessas mulheres. Dessa maneira, estes artigos poderão contribuir para a implantação de novas políticas públicas para este grupo ocupacional.

Entre os limites do estudo, destaca-se o seu caráter transversal que não identifica a direcionalidade entre a exposição e o efeito, estudados. No entanto, utilizou-se o suporte teórico disponível para confirmar os achados em cada estudo e levantar novas hipóteses causais a serem confirmadas em estudos longitudinais posteriores.

A ausência de algumas variáveis que poderiam auxiliar no entendimento das associações definidas nos artigos aqui apresentados também se constitui num limite. Porém, por serem artigos pioneiros, a relevância dos achados deve ser considerada. Reflexões e recomendações para estudos mais efetivos foram descritas e sugeridas em cada um deles.

8.2. CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

O emprego em serviços domésticos apresenta diferentes aspectos positivos já que envolve o cuidar, uma tarefa divina que tem a ver com a maternidade e, por isso, implica amor, dedicação e, sobretudo, generosidade de uma pessoa para com outra. Assim como as professoras, médicas, enfermeiras, terapeutas etc., o emprego doméstico também se aproxima historicamente do papel que a mulher desempenha na sociedade, o cuidar.

Com o capitalismo, porém, o trabalho doméstico foi transformado em algo "sujo" e que deveria ser "terceirizado" para outras pessoas – subordinadas (escravos, criados etc.). Este era limitado às elites, mas se popularizou com a libertação dos escravos. Estes fatos históricos culminam hoje em condições de trabalho são ruins, tais como o trabalho físico pesado, as posturas anti-ergonômicas, a jornada de trabalho não regulamentada, prolongada. E ainda, para as que não têm carteira assinada, um salário é abaixo do salário mínimo, ausência de férias e, muitas vezes, do descanso semanal, além da falta

de cobertura pela Previdência. Além disso, são comuns também: o isolamento social, a discriminação racial e social, a discriminação por causa do trabalho, a ambigüidade nas relações com os patrões, entre outros aspectos já comentados ao longo desse trabalho. Tudo isso, portanto, pode afetar a saúde.

Portanto, é preciso ter conhecimento científico sobre esses problemas para se saber a sua magnitude, gravidade e fatores de risco para que se possa agir sobre eles, prevenindo que as empregadas em serviços domésticos (ESD) adoçam ou se machuquem em acidentes domésticos no desempenho de suas atividades profissionais.

Assim, o conhecimento do perfil de saúde de mulheres com ocupação em serviços domésticos, a partir de uma análise epidemiológica, traz benefícios políticos e sociais para este grupo ocupacional uma vez que os resultados publicados e discutidos com as sociedades acadêmica e civil permitirão propostas de legitimização que visem diminuir os riscos à saúde orgânica e psicossocial deste grande contingente de trabalhadoras que desenvolvem suas atividades profissionais em caráter tão singular.

De acordo com os resultados dessa pesquisa são realizadas as seguintes considerações e ou recomendações de acordo com os problemas de saúde investigados.

Sobre a história do Assédio Sexual no trabalho: o emprego em serviços domésticos não é ocupação para meninas menores de 15 anos. As ESD devem ter garantido o direito sobre o seu corpo e devem ser incentivadas a denunciar o assédio sexual e, as que forem vítimas, devem ser apoiadas psicologicamente. Além disso, o SUS deve disponibilizar um programa de apoio específico para vítimas desse tipo de violência contra a mulher.

Em relação à Depressão, as empregadas em serviços domésticos devem ser informadas dos males da discriminação racial, social e ocupacional. Ainda, devem ter garantido o direito a não sofrerem discriminação de qualquer tipo e ser incentivadas a denunciar toda discriminação sofrida. Além disso, as vítimas de discriminação devem ser apoiadas psicologicamente. Deve-se pensar tanto no âmbito da Saúde Pública quanto dos sindicatos a inserção de programas de reforço a auto-estima.

Sobre os Acidentes de Trabalho (AT), as ESD devem ser informadas de que AT são comuns nessa atividade e que podem ser evitados. Além disso, deve-se introduzir nos treinamentos noções de segurança no trabalho e as trabalhadoras devem ser

incentivadas a se recusar a trabalhar em condições inseguras, além de aprender sobre o uso de sapatos e vestimentas apropriados para evitar acidentes e informar ao médico quando o acidente tenha ocorrido no trabalho ou indo/vindo para o trabalho para que seja realizada a notificação correta do acidente e a mesma possa ter seus direitos trabalhistas garantidos.

9. REFERÊNCIAS:

ALMEIDA-FILHO N.; LESSA I.; MAGALHÃES L.; ARAÚJO M.J.; AQUINO E.; KAWACHI I. & JAMES S.A. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Revista de Saúde Pública** 38(1): 45-54, 2004.

ALMEIDA L.M. & COUTINHO E.S.F. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. **Revista de Saúde Pública** 27(1): 23-29, 1993.

BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. & MORAES, J. C., 2000. Acidentes de trabalho referidos por trabalhadores moradores da Região Metropolitana de São Paulo em 1994. *Informe Epidemiológico do SUS*,9:199-210.

BRITO J.C. **Saúde, trabalho e modos sexuais de viver**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 1999. 200p., tab.

BRUSCHINI C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? In: MIB R, ed. **Trabalho e gênero - mudanças, permanências e desafios**. São Paulo: Editora 34; 2000.

BURNAM M.A., STEIN J., GOLDING J.M., SIEGEL J.M., SORENSON S.B., FORSYTHE A.B. & TELLES C.A. Sexual assault and mental disorders in a community population. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 56(6):843-850. 1988.

CALIL H.M. & GUERRA A.B.G. Depressão uma doença mental? **Revista Ciência Hoje** 34 (201): 28-33, 2004.

CEAFRO/ UFBA – Centro de Estudos Afro-Orientais/ Universidade Federal da Bahia. **Garantia de Direitos. Cartilha para adolescentes, trabalhadoras domésticas, mulheres negras**. Salvador: Unicef, Save the Children, 2001. 48p. il.

CHAIÉB J.A. & CASTELLARIN C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. **Revista de Saúde Pública** 32(3): 246-254, 1998.

CHANEY EM, CASTRO MG. **Muchachas no more: household workers in Latin America and the Caribbean**. Caracas: Nueva Sociedad, 1993.

CHANG I.; LAPHAM S.C. & WANBERG W. Alcohol use inventory: screening and assessment of first-time driving-while-impaired offenders. I. Reliability and profiles. **Alcohol & Alcoholism** 36(2): 112-121, 2001.

CONCEIÇÃO P, CERQUEIRA MRM, NASCIMENTO IBO, OLIVEIRA PS. **Acidentes de trabalho dentre os atendimentos por causas externas num serviço de emergência em Salvador, Bahia, 1999**. Trabalho apresentado no VII Congresso Nacional de Saúde Pública, ABRASCO. Salvador, agosto/setembro, 2000. (Mimeo)

COPELAND J.; HALL W. A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. **Br J Addict**. 87(9): 1293-1302, 1992.

COSTA S.G. **O Assédio Sexual nos Locais de Trabalho: problema e possíveis soluções a partir de estudos de casos**. Mestrado PPGA - UFRGS, 1994.

COSTA J.S.D.; SILVEIRA M.F.; GAZALLE F.K.; OLIVEIRA S.S.; HALLAL P.C.; MENEZES A.M.B.; GIGANTE D.P.; OLINTO M.T.A. & MACEDO S. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública** 38(2): 284-291, 2004.

DAL BOSCO M.G. Assédio sexual nas relações de trabalho. **Jus Navigandi**, Teresina, a. 6, n. 52, nov. 2001. <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=2430>>. Acesso em: 13 jan. 2005.

DESOUZA E.; BALDWIN J.R. & ROSA F.H. A Construção Social dos Papéis Sexuais Femininos. **Psicologia: Reflexão e Crítica** 13(3): 485-496, 2000.

DINIZ M.H. **Dicionário jurídico**. São Paulo: Saraiva, 1998, v. 1. p. 285.

FACCHINI, L. A.; DALL'AGNOL, M. M. & FASSA, A. G., 1998. *Trabalho e Saúde Infantil*. Projeto de Pesquisa. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

FERREIRA A.B.H. Dicionário. São Paulo: Nova Fronteira/Folha de São Paulo, 1995, p. 66.

FETRAQUIM. FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES NAS INDÚSTRIAS QUÍMICAS E FARMACÊUTICAS / RIO DE JANEIRO (FETRAQUIM-RJ). **Assédio sexual no local de trabalho** (cartilha). Série Trabalho e Cidadania Ano I nº 03. Coleção Trabalho e Cidadania.

FITZGERALD L.F., DRASGOW F., HULIN C.L., GELFAND M.J. & MAGLEY V.J. Antecedents and consequences of sexual harassment in organizations: a test of an integrated model. **Journal of Applied Psychology** 82(4): 578-589, 1997.

GEARHART J.G.; BEEBE D.K. MILHORN H.T. & MEEKS G.R. Alcoholism in women. **Am Fam Physician** 44(3): 907-913, 1991.

GLINA D.M.R., ROCHA L.E., BATISTA M.L. & MENDONÇA M.G.V. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cadernos de Saúde Pública** 17(3): 607-616, 2001.

GOMES L.F. Lei do assédio sexual (10.224/01): primeiras notas interpretativas. **Repertório IOB de jurisprudência**. São Paulo: IOB, n. 13/2001, cad. 3.

HARNED M.S. & FITZGERALD L.F. Understanding a link between sexual harassment and eating disorder symptoms: a mediational analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 70(5): 1170-1181, 2002.

HATCH-MAILLETTE M.A. & SCALORA M.J. Gender, sexual harassment, workplace violence, and risk assessment: Convergence around psychiatric staff's perceptions of personal safety. **Aggression and Violent Behavior** 7: 271-291, 2002.

HESKETH K.L.; DUNCAN S.M.; ESTABROOKS C.A.; REIMER M.A.; GIOVANNETTI P.; HYNDMAN, K. & ACORN, S. Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. **Health Policy** 63:311-321, 2003.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, PNAD - **Síntese de Indicadores, 1998**. Rio de Janeiro: Departamento de Emprego e Rendimento; 1999.

JACKSON D.; CLARE J. & MANNIX J. Who would be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. **Journal of Nursing Management** 10:13-20, 2002.

JESUS D.E. Assédio sexual: primeiros posicionamentos. **Jus Navigandi**, Teresina, a. 5, n. 51, out. 2001. <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=2225>>. Acesso em: 13 jan. 2005.

JESUS D.E. Crime de assédio sexual. **Jus Navigandi**, Teresina, a. 6, n. 52, nov. 2001. <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=2386>>. Acesso em: 13 jan. 2005.

KHOURY A.J. & WEISMAN C.S. Thinking About Women's Health: The Case for Gender Sensitivity. **Women's Health Issues** 12(2): 61-65, 2002.

LARSSON C.; HENSING G. & ALLEBECK P. Sexual and gender-related harassment in medical education and research training: results from a Swedish survey. **Medical Education** 37: 39-50, 2003.

LOPES C.S. & COUTINHO E.S.F. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle. **Revista de Saúde Pública** 33(5): 477-487, 1999.

LOPES C.S. & SICHIERI R. A case-control study on alcohol and psychiatric disorders as risk factors for drug abuse pattern. **Cadernos de Saúde Pública** 18(6): 1571-1575, 2002.

LUDERMI A.B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública** 16(3): 647-659, 2000.

MATTHEWS S. & POWER C. Socio-economic gradients in psychological distress: a focus on women, social roles and work-home characteristics. **Social Science & Medicine** 54: 799-810, 2002.

MEIRE SOLDERA, PAULO DALGALARRONDO, HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO E CLEIDE A M SILVA. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. **Revista de Saúde Pública** 38(2): 277-283, 2004.

MEYER R.E. Finding paradigms for the future of alcoholism research: an interdisciplinary perspective. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research** 25(9): 1393-1406, 2001.

MOREIRA R.A. O novo delito de assédio sexual. **Jus Navigandi**, Teresina, a. 5, n. 51, out. 2001. <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=2285>>. Acesso em: 13 jan. 2005.

MOTA AB. Emprego doméstico: revendo o novo. **Cadernos CRH** (16):31-50, 1992.

MOTA AB. **Visão de mundo da empregada doméstica - um estudo de caso**. Departamento de Ciências Sociais. Salvador: UFBA, 1977.

MS (Ministério da Saúde), 1988. **Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo de Álcool - PRONAL**. Brasília: MS/Disan.

MURRY W.D.; SIVASUBRAMANIAM N.; JACQUES P.H. Supervisory support, social exchange relationship, and sexual harassment consequences. A test of competing models. **The Leadership Quarterly** 12: 1-29, 2001.

NAWYN S.J.; RICHMAN J.A.; ROSPENSA K.M. & HUGHES T.L. Sexual identity and alcohol-related outcomes: Contributions of Workplace Harassment. **Journal of Substance Abuse** 11(3): 289-304, 2000.

OLIVEIRA C.M., SANTOS M.C.J., SALES E.C., JESUS J.R., AMORIM A.M. & CASTRO M.G. **Condições de vida das trabalhadoras domésticas na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil**. CONLACTRAHO - Confederación Latinoamericana y Caribena de Trabajadores del Hogar. 2002, 47p.

OMS (Organización Mundial de la Salud), 1970. **Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia**. Ginebra: OMS (Serie de Informes Técnicos 437).

ORTIZ IP, JOFFRE RL. **Asi es pues - trabajadoras domesticas de Cuernavaca**. Mexico: Colectivo Atabal, 1991.

PALMEIRA-SOBRINHO Z. O Assédio Sexual. **Suplemento Trabalhista** (São Paulo: Editora LTr) nº 135, p. 615. 1998.

PONDÉ MP. 1996. **Lazer e Saúde mental em mulheres trabalhadoras**. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

PULIDO-NAVARRO M. & NORIEGA-ELÍO M. Condiciones objetivas y subjetivas de trabajo y trastornos psicofísicos. **Cadernos de Saúde Pública** 19(1): 269-277, 2003.

RICHMAN J.A.; SHINSAKO S.A.; ROSPENSA K.M.; FLAHERTY J.A. & FREELS S. Workplace harassment/abuse and alcohol-related outcomes: the mediating role of psychological distress. **Journal of studies on Alcohol** 63(4): 412-419, 2002.

RICHMAN J.A.; FLAHERTY J.A. & ROSPENDA K.M. Perceived workplace harassment experiences and problem drinking among physicians: broadening the stress/alienation paradigm. Rospenda, Kathleen M. **Addiction** 91(3): 391-403, 1996.

SANTANA VS. 1993. **Informal work, housework and minor psychological disorders**. Tese de Doutorado, Chapel Hill: School of Public Health, Univerity of North Carolina.

SANTANA VS, LOOMIS DP & NEWMAN B. Housework, paid work and psychiatric symptoms. **Revista de Saúde Pública** 35(1): 16-22, 2001.

SARTOR C.E.; JACOB T. & BUCHOLZ K. K. Drinking course in alcohol-dependent men from adolescence to midlife. **Journal of Studies on Alcohol** 64: 712-719, 2003.

SELIGMANN-SILVA E. Desgaste mental e trabalho dominado. Rio de Janeiro: UFRJ/ Cortez, 1994.

SPITZER R.L., KROENKE K. & WILLIAMS J.B.W. the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of the PRIME-MD – The PHQ Primary Care Study. **JAMA** 282:1737-1744, 1999.

WAYNE J.H. Disentangling the Power Bases of Sexual Harassment: Comparing Gender, Age, and Position Power. **Journal of Vocational Behavior** 57, 301–325, 2000.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental and neurological disorders. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/>> Acesso em 21/04/2005.

ZEIRA A.; ASTOR R.A. & BENBENISHTY R. Sexual harassment in Jewish and Arab public schools in Israel. **Child Abuse & Neglect** 26: 149–166, 2002.