

Perfil sociodemográfico, morbidades referidas, bem-estar e trabalho remunerado de mulheres: estudo populacional*

Emílio, Marina Mendonça; Lima, Jéssica Carvalho; Coelho, Vitoria Helena Maciel; Martins, Lislei Jorge Patrizzzi; Walsh, Isabel Aparecida Porcatti de

Perfil sociodemográfico, morbidades referidas, bem-estar e trabalho remunerado de mulheres: estudo populacional*

Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, vol. 8, núm. 2, 2020

Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497963611002>



Este trabalho está sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

Perfil sociodemográfico, morbidades referidas, bem-estar e trabalho remunerado de mulheres: estudo populacional*

Sociodemographic profile, reported morbidities, well-being, and paid work of women: a population-based study
Perfil sociodemográfico, morbilidades referidas, bienestar y trabajo remunerado de mujeres: estudio poblacional

*Marina Mendonça Emílio 1
não informado, Brasil
mariemilio1@outlook.com*

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497963611002>

*Jéssica Carvalho Lima 2
não informado, Brasil
jcarvalho.fisio.ufmt@hotmail.com*

*Vitoria Helena Maciel Coelho 3
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM),
Brasil
vhmcoelho@gmail.com*

*Lislei Jorge Patrizzzi Martins 3
UFTM, Brasil
lispatrizzzi@gmail.com*

*Isabel Aparecida Porcatti de Walsh 5
UFTM, Brasil
isabelpwalsh@gmail.com*

Recepção: 11 Novembro 2019
Aprovação: 09 Abril 2020

RESUMO:

Estudo transversal de base populacional realizado em 2014, cujo objetivo foi verificar as associações entre o perfil sociodemográfico, morbidades referidas, indicadores de bem-estar e trabalho remunerado, analisando dados do Inquérito de Saúde da Mulher da cidade de Uberaba/MG. As características sociodemográficas foram autorrelatadas. As morbidades referidas foram avaliadas por meio de autorrelato, a partir de uma lista baseada no questionário Índice de Capacidade para o Trabalho, e os indicadores de bem-estar por meio de algumas questões do Questionário WHOQOL-bref, da Escala de Rastreamento Populacional de Depressão e do Self-Report Questionnaire. Participaram 1.483 mulheres (533 com e 950 sem trabalho remunerado). Das mulheres que não exerciam trabalho remunerado, 41,9% estavam na faixa etária de 60 anos ou mais e 51,26% em união estável, apresentaram

AUTOR NOTES

- 1 Fisioterapeuta. Mestre em Fisioterapia pelo Programa de Pós Graduação em Fisioterapia (PPGF) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)/Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4144-3986
- 2 Mestranda do Programa de Pós Graduação em Fisioterapia (PPGF) da UFTM/UFU, Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0972-1886
- 3 Fisioterapeuta. Pós Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta do curso de Graduação em Fisioterapia da UFTM, Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-1799-2256
- 3 Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Médicas. Professora Associada do curso de Graduação em Fisioterapia da UFTM e do PPGF da UFTM/UFU, Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-3729-7675
- 5 Fisioterapeuta. Doutora em Fisioterapia. Professora Associada do curso de Graduação em Fisioterapia da UFTM e do PPGF da UFTM/UFU, Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2317-1326

média de escolaridade de 7,76 ($\pm 5,23$) anos e de renda per capita de 815,98 ($\pm 1082,75$) reais. A maioria das que exerciam trabalho remunerado (54,6%) estava na faixa etária de 35-59 anos e 303 (56,85%) não estavam em união estável, com média de escolaridade de 9,17 ($\pm 4,90$) anos e renda per capita de 788,55 ($\pm 766,69$) reais. Houve diferenças significativas entre os grupos, indicando que mulheres sem união estável e com maior escolaridade exerciam trabalho remunerado. As morbilidades mais relatadas por todas as mulheres foram as respiratórias, endócrinas/metabólicas e genitourinárias. As que exerciam trabalho remunerado estavam significativamente satisfeitas/muito satisfeitas com o desempenho das atividades do dia a dia e relataram nada/muito pouco impedimento para realizar atividades devido à dor. Houve maior comprometimento para as donas de casa com relação a sentir-se nervosa/tensa/preocupada, cansar com facilidade e apresentar esforço para realizar tarefas habituais.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres, Inquéritos epidemiológicos, Sistema musculoesquelético, Doenças não transmissíveis, Nível de saúde.

ABSTRACT:

Cross-section population-based study carried out in 2014, aiming to verify the associations between the sociodemographic profile, referred morbidities, wellbeing indexes, and paid work, analyzing data from the Women's Health Inquiry from the city of Uberaba/MG, Brazil. Sociodemographic characteristics were self-reported. The morbidities referred were evaluated through self-reports, from a list based on the questionnaire Index of Work Capacity, and the wellbeing indexes were assessed through some questions from the WHOQOL-bref, the Scale of Population Depression Screening, and the Self-Report Questionnaire. 1,483 women participated (533 had paying jobs, and 950 did not). From those with no paid work, 41.9% were 60 years old or more, and 51.26% were in stable unions. Their mean educational level was 7.76 (± 5.23), and their mean per capita income was 815.98 (± 1082.75) reais (Brazilian currency). Most of those who did work paying jobs (54.6%) were from 35 to 59 years of age and 303 (56.85%) were not in a stable union. They had a mean educational level of 9.17 (± 4.90) years old and a mean per capita income of 788.55 (± 766.69) reais. There were significant differences between the groups, indicating that women with no stable unions and with higher educational levels had paying jobs. The most commonly reported morbidities by all women were respiratory, endocrine/metabolic, and genitourinary. Those who had paid work were significantly satisfied/very satisfied with their performance of daily-life activities, and reported nothing/very little impairment in carrying out their activities due to pain. Houseworkers were more affected by feelings of nervousness/tension/preoccupation, tired more easily, and required more efforts to carry out daily activities.

KEYWORDS: Womens, Health surveys, Musculoskeletal system, Noncommunicable diseases, Health status.

RESUMEN:

Estudio transversal de base poblacional realizado en 2014, cuyo objetivo fue verificar las asociaciones entre el perfil sociodemográfico, morbilidades referidas, indicadores de bienestar y trabajo remunerado, analizando datos de la Encuesta de Salud de la Mujer de la ciudad de Uberaba/MG, Brasil. Las características sociodemográficas fueron auto relatadas. Las morbilidades referidas fueron evaluadas por medio de auto relato, a partir de una lista basada en el cuestionario Índice de Capacidad para el Trabajo, y los indicadores de bienestar por medio de algunas preguntas del Cuestionario WHOQOL-bref, de la Escala de Rastreo Poblacional de Depresión y del Self-Report Questionnaire. Participaron 1.483 mujeres (533 con y 950 sin trabajo remunerado). De las mujeres que no ejercían trabajo remunerado, 41,9% estaban en el grupo etario de 60 años o más y 51,26% en unión estable, presentaron promedio de escolaridad de 7,76 ($\pm 5,23$) años y de ingreso per capita de 815,98 ($\pm 1082,75$) reales. La mayoría de las que ejercían trabajo remunerado (54,6%) estaba en el grupo etario de 35-59 años y 303 (56,85%) no estaban en unión estable, con promedio de escolaridad de 9,17 ($\pm 4,90$) años e ingreso per capita de 788,55 ($\pm 766,69$) reales. Hubo diferencias significativas entre los grupos, indicando que mujeres sin unión estable y con mayor escolaridad ejercían trabajo remunerado. Las morbilidades más relatadas por todas las mujeres fueron las respiratorias, endocrinas/metabólicas y genitourinarias. Las que ejercían trabajo para realizar actividades debido al dolor. Hubo mayor comprometimiento para las amas de casa con relación a sentirse nerviosa/tensa/preocupada remunerado estaban significativamente satisfechas/muy satisfechas con el desempeño de las actividades del día a día y relataron nada/muy poco impedimento, cansar con facilidad y presentar esfuerzo para realizar tareas habituales.

PALABRAS CLAVE: Mujeres, Encuestas epidemiológicas, Sistema musculoesquelético, Enfermedades non transmisibles, Estado de salud.

INTRODUÇÃO

O trabalho está diretamente relacionado à época em que os seres humanos começaram a modificar a natureza e o espaço em que viviam para a construção de materiais e instrumentos em prol de suas necessidades humanas básicas. No entanto, antigamente, lugar de mulher era dentro de casa, cuidando dos filhos e vivendo em

função destes e do marido. Somente a partir da metade do século XX o número de mulheres que exercem atividade remunerada vem crescendo⁰¹. Elas têm conquistado cada vez mais seu lugar na sociedade e, por consequência, no mercado de trabalho.

Diante do desempenho feminino exclusivo dessas funções do lar, e de seu não exercício de atividades remuneradas, as mulheres foram denominadas “donas de casa” e, apesar da rotina intensa de trabalho doméstico que as mantêm ocupadas, os afazeres domésticos não são contabilizados como atividades econômicas pelas estatísticas oficiais disponíveis no Brasil, ainda que essa jornada de trabalho seja similar à de uma atividade remunerada⁰².

As atividades domésticas, supostamente, são tidas como de maior autonomia, menor pressão quanto a prazos, senso de responsabilidade e controle sobre as tarefas. Além disso, são desvalorizadas socialmente⁰³, e associadas ao isolamento da mulher dentro de casa, à estagnação e à doença para quem as realiza exclusivamente⁰⁴.

Já as mulheres inseridas no mercado de trabalho podem desempenhar papel relevante na construção de sua independência financeira e da autopercepção de sua competência e valor social, ampliando sua autoestima e refletindo, consequentemente, em sua saúde e bem-estar.. Por outro lado, pesquisas realizadas em diferentes contextos⁰⁵⁻⁰⁶ têm mostrado que o trabalho remunerado pode levar ao adoecimento.

Assim, considerando que ambos, trabalho profissional ou doméstico, podem apresentar fatores de risco e de proteção, influenciando tanto nos aspectos físicos quanto nos aspectos mentais da saúde, as pesquisas de saúde das mulheres devem, portanto, considerar os múltiplos papéis exercidos por estas, incluindo avaliação dos diferentes espaços da vida nos quais as mesmas atuam. No entanto, o trabalho doméstico ainda é pouco estudado no que se refere às repercussões na saúde das mulheres, que permanecem as principais responsáveis pelo mesmo, e a maioria das investigações não o incluem na abordagem do trabalho feminino. No Brasil, são raras as pesquisas de base populacional dedicadas à análise do estado de saúde em relação ao trabalho feminino, principalmente comparando trabalhadoras remuneradas com donas de casa⁰². Desta maneira, estudos que avaliem morbidades referidas (MR) e indicadores de bem-estar (IBE) nesses dois segmentos poderão contribuir para ampliar o conhecimento desse perfil na população, fornecendo subsídios para o planejamento de ações de promoção da saúde e caracterizando-se como uma ferramenta de vigilância em saúde.

Nesse contexto, os inquéritos populacionais de saúde são essenciais para conhecer o perfil de saúde, a distribuição dos fatores de risco e suas tendências, além das desigualdades em saúde. As informações coletadas periodicamente permitem o monitoramento de ações e programas de saúde em distintos subgrupos populacionais e subsidiam o planejamento e a gestão das intervenções em saúde coletiva, além de permitir uma estimativa da gravidade do quadro⁰⁵.

O objetivo do presente estudo foi verificar as associações entre o perfil sociodemográfico, morbidades referidas, indicadores de bem estar e trabalho remunerado, analisando dados do Inquérito de Saúde da Mulher da cidade de Uberaba/MG.

MÉTODO

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, parte de um projeto designado Inquérito de Saúde da Mulher (ISA MULHER), realizado em residências da zona urbana da cidade de Uberaba – MG em 2014, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob CAAE nº 1826. As mulheres participantes foram selecionadas a partir de uma amostragem probabilística em múltiplos estágios. O cálculo amostral foi realizado e considerado ideal com 1530 mulheres, sendo que informações adicionais podem ser obtidas em material já publicado⁰⁷.

As características sociodemográficas foram autorrelatadas e indicadas por idade (classificada nas categorias: 18 a 34 anos, 35 a 59 anos, e 60 anos ou mais), anos de escolaridade, renda *per capita* (calculada pela divisão da renda familiar mensal pelo número de pessoas que residiam na casa), estado civil (classificado como em união estável: casada ou união estável, e sem união: solteira, separada ou viúva) e exercício de trabalho remunerado (Sim ou Não).

As MR foram avaliadas por meio de autorrelato, a partir de uma lista baseada no questionário Índice de Capacidade para o Trabalho⁰⁸, com o acréscimo de algumas feitas pelos autores, apresentando morbidades referentes aos vários sistemas: Sistema cardíaco (hipertensão arterial, doença coronariana, dor no peito durante o exercício, infarto do miocárdio, trombose coronariana, insuficiência cardíaca, cardiomegalia, chagas, outra doença cardiovascular); Sistema respiratório (infecções repetidas do trato respiratório - amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda, bronquite crônica, sinusite crônica, asma, enfisema, tuberculose pulmonar, outra doença respiratória); Sistema emocional (distúrbio emocional severo ou distúrbio emocional leve); Sistema neurológico (problema ou diminuição da audição, doença ou lesão da visão, doença neurológica - acidente vascular cerebral, neuralgia, enxaqueca, epilepsia, convulsões, outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos); Sistema digestivo (pedras ou doença da vesícula biliar, doença do pâncreas ou do fígado, úlcera gástrica ou duodenal, gastrite ou irritação duodenal, colite ou irritação duodenal, outra doença digestiva); Sistema geniturinário (infecção das vias urinárias, diarreia, constipação, gases, doenças dos rins, doenças nos genitais e aparelho reprodutor, outra doença geniturinária); Tumoral (tumor benigno, tumor maligno); e Endócrino/Metabólico (obesidade, diabetes, varizes, colesterol alto, bôcio ou outra doença da tireoide, hipotireoidismo, hipertireoidismo, outra doença endócrina ou metabólica). Foi considerado que a mulher apresentava comprometimento em determinado sistema quando relatou uma ou mais morbidades dentro do mesmo.

Para a avaliação dos IBE, foram utilizadas algumas questões do Questionário WHOQOL- bref⁰⁶, da Escala de Escala de Rastreamento Populacional de Depressão (CES-D – Center for Epidemiologic Studies-Depression), validada para uso no Brasil⁰⁹ e do Self-Report Questionnaire (SRQ-20), para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde¹⁰, tendo sido realizadas as seguintes perguntas com as respectivas opções de respostas: "Como você avalia sua qualidade de vida" (Muito ruim/Ruim, Nem ruim nem boa, Boa/Muito boa); "Quão satisfeita você está com sua saúde" (Muito insatisfeita/Insatisfeita, Nem satisfeita nem insatisfeita, Satisfeita/Muito satisfeita); "Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia" (Muito insatisfeita/Insatisfeita, Nem satisfeita nem insatisfeita, Satisfeita/Muito satisfeita); "Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa" (Nada/Muito pouco, Mais ou menos, Bastante/Extremamente); "Você sente-se nervosa, tensa ou preocupada" (Sim ou não); "Você sente-se cansada o tempo todo" (Sim ou não); "Você se cansa com facilidade" (Sim ou não); "Sentiu que teve de fazer esforço para dar conta das suas tarefas habituais" (Sim/Não); "Quão satisfeita você está com seu sono" (Muito insatisfeita/Insatisfeita, Nem satisfeita nem insatisfeita, Satisfeita/Muito satisfeita), e "Você dorme mal" (Sim ou Não).

Inicialmente os dados foram armazenados no programa EpiData, versão 3.1, e posteriormente foram transferidos para uma planilha do programa Microsoft Office Excel® 2007, onde se realizou a validação e a consistência dos dados. Em seguida o banco de dados foi importado para o programa da IBM *Statiscal Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0, para a realização das análises estatísticas.

A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Kolmogorov Smirnov, que indicou uma distribuição não normal. Para análise univariada foram utilizadas medidas como frequência e porcentagem, e medidas de variabilidade como média e desvio padrão. Posteriormente foi realizada a análise bivariada, com significância estatística de 5%, onde foram empregados os Testes de Mann-Whitney e Qui-quadrado de Pearson. As associações encontradas foram avaliadas pelo teste dos resíduos ajustados.

RESULTADOS

Participaram do estudo 1.483 mulheres. A maioria (950 - 64,06%) não exercia trabalho remunerado. Destas, 398 (41,90%) estavam na faixa etária de 60 anos ou mais, a maioria (487 - 51,26%) em união estável, apresentando média de escolaridade de 7,76 ($\pm 5,23$) anos e de renda *per capita* de 815,98 ($\pm 1082,75$) reais.

O número de mulheres que exercia trabalho remunerado foi de 533 (35,94 %). Destas, a maioria (291 - 54,60%) estava na faixa etária de 35-59 anos, e 303 (56,85%) não estavam em união estável. A média de escolaridade foi de 9,17($\pm 4,90$) anos e a de renda *per capita*, de 788,55 ($\pm 766,69$) reais.

Houve diferenças significativas entre os dois segmentos ($p < 0,05$) para todas essas variáveis, com exceção da renda per capita, conforme apresentado na Tabela 1, indicando mulheres sem união estável, com menor renda per capita e maior escolaridade exercendo trabalho remunerado.

TABELA 1.
Caracterização sociodemográfica da população. ISA-Mulher, Uberaba,

Variáveis	Exerce trabalho remunerado		p
	SIM	NÃO	
Idade 18 - 34 35 - 59 ≥ 60	167 (31,33)	204 (21,47)	0,001*
	291 (54,60)	348 (36,63)	
	75 (14,07)	398 (41,90)	
Estado Civil Em união estável Sem união estável Média (DP)	230 (43,15)	487 (51,26)	0,003*
	303 (56,85)	463 (48,74)	
	815,98 (1082,75)		
Renda per capita	788,55 (766,69)		0,423
Escolaridade	9,17 (4,90)	7,76 (5,23)	0,001 **

Legenda: DP=Desvio Padrão; * $p < 0,05$ – Qui-quadrado de Pearson com resíduos ajustados padronizados estatisticamente significativos; ** $p < 0,05$ - Teste de Mann-Whitney.

A Tabela 2 apresenta a prevalência das MR. As mais relatadas para as mulheres com trabalho remunerado foram as respiratórias (48,41%), endócrinas/metabólicas (40,90%) e geniturinárias (37,71%). Já para as donas de casa foram as respiratórias (51,05%), geniturinárias (44,53%) e endócrinas/metabólicas (39,47%). Maior porcentagem de donas de casa apresentou MR no sistema digestivo ($p=0,005$) e geniturinário ($p=0,011$).

TABELA 2.
Prevalência das morbidades referidas. ISA-Mulher, Uberaba, 2014.

Morbidades Referidas	Frequência (%)		
	Trabalho Remunerado		p
	SIM	NÃO	
Cardíacas	Sim 139 (26,08)	264 (27,79)	0,477
Respiratórias	Sim 258 (48,41)	485 (51,05)	0,328
Emocionais	Sim 131 (24,58)	231 (24,32)	0,910
Neurológicas	Sim 125 (23,45)	236 (24,84)	0,550
Digestivas	Sim 140(26,27)	316 (33,26)	0,005*
Gênito urinárias	Sim 201(37,71)	423 (44,53)	0,011*
Tumorais	Sim 33(6,19)	80 (8,42)	0,120
Endócrinas/Metabólicas	Sim 218 (40,90)	375 (39,47)	0,590

Legenda: * $p < 0,05$ – Qui-quadrado de Pearson.

Os resultados referentes aos IBE estão apresentados na Tabela 3. Observa-se que a maioria das mulheres (donas de casa e com trabalho remunerado) consideraram sua qualidade de vida Boa/Muito boa, estavam Satisfeitas/Muito satisfeitas com sua saúde e com o desempenho das atividades do dia a dia, apresentavam Nada/Muito pouco impedimento para realizar atividades devido à dor, sentiam-se nervosas/tensas/preocupadas, não se sentiam cansadas, não se cansavam com facilidade, não referiam esforço para realizar tarefas habituais, e estavam Satisfeitas/Muito satisfeitas com o sono e não dormiam mal.

No entanto, maiores valores (positivos) dos resíduos ajustados indicam forte associação da satisfação/Muita Satisfação com o desempenho das atividades do dia a dia e trabalho remunerado ($p < 0,040$) e Nada/Muito Pouco para o Impedimento para realizar atividades devido à dor ($p = 0,013$). Ainda, houve maior comprometimento para as donas de casa com relação sentir-se nervosa/tensa/preocupada ($p = 0,009$), cansar com facilidade ($0,004$) e apresentar esforço para realizar tarefas habituais ($p = 0,009$).

TABELA 3.
Indicadores de bem-estar. ISA-Mulher, Uberaba, 2014.

Indicadores de Bem Estar	Trabalho Remunerado		
	Frequência (%)		p
	SIM	NÃO	
<i>Avaliação da qualidade de vida</i>			
Muito Ruim/Ruim	26 (4,88)	52 (5,47)	
Nem Ruim/ Nem Boa	110 (20,64)	242 (25,48)	0,082
Boa /Muito Boa	397 (74,48)	656 (69,05)	
<i>Satisfação com a saúde</i>			
Muito Insatisfeito/ Insatisfeita	85 (15,95)	166 (17,47)	
Nem Insatisfeita/ Nem Satisfeta	77 (14,45)	175 (18,42)	0,074
Satisfeta /Muito Satisfeta	371 (69,60)	609 (64,11)	
<i>Satisfação com o desempenho das atividades do dia a dia</i>			
Muito Insatisfeita/ Insatisfeta	50 (9,38)	99 (10,42)	0,040
Nem Insatisfeta/ Nem Satisfeta	61 (11,45)	151 (15,89)	
Satisfeta /Muito Satisfeta	422 (79,17)	700 (73,69)	
<i>Impedimento para realizar atividades devido a dor</i>			
Nada/ Muito Pouco	367 (68,86)	582 (61,26)	0,013*
Mais ou Menos	80 (15,00)	183 (19,27)	
Bastante/ Extremamente	86 (16,14)	185 (19,47)	
<i>Nervosa/tensa/preocupada</i>			
Sim	306 (57,41)	611 (64,32)	0,009*
Não	227 (42,59)	339 (35,68)	
<i>Cansada</i>			
Sim	112 (21,01)	240 (25,26)	0,057
Não	421 (78,99)	710 (74,74)	
<i>Cansa com facilidade</i>			
Sim	149 (27,95)	335 (35,26)	0,004*
Não	384 (72,05)	615 (64,74)	
<i>Esforço para realizar tarefas habituais</i>			
Sim	94 (17,64)	223 (23,47)	0,009*
Não	439 (82,36)	727 (76,53)	
<i>Satisfação com o sono</i>			
Muito Insatisfeita/ Insatisfeta	176 (33,02)	306 (32,22)	
Nem Insatisfeta/ Nem Satisfeta	132 (24,77)	246 (25,89)	0,883
Satisfeta /Muito Satisfeta	225 (42,21)	398 (41,89)	
<i>Dorme mal</i>			
Sim	181(33,96)	353 (37,16)	0,237
Não	352(66,04)	597 (62,84)	

*p<0,05 -Qui-quadrado de Independência.

DISCUSSÃO

O número de mulheres que exercia trabalho remunerado foi de 533 (35,94 %). Esse número é menor do que a média da população brasileira, já que os dados do IBGE de 2014 indicavam que, no Brasil, de 77.771 mulheres com idade maior que 18 anos, 39.431 (50,70%) eram ocupadas, sendo essa taxa de 42,91% para a região sudeste, onde se situa a cidade de Uberaba¹¹.

Os resultados indicaram que as mulheres que não exerciam trabalho remunerado eram mais velhas ($p<0,001$), 398 (41,90%) delas na faixa etária de 60 anos ou mais, enquanto a maioria das mulheres com trabalho remunerado estava na faixa etária de 35-59 anos (54,60%), idade da população economicamente ativa. Os dados referentes à faixa etária das que não exerciam trabalho remunerado podem estar relacionados à aposentadoria, o que pode ter ocorrido com parte dessas, uma vez que no Brasil, segundo dados do Anuário Estatístico da Previdência Social de 2014, foram concedidos 621.515 benefícios por idade em 2012, 654.523 em 2013, e 645.687 em 2014¹¹. Para o estado de Minas Gerais, esses benefícios foram 31.763 em 2012, 35.222 em 2013 e 37.377 em 2014¹¹.

Para as mulheres, a aposentadoria significava uma saída definitiva do mercado de trabalho, muitas vezes porque essa já ocorria precocemente devido à nupcialidade e à fecundidade. O recebimento do benefício ocorria para elas em 1998, 10,1 anos mais tarde que sua saída do trabalho, e em 2008 essa diferença foi reduzida para 7,3 anos¹².

No entanto, cabe lembrar que uma das consequências do processo do envelhecimento global é o aumento da proporção de idosos na população ativa. Neste sentido, fatores associados a sua permanência no mercado de trabalho têm sido amplamente estudados e pesquisas conduzidas em países de alta renda mostram as condições de saúde como um dos principais determinantes da permanência dos idosos no mercado de trabalho, assim como de seu retorno ao trabalho após a aposentadoria¹³.

Já o fato da maioria das mulheres inseridas no mercado de trabalho estar na faixa etária dos 35-59 anos, superando a das mulheres dos 18 aos 34 anos, pode ser um indicativo de que entre as mais jovens há a opção pela frequência exclusiva à escola, o que adia seu ingresso no mercado de trabalho. Outra explicação para esse resultado vincula-se ao fato de a participação feminina no mercado de trabalho estar estreitamente ligada à idade dos filhos, pois crianças menores são mais dependentes e demandam maiores cuidados, os quais ainda são quase que exclusivamente atribuídos às mulheres, tornando mais difícil a inserção ou a continuidade nesse mercado.

A presença de filhos em idade pré-escolar, com mais intensidade, e de crianças na faixa etária de 6 a 10 anos de idade, são obstáculos de destaque ao ingresso feminino na força de trabalho, enquanto filhos acima dessa idade parecem não interferir na decisão de ingresso na força de trabalho pelas mulheres¹⁴. Além disso, o pico de probabilidade de participação feminina ocorre na faixa etária entre 30 e 39 anos de idade, seguida pela faixa posterior, de 40 a 50 anos, refletindo em alguma medida o ciclo de fecundidade e casamento.

A maioria das mulheres que não exerciam trabalho remunerado estavam em união estável, um total de 51,26%, contra 43,15% entre as que exerciam trabalho remunerado ($p<0,003$). Um estudo¹⁵ mostrou que ser casada, com ou sem filhos, reduz a probabilidade de a mulher trabalhar, quando comparada com mulheres solteiras sem filhos, chamando a atenção para o fato de que a redução da chance de trabalho foi significativamente maior para as casadas, sugerindo que as mulheres tendem a reduzir sua participação no mercado de trabalho depois da nupcialidade.

A média de escolaridade foi significativamente ($p<0,001$) diferente entre as mulheres que não exerciam trabalho remunerado ($7,76 \pm 5,23$ anos) e as que o faziam ($9,17 \pm 4,90$ anos). Maiores níveis de escolaridade mostram um efeito positivo sobre a oferta de trabalho feminino, já que ela está associada ao status ocupacional, propiciando maior oportunidade de exercer ocupações mais qualificadas com melhores remuneração, autonomia e prestígio¹⁴, e, ainda, melhores condições de vida, maior grau de satisfação de necessidades, maior facilidade na aquisição de conhecimentos, além de influenciar atitudes e comportamentos que produzem efeitos positivos na saúde e, em particular, na saúde mental¹⁶.

Por outro lado, as mulheres que não exercem trabalho remunerado, com níveis inferiores de escolaridade, apresentam pior qualidade de vida relacionada à saúde e prevalências mais elevadas de doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e depressão.. O potencial intelectual contribui na promoção de

comportamentos saudáveis em mulheres mais instruídas, enquanto que pior condição de saúde, avaliada por meio de vários indicadores, em mulheres com menor nível de escolaridade¹⁷.

Não houve diferença significativa entre os segmentos para renda *per capita*, indicando que, apesar do trabalho remunerado, este não trouxe maior poder aquisitivo para essas famílias. Nesse sentido, um estudo¹⁴ levanta evidências de que famílias consideradas potencialmente pobres têm uma probabilidade mais alta de ter a mulher na força de trabalho. O que acontece com as mulheres que precisam trabalhar para proporcionar o seu sustento e de sua família é o fenômeno “feminização da pobreza”, que pode ser justificado pelo modo de participação das mulheres no mercado de trabalho pelos seguintes motivos: trabalho em tempo parcial ou temporário; discriminação salarial; concentração em ocupações que exigem menor qualificação e salários mais baixos; e participação nos mais baixos níveis da economia informal¹⁸.

As MR têm sido avaliadas como boas medidas das condições de saúde, pois se aproximam das informações obtidas por meio de exames clínicos¹⁹, sendo alvos importante de estratégias políticas nacionais e internacionais^{20,21}, porque constituem na atualidade a principal causa de mortalidade, respondendo também pela maior carga de morbidade, incapacidades e custos com saúde, servindo não somente para conhecer as demandas por serviços, mas também para avaliar as políticas de saúde e auxiliar em novas propostas em saúde pública.

Estudo²² aponta que as trabalhadoras remuneradas apresentaram menores prevalências de doenças crônicas, de limitações provocadas pelas doenças e de transtornos mentais, além de menores taxas de mortalidade em relação às donas de casa. No entanto, no presente estudo, as MR mais relatadas pelas mulheres com e sem trabalho remunerado foram as do sistema respiratório (48,41% e 51,05%), sem diferenças significativas entre os dois segmentos. Outra pesquisa²³, ao comparar as mulheres do município de São Paulo que exercem ou não atividade remunerada e suas morbidades, também encontrou maior prevalência para as doenças respiratórias, mas nesse estudo tais doenças foram mais prevalentes para as mulheres que exercem trabalho remunerado.

Apesar da doença respiratória estar entre as mais relatadas, uma pesquisa²⁴ identificou queda nas taxas de mortalidade e morbidade hospitalar para esse grupo de doenças, tanto na asma como na doença pulmonar obstrutiva crônica, interpretando como possíveis causas dessa queda o melhor acesso à atenção à saúde e a diminuição do tabagismo. No entanto, o presente estudo não avaliou esses parâmetros.

Já para as MR no sistema geniturinário e digestivo, as diferenças entre os grupos foram significativas ($p=0,011$ e $p=0,005$), com maior comprometimento para as mulheres que não exercem trabalho remunerado.

Quanto ao sistema geniturinário, este resultado pode estar relacionado em uma pesquisa²⁵ que apontou que mulheres mais jovens (40 a 50 anos), com atividade social e profissional, tomam iniciativa para solicitar tratamento, enquanto as donas de casa e as mulheres aposentadas com mais de 50 anos relutam em relatar seus sintomas e encontram dificuldades de adaptação ao tratamento.

Para o sistema digestivo, um estudo observacional em escala nacional²⁶ mostra que os sintomas gastrintestinais estão presentes no cotidiano de dois terços das mulheres brasileiras, sem distinção de classe social e em todas as regiões do país, afetando mais significativamente sua qualidade de vida. O mesmo estudo mostra que os principais sintomas gastrointestinais relatados foram funcionais, e as causas atribuídas pelas mulheres foram aquelas relacionadas ao estilo de vida e hábitos alimentares.

As manifestações do sistema digestivo são percebidas e medidas pela pessoa que as sente e incluem sinais e sintomas clínicos que sugerem possíveis infecções e/ou doenças gástricas, de modo que a assistência às pessoas com essas manifestações precisa ser investigada, e fatores de natureza sociodemográfica, como sexo, idade, escolaridade, entre outros, agrupam-se em perfis individuais e se relacionam aos fatores de natureza ambiental, como por exemplo a cultura alimentar, que inclui hábitos de consumo e preparo dos alimentos; as condições

de trabalho, como exigência física, mental e tempo gasto para realizar o trabalho; o acúmulo de atividades laborais e a frustração na execução das mesmas; e o uso de pesticidas no cultivo²⁷.

Uma investigação²⁸ descobriu que as mulheres com menos anos de escolaridade eram mais propensas a relatar obesidade e consumo inadequado de frutas, legumes e verduras. A maioria das mulheres avaliadas em estudo relatou que os sintomas gastrointestinais afetaram sua qualidade de vida, afetando principalmente o humor, a concentração e a vida sexual²⁶.

O intestino, por ter uma forte conexão com o cérebro, torna-se um importante catalisador emocional, podendo modular negativamente o comportamento das mulheres, originando um ciclo vicioso que começa com sentimentos negativos como baixa autoestima, estresse, angústia, raiva e ansiedade, desencadeando o desconforto intestinal que leva ao desequilíbrio interno no corpo feminino^{26,28}. Estas considerações poderiam explicar, pelo menos em parte, o fato de as mulheres sem trabalho remunerado serem mais propensas a esses acometimentos.

A percepção do indivíduo sobre sua saúde é importante, independentemente de ter ou não alguma doença. O sentimento de bem-estar transcende a presença de problemas, embora apresente relações bem estabelecidas com as condições clínicas e com os indicadores de morbidade e mortalidade¹⁹. Assim, o bem-estar deve estar em constante monitoramento, pois tende a ser substancialmente prejudicado pelas doenças crônicas e por problemas emocionais. Quanto a esses indicadores, avaliados no presente estudo, observou-se que a maioria das mulheres (com e sem trabalho remunerado) consideraram sua qualidade de vida Boa/Muito boa e estavam Satisfeitas/Muito satisfeitas com sua saúde e com o sono, e não dormiam mal, sem diferença estatística entre elas. Contrariamente, outra pesquisa¹⁷, comparando a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres trabalhadoras remuneradas com donas de casa, verificou que as que trabalhavam fora apresentavam melhores escores.

A maioria das mulheres (com e sem trabalho remunerado) também estava Satisfeita/Muito satisfeita com seu desempenho das atividades do dia a dia, apresentavam Nada/Muito pouco impedimento para realizar atividades devido à dor, não se cansavam com facilidade, e não referiam esforço para realizar tarefas habituais. No entanto, houve maior comprometimento para as donas de casa com relação a esses indicadores ($p=0,040$; $p=0,013$; $p=0,004$; e $p=0,009$, respectivamente).

Como pode ser observado, os IBE até aqui apresentados identificaram baixo comprometimento, o que remete a pensar nos motivos para que isso tenha ocorrido. Um desses poderia ser o medo de serem afastadas de suas atividades usuais, que em situações de crises, portadores de transtornos mentais comuns podem se afastar ou serem afastados do trabalho e até perder o direito de realizar trabalhos domésticos em suas próprias casas²⁹. Por outro lado, o fato de as mulheres sem trabalho remunerado apresentarem maior comprometimento pode estar relacionado ao fato de que o trabalho profissional pode proporcionar, para as mulheres, novas experiências, maior oportunidade de socialização, e uma forma de escape do confinamento do espaço doméstico³⁰.

Contrariamente aos resultados do baixo comprometimento nos IBE anteriormente apresentados, a maioria das mulheres (com e sem trabalho remunerado) sentiam-se nervosas/tensas/preocupadas, com maior comprometimento para aquelas sem trabalho remunerado ($p=0,009$). A monotonia da rotina doméstica, associada à pouca possibilidade de mudança, traz frustrações para as mulheres que almejam realização profissional e não buscam formas de realizar o que desejam, seja por ter filhos ou por pressão de seus maridos. Destaca-se também que a formalização do trabalho remunerado é importante, pois implica em maior proteção social, amparo de leis trabalhistas que garantam o auxílio doença, salário-maternidade, auxílio por acidente de trabalho, pensões e aposentadorias³¹.

O sentimento de segurança no trabalho relaciona-se com melhor saúde³², e o trabalho remunerado pode trazer um resultado do contra equilíbrio de seus fatores positivos e negativos, como aumento do estresse de um lado e da melhora da autoestima e apoio social ou mais amplo do outro. Em geral, há um debate de

longa data sobre quais mulheres (com e sem trabalho remunerado) são mais felizes e saudáveis. Os resultados obtidos a partir de dados transnacionais de 28 países mostraram que as donas de casa foram um pouco mais felizes do que as que trabalham em tempo integral, mas não têm vantagem sobre os trabalhadores de meio período³³.

Deve-se, no entanto, considerar que os benefícios produzidos pelo trabalho remunerado dependem, entre outros fatores, do cargo ocupado e do nível socioeconômico da mulher. Em trabalhos de má qualidade psicossocial, que incluem baixos níveis de controle sobre os mesmos, baixa exigência e complexidade, insegurança e remuneração injusta, não concedem os mesmos benefícios à saúde que trabalhos com alta qualidade³⁴.

Considerando o número expressivo de mulheres que apresentou comprometimento na saúde e que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, em suas diretrizes, se propõe a atingir mulheres em todos os ciclos de vida, e que observam-se dificuldades de atender à saúde das mulheres de forma integral, por questões estruturais que comprometem a quantidade e a qualidade da prestação dos serviços de saúde, ainda há muitos desafios para que se caminhe na garantia da atenção à saúde da mulher³⁵.

CONCLUSÃO

A maioria das mulheres não exerce trabalho remunerado. Quanto aos IBE, a maioria considera sua qualidade de vida Boa/Muito boa e estava Satisfeita/Muito satisfeita com sua saúde e com o sono, e não dorme mal. Não houve diferenças significativas entre os segmentos para essas variáveis.

Já para as MR no sistema geniturinário e digestivo, desempenho das atividades do dia a dia, impedimento para realizar atividades devido a dor, cansaço com facilidade, esforço para realizar tarefas habituais, e sentir-se nervosa/tensa/preocupada, as diferenças entre os segmentos são significativas, com maior comprometimento para as mulheres sem trabalho remunerado.

Ressalta-se a limitação desses resultados, especialmente quanto às morbidades, uma vez que foram baseados em autorrelatos. No entanto, inquéritos de saúde realizados em diversos países têm mostrado que os dados obtidos sobre a prevalência de doenças crônicas apresentam boa fidedignidade quando comparados com registros médicos ou exames clínicos.

Os resultados apresentados são de extrema importância para conhecer o perfil das mulheres trabalhadoras, subsidiando as políticas públicas de saúde no investimento e desenvolvimento de estratégias preventivas e curativas para as mesmas.

REFERÊNCIAS

1. Byles J, Tavener M, Robinson I, Parkinson L, Smith PW, Stevenson D, et al. Transform in gretirement: new definitions of life after work. *J Women Aging* [Internet]. 2013 [citado em 03 fev 2020]; 25(1):24-44. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233825663_Transforming_Retirement_New_Definitions_of_Life_After_Work. DOI: 10.1080/08952841.2012.717855
2. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2018 [citado em 03 fev 2020]; 23(8):2543-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n8/1413-8123-csc-23-08-2543.pdf>. DOI: 10.1590/1413-81232018238.13652016
3. Rocha EKGT, Pinto FM. O desafio conceitual do trabalho doméstico à psicologia do trabalho. *Fractal: Rev Psicol.* [Internet]. 2018 [citado em 03 fev 2020]; 30(2):145-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v30n2/1984-0292-fractal-30-02-145.pdf> DOI: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5874>

4. Fiorin PC, Oliveira CT, Dias ACG. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. *Rev Bras Orientaç Prof.* [Internet]. 2014; 15(1):25-35. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v15n1/05.pdf>
5. Assunção AÁ, Abreu MNS. Factor associated with self-reported work-related musculo skeletal disorders in Brazilian adults. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 20 ago 2018]; 51(Suppl 1):10s. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000282.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000282>
6. Silva VM, Pereira IVS, Rocha MJL, Caldeira AP. Morbidity in users of Family Health teams in the northeast of Minas Gerais based on the International Classification of Primary Care. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2014 [citado em 03 fev 2020]; 17(4):954-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/1415-790X-rbepid-17-04-00954.pdf>. DOI: 10.1590/1809-4503201400040013
7. Henriques IF, Walsh IAP, Meirelles MCCC, Pereira GA, Castro SS. Relation of common mental disorder, physical activity and body mass index in women, population-based study. *J Phys Educ.* [Internet]. 2017 [citado em 20 ago 2018]; 28:e2819. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jpe/v28/2448-2455-jpe-28-e2819.pdf>. DOI: 10.4025/jphyseduc.v28i1.2819
8. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajärinne L, Tulkki A. Índice de capacidade para o trabalho. São Carlos: EDUFSCAR; 2005.
9. Fernandes RCL, Rozenthal M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [Internet]. 2008 [citado em 03 fev 2020]; 30(3):192-200. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n3/v30n3a08.pdf>
10. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 [citado em 03 fev 2020]; 24(2):380–90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/16.pdf>
11. Ministério do Trabalho e Previdência Social (Brasil), DATAPREV. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília, DF: MTPS/DATAPREV; 2014.
12. Camarano AA, Kanso S. O que estão fazendo os jovens que não estudam, não trabalham e não procuram trabalho? *Merc Trab* [Internet]. 2012 [citado em 03 fev 2020]; 53:37-44. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3855/1/bmt53_nt03_jovens.pdf
13. Mazzonna F. The long lasting effects of education on old age health: evidence of gender differences. *Soc Sci Med.* [Internet]. 2014 [citado em 03 fev 2020]; 101:129-38. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24560233>. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.10.042
14. Ramos L, Aguas MFF, Furtado LMS. Participação feminina na força de trabalho metropolitano: o papel do status socioeconômico das famílias. *Econ Aplic.* [Internet]. 2011 [citado em 03 fev 2020]; 15(4):595-611. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ecoav15n4/04.pdf>
15. Queiroz VS, Orellana Aragón JA. Alocação de tempo em trabalho pelas mulheres brasileiras. *Estud Econ.* [Internet]. 2015 [citado em 03 fev 2020]; 45(4):787-819. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ee/v45n4/0101-4161-ee-45-04-0787.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-416145484vqj>
16. Brown GW, Harris T. Social origins of depression: a reply. *Psychol Med.* 1978; 8(4):577-88.
17. Senicato C, Lima MG, Barros MBA. Ser trabalhadora remunerada ou dona de casa associa-se à qualidade de vida relacionada à saúde? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016 [citado em 20 ago 2018]; 32(8):e00085415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00085415.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00085415>
18. Novellino MSF. Os estudos sobre feminização da pobreza e políticas públicas para mulheres. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais [Internet]; 2004; Caxambu. Caxambu, MG: ABEP; 2004 [citado em 03 fev 2020]. 12p. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1304/1268>

19. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Measurements of reported morbidity and interrelations with health dimensions. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2008 [citado em 03 fev 2020]; 42(1):8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/en_6088.pdf
20. General Assembly (United Nations). Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases [Internet]. New York; 2011 [citado em 03 fev 2020]. Disponível em: https://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf
21. Malta DC, Oliveira MM, Andrade SSCA, Caiaffa WT, Souza MFM, Bernal RTI. Factors associated with chronic back pain in adults in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado 20 ago 2018]; 51(Suppl 1):9s. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000052.pdf>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000052>
22. Gomes KRO, Tanaka ACA. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2003 [citado em 03 fev 2020]; 37(1):75-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13547.pdf>
23. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [citado em 03 fev 2020]; 377(9781):1949-61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658>. DOI: [10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
24. Kelleher CJ, Cardozo LD, Toozs-Hobson PM. Quality of life and urinary incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1995; 7:404-8.
25. Del'Arco APWT, Magalhães P, Quilici FA. SIM Brasil study - women's gastrointestinal health: gastrointestinal symptoms and impact on the Brazilian women quality of life. *Arq Gastroenterol*. [Internet]. 2017 [citado em 03 fev 2020]; 54(2):115-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ag/v54n2/1678-4219-ag-s000428032017000009.pdf>. DOI: [dx.doi.org/10.1590/S0004-2803.201700000-09](https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201700000-09)
26. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Couto AM, Gelati TR. Prevalência de sinais e sintomas digestórios em trabalhadoras rurais e fatores associados. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015 [citado em 03 fev 2020]; 28(5):460-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n5/1982-0194-ape-28-05-0460.pdf>. DOI: [http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500077](https://doi.org/10.1590/1982-0194201500077)
27. Mpofu JJ, Moura L, Farr SL, Malta DC, Iser BM, Ivata Bernal RT, et al. Associations between noncommunicable disease risk factors, race, education, and health insurance status among women of reproductive age in Brazil - 2011. *Prev Med Rep*. [Internet]. 2016 [citado em 03 fev 2020]; 3:333-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27419033>. DOI: [10.1016/j.pmedr.2016.03.015](https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.03.015)
28. Zambroni-de-Souza PC. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. *Psicol Estud*. [Internet]. 2006 [citado em 03 fev 2020]; 11(1):175-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a20.pdf>
29. Lima SCC. Trabalho doméstico: uma trajetória silenciosa de mulheres. Rio de Janeiro: Virtual Científica; 2003.
30. Dytz JLG, Lima MG, Rocha SMM. O modo de vida e a saúde mental de mulheres de baixa renda. *Saude Debate* [Internet]. 2003 [citado em 03 fev 2020]; 63:15-24. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3853/1/ARTIGO_ModoVidaSa%C3%BAdeMental.pdf
31. Inoue A, Kawakami N, Eguchi H, Tsutsumi A. Buffering effect of workplace social capital on the association of job in security with psychological distress in Japanese employees: a cross-sectional study. *J Occup Health* [Internet]. 2016 [citado em 03 fev 2020]; 58(5):460-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5356980/>. DOI: [10.1539/joh.16-0129-OA](https://doi.org/10.1539/joh.16-0129-OA)
32. Treas J, Lippe T, Chloe TT. The happy homemaker?: married women's well-being in cross-national perspective. *Social Forces* [Internet]. 2011 [citado em 03 fev 2020]; 90:111-32. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/254964997_The_Happy_Homemaker_Married_Women's_Well-Being_in_Cross-National_Perspective. DOI: [10.2307/41682634](https://doi.org/10.2307/41682634)
33. Butterworth P, Leach LS, Strazdins L, Olesen SC, Rodgers B, Broom DH. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household

- panel survey. Occup Environ Med. [Internet]. 2011 [citado em 03 fev 2020]; 68(11):806-12. Disponível em: <https://oem.bmjjournals.com/content/68/11/806>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2010.059030>
34. Gomes R. Editorial: Desafios da atenção à saúde integral da mulher. Ciênc Saude Coletiva [Internet]. 2011 [citado em 03 fev 2020]; 16(5):2358. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a01v16n5.pdf>