



Instituto Superior de Línguas e Administração

**QUALIDADE DE VIDA E STRESSE NA GÉNESE DE TRANSTORNOS
DE ANSIEDADE EM PLANTONISTAS DA FUNDAÇÃO DE
ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PERNAMBUCO, BRASIL**

Letícia Maria Costa de Sousa

**Leiria
2014**



Instituto Superior de Línguas e Administração

**QUALIDADE DE VIDA E STRESSE NA GÉNESE DE TRANSTORNOS
DE ANSIEDADE EM PLANTONISTAS DA FUNDAÇÃO DE
ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PERNAMBUCO, BRASIL**

Leticia Maria Costa de Sousa

Dissertação submetida para satisfação parcial dos requisitos
do grau de Mestre em Psicologia Social Organizacional
sob a orientação do Professor Dr. José Magalhães e co-orientação do Professor Doutor
Valdenilson Ribeiro Ribas

**Leiria
2014**



Instituto Superior de Línguas e Administração

QUALIDADE DE VIDA E STRESSE NA GÉNESE DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE EM PLANTONISTAS DA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PERNAMBUCO, BRASIL

Lécia Maria Costa de Sousa

**Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Administração e Línguas – ISLA, com
requisito parcial do título de Mestre em Psicologia Social e Organizacional.**

Aprovada em _____ de _____ de 2014

Composição do júri

Professor(a) Doutor(a)
- Presidente -

Professor(a) Doutora(a)
- Argüente -

Pofessor Doutor José Magalhães
- Orientador -

Professor Doutor Valdenilson Ribeiro Ribas
- Co-Orientador -

Tese de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor José Magalhães e a co-orientação do Professor Doutor Valdenilson Ribeiro Ribas, apresentada ao Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Social e Organizacional, conforme o Despacho n.º 23180/2008, de 10 de Setembro.

AGRADECIMENTOS

- Em especial ao meu bom Deus pelo dom da vida e pela presença constante em todos os momentos da minha caminhada e pela realização de mais um sonho.
- Aos meus pais (Luis Lourenço de Sousa e Maria Costa de Sousa), minha irmã (Luciene Costa de Sousa) e demais familiares pelas orações diárias e pelo apoio concedido em mais uma conquista importante na minha vida.
- Ao Ex-Diretor Presidente da FUNASE, Alberto Vinicius Melo do Nascimento e Elizabeth Viana (Ex-Diretora de Atendimento Socioeducativo), pela credibilidade e autorização para a realização deste trabalho.
- A Eutácio Borges, atual Diretor Presidente da FUNASE e Nadja Alencar, atual Diretora Geral de Política de Atendimento Socioeducativo da FUNASE pela confiança e oportunidades concedidas.
- Aos agentes socioeducativos da FUNASE, em especial aos que exercem atividade laborativa nos Centros de Atendimento Socioeducativo dos municípios de Abreu e Lima e Cabo de Santo Agostinho que aceitaram participar do estudo, bem como pela confiança depositada em meu trabalho e pelo compartilhar de aprendizagens.
- Ao Prof.Dr. José Magalhães (orientador) que foi muito mais que um orientador, um verdadeiro mestre, pelo apoio, sugestões, dedicação e constante presença, apesar da distância física.
- Ao Prof^o Dr. Valdenilson Ribas (co-orientador) pela luta, paciência e constante dedicação para a concretização deste estudo, pela escuta e abertura de caminhos quando estes se encontravam sem direcionamento eficaz.
- A Direção, Coordenação deste Curso de Especialização e ao ISLA/PT pela preocupação incessante na formação continuada de profissionais que atuam na área de Psicologia Social e Organizacional.
- A todas as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para construção deste trabalho.

Por meio do trabalho dominamos o meio. Há dispêndio de energia, ação sobre a natureza, produção, destruição e, portanto trabalho.

(Jean Paul Sartre)

RESUMO

As condições pessoais e profissionais vivenciadas por agentes socioeducativos, que atuam na socioeducação de adolescentes sob medida de internação parece intensificar o desenvolvimento de stresse e ansiedade. Essa função vai além da segurança, são envolvidos em um cenário de constante tensão. Este estudo avaliou a participação da qualidade de vida e os níveis de stresse na gênese de transtornos de ansiedade em plantonistas da FUNASE/PE, Brasil. Foram avaliados 40 agentes socioeducativos, sendo 20 diaristas e 20 plantonistas. Os sujeitos foram submetidos aos inventário de qualidade de vida (IQV), inventário de sintomas de stress em adultos de Lipp (ISSL) e o inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Os dados foram analisados pelo teste qui-quadrado, com $p < 0,05$, representados em tabelas contingenciais e expressos em percentuais. Este estudo constatou na avaliação da qualidade de vida que os plantonistas de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais de insucessos nos quadrantes relacionados à vida social, profissional e dos cuidados com a saúde. Em relação ao stresse, os plantonistas de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais de stresse, com predominância psicológica, situados na fase da resistência. No que se refere a ansiedade, os plantonistas de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais de ansiedade moderada. Todos esses resultados em comparação aos seus respectivos controles. Este estudo indica que a falta de investimento na qualidade de vida contribui para o desenvolvimento de sinais e sintomas de stresse, bem como da ansiedade. Assim requer que outros estudos possam ser desenvolvidos com perspectivas interventivas visando a ampliação do tema.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Estresse, Ansiedade.

ABSTRACT

Personal and professional conditions experienced by social educative agents, who work in adolescent's social education under internment measure seems to intensify the development of stress and anxiety. This function goes beyond the security, are involved in a scenario of constant tension. This study evaluated the life's quality participation and the stress's levels in the genesis of anxiety disorders in duty physicians of FUNASE/PE, Brazil. 40 social educative agents, being 20 laborers and 20 duty physicians were evaluated. The individuals were subjected to the life's quality inventory (QLI), inventory of symptoms of stress in adults Lipp (ISSL) and the Beck's Anxiety inventory (BAI). The data were analyzed by chi square test, with $p < 0,05$, represented in contingency tables and expressed in percentage. This study verified in the life's quality evaluation that duty physicians of both genders had higher percentages of failures in quadrants related to the social life, professional and healthcare. Regarding the stress, duty physicians of both genders had higher stress's percentage, with psychological predominance, located at the resistance's stage. Regarding anxiety, duty physicians of both sexes showed higher percentages of moderate anxiety. All these results compared to their respective controls. This study indicates that a lack of investment in the quality of life contributes to development of signs and symptoms of stress and anxiety. Thus requires further studies can be developed with interventional perspectives aiming to expand the theme.

Keys-words: Quality of Life; Stress; Anxiety.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	01
1 PERCURSOS TEÓRICOS DO ESTUDO	05
1.1 Breve histórico sobre o mundo do trabalho e pós-modernismo	05
2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA	08
2.1 Qualidade de vida pessoal	08
2.2 Qualidade de vida no trabalho	09
3 STRESSE	12
3.1 Fases do stresse (Selye x Lipp) e desencadeamento de sintomas físicos e psicológicos	12
3.2 O stresse em diferentes campos profissionais	16
4 ANSIEDADE	19
4.1 Ansiedade normal e patológica	19
4.2 Síndrome do pânico	20
4.3 Fobia Específica	21
4.4 Fobia Social	22
4.5 Transtorno de Estresse Pós-Traumático	23
4.6 Transtorno Obsessivo-compulsivo	24
4.7 Transtorno de Ansiedade Generalizada	25
5 AGENTE SOCIOEDUCATIVO	26
5.1 Competências Profissionais do Agente Socioeducativo	26
6 METODOLOGIA	29
6.1 Objetivo Geral	29
6.2 Objetivos Específicos	29
6.3 Sujeitos	29
6.4 A Instituição	30
6.5 Critérios metodológicos	31
6.5.1 Quanto a abordagem	31
6.5.2 Quanto ao nível de investigação	31
6.5.3 Quanto aos objetivos	31
6.5.4 Quanto aos procedimentos de coleta	32
6.5.5 Quanto as fontes	32
6.6 Local da avaliação	32
6.7 Grupos	32
6.8 Avaliações	33
6.8.1 Instrumentos utilizados	33
6.8.1.1 Inventário de Qualidade de Vida de Lipp e Rocha (IQV)	33
6.8.1.2 Inventário de Sintomas de Estresse em Adultos de Lipp (ISSL)	34
6.8.1.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	34
6.8.1.4 Tratamento Estatístico	35

7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	36
7.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PLANTONISTAS DA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PERNAMBUCO, BRASIL	36
7.1.1 Avaliação da Qualidade de Vida nos quadrantes social, afetivo, profissional e cuidados com a saúde	36
7.2 PRESENÇA DE STRESSE EM PLANTONISTAS DA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PERNAMBUCO, BRASIL	37
7.2.1 Presença de stresse	37
7.2.2 Predominância de sintomas físicos ou psicológicos	38
7.2.3 Fases do stresse	39
7.3 PRESENÇA DE ANSIEDADE EM PLANTONISTAS DA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PERNAMBUCO, BRASIL	40
8 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
9 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	46
REFERÊNCIAS	48
NETGRAFIA	53
ANEXOS	
A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	55
B: Inventário de Qualidade de Vida de Lipp e Rocha (IQV)	57
C: Inventário de Sintomas de Stress em Adultos de Lipp (ISSL)	59
D: Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Avaliação do insucesso da qualidade de vida no quesito nos quadrantes social, afetivo, profissional e cuidados com a saúde	36
Tabela 2 – Avaliação dos sujeitos quanto à presença ou não de stresse	37
Tabela 3 – Avaliação dos sujeitos quanto à predominância de sintomas físicos ou psicológicos	38
Tabela 4 – Avaliação dos sujeitos quanto às fases obtidas no Inventário de Sintomas de Stress em adultos de Lipp (ISSL)	39
Tabela 5 – Presença de Ansiedade	40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

FUNASE – Fundação de Atendimento Socioeducativo

ISLA/PT – Instituto de Línguas e Administração/Portugal

CASE – Centro de Atendimento Socioeducativo

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

TOC – Transtorno Obsessivo-Compulsivo

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ISSL – Inventário de Sintomas de Stress em Adultos de Lipp

BAI – Inventário de Ansiedade de BECK

QF – 36 – Inventário de Qualidade de Vida de Lipp e Rocha

CCT – Center for Cognitive Therapy

PE - Pernambuco

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa diz respeito a um estudo relacionado a qualidade de vida e ao stresse como fatores desencadeantes de transtornos de ansiedade em plantonistas da Fundação de Atendimento Socioeducativo/FUNASE com desempenho de funções nos Centros de Atendimento Socioeducativo/CASE's, localizados nos municípios de Abreu e Lima e Cabo de Santo Agostinho, considerando a inter-relação destas demandas com o trabalho desenvolvido.

O interesse por essa problemática de estudo surgiu a partir de prática acadêmica e posteriormente profissional que esta pesquisadora atuou como integrante da equipe de psicólogos da Unidade de Gestão de Pessoas – UNGEP e posteriormente em um dos Centros de Atendimento Socioeducativo da FUNASE, estas experiências abriram questionamentos referentes ao desencadeamento constante de adoecimentos de ordem psíquica em agentes socioeducativos, considerando o exercício do trabalho que desenvolvem. No entanto, as demandas mais pontuais eram evidenciadas nos Centros Socioeducativos situados nos municípios de Abreu e Lima e Cabo de Santo Agostinho devido a superlotação, atrelada a ociosidade dos internos, bem como da estrutura física inadequada contrariando os parâmetros previstos na legislação do Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA (Brasil,1990) e Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo/SINASE (Brasil, 2012), além de constante tensão no ambiente de trabalho.

Diante da problemática ora envolvida, hipoteticamente acredita-se que os plantonistas das unidades de atendimento pesquisadas (CASE/Abreu e Lima e CASE/Cabo de Santo Agostinho) apresentam sinais de ansiedade decorrentes de insucessos na qualidade de vida nos quadrantes profissional e nos cuidados com a saúde, bem como predominância de stresse no âmbito psicológico.

Nos tempos atuais, as exigências advindas do mundo do trabalho têm sido mais constantes. O novo milênio passa a demarcar neste ambiente de profundo impacto econômico dotado de uma visão pós-modernista e são inúmeros os desafios por parte dos trabalhadores, considerando a infinidade de estímulos geradores de stresse. Dessa forma, o stresse passa a fazer parte do cotidiano de diversas áreas de atuação, tais como: docência, saúde, social, gestão de pessoas, educação e segurança, assim como funcionários socioeducativos que

trabalham em instituições para adolescentes envolvidos e/ou autores de ato infracional, dentre outras (Albuquerque *et al.* 2010).

O pós-modernismo, constituindo-se já a partir de 1950 denota o período em que o homem foi tornando-se a cada dia mais vulnerável as novas transformações tendo que acompanhar ao ritmo desenfreado das inovações, como nos coloca Santos (2000: 08),

[...] nasce com a arquitetura e a computação nos anos 50. Toma corpo com a arte Pop nos anos 60. Cresce ao entrar pela filosofia, durante os anos 70, como crítica da cultura ocidental. E amadurece hoje, alastrando-se na moda, no cinema, na música e no cotidiano programado pela tecnociência (ciência mais tecnologia invadindo o cotidiano com desde alimentos processados até microcomputadores), sem que ninguém saiba se é decadência ou renascimento cultural.

Nesta instância, a partir dessas diversas modificações percebemos que foi desencadeado o processo de uma nova concepção de tempo que rescinde com o passado todas as possíveis ligações. Agora se torna visível a busca pelo lucro, imediatismo, a velocidade das leituras e informações e a heterogeneidade de opções atrelado a questão econômica. Diante disso, o que parece estar em jogo na atualidade, é a representação do *ter* e não do *ser*, como nos mostra Santos (*Ibid.*, p. 10, 11): “O homem pós-moderno já sabe que não existe céu nem sentido para a história, e assim se entrega ao prazer, ao consumo e ao individualismo”.

Nessa corrida para o lucro e para o consumo, muitas instituições são construídas visando o retorno financeiro imediato sem um planejamento adequado e os indivíduos que dela participam sofrem efeito da sua desorganização em forma de stresse que pode levar a doença e/ou a morte. Por outro lado, o stresse pode não advir do trabalho, mas também de uma desorganização afetiva ou social, que reunidos definem a qualidade de vida (Dolan, 2006).

De acordo com Dolan (2006) trabalhos eficientes e produtivos promovem qualidade de vida institucional, gerando assim satisfação nos âmbitos pessoais, familiares e sociais do trabalhador. A qualidade de vida apresenta estreita relação com o trabalho realizado, pois se entende que através desta, há repercussões importantes no equilíbrio emocional do indivíduo. Diante dos fatos, algumas profissões demandam tempo de serviço reduzido devido aos possíveis riscos ocupacionais, dos quais fazem parte contato direto com os agentes físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e mecânicos que no ambiente de trabalho, possam produzir danos à saúde (Camargo & Oliveira, 2004). A exemplo de tais atividades, podemos

destacar os metalúrgicos, pintores, eletricitários, vigilantes, funcionários da área de saúde que possibilitam contato com doenças infectocontagiosas, agentes penitenciários, dentre outras.

Semelhante em determinadas questões laborais junto ao agente penitenciário, definiu-se pela Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco/FUNASE, o cargo de agente socioeducativo. Entretanto, este indivíduo, apesar de sofrer o impacto ambiental, a própria atividade parece estar gerando, nestes profissionais, sensações de medo e ansiedade semelhantes aos estados de desconfortos provocados por stresse pós-traumático. Ademais, ainda não possuem os mesmos direitos trabalhistas que o agente penitenciário, uma vez que são admitidos através de seleção pública simplificada e possuem contrato de trabalho por tempo determinado com período máximo de 6 (seis) anos de permanência na instituição. Nestas condições, adotando os passos da pós-modernidade o trabalho passa a ser uma ação flexível, por ser central na vida da maioria dos sujeitos, colocando-os sob o risco do desemprego e do fracasso profissional (Silva & Bhiel, 2006).

Dessa forma, este trabalho tem por objetivo avaliar a participação da qualidade de vida e nível do stresse na gênese de transtornos de ansiedade em plantonistas da Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco, Brasil.

Para tanto, esta pesquisa foi desenvolvida em nove capítulos, enfatizando-se diferentes aspectos, com o objetivo de apresentar coerência e coesão aos fenômenos observados durante o processo investigativo.

No capítulo 1, foi realizado um breve percurso histórico sobre o mundo do trabalho, traçando um paralelo com as exigências do contexto pós-moderno.

No capítulo 2, há um destaque para qualidade de vida a nível pessoal e também relacionada ao trabalho;

O capítulo 3, é enfatizado as fases do stresse com apresentação dos sintomas físicos e psicológicos, bem como o stresse em diferentes campos profissionais.

O capítulo 4, aborda a ansiedade e sua sintomatologia com destaque para alguns transtornos, como: ansiedade normal e patológica, síndrome do pânico, fobia específica, fobia social, dentre outros.

O capítulo 5 faz uma breve abordagem sobre as competências profissionais do agente socioeducativo, público em destaque nesta pesquisa.

No capítulo 6, a metodologia, com ênfase geral dos procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa. No entanto, especificou detalhadamente os objetivos do estudo, os sujeitos envolvidos, a instituição, os critérios metodológicos, local da avaliação, a divisão dos grupos pesquisados, avaliações utilizadas e métodos estatísticos adequados.

Em apresentação dos resultados, capítulo 7, para uma melhor observação dos achados encontrados, tabelas contingenciais serão expostas em definição percentual sobre a avaliação do insucesso da qualidade de vida, presença ou não de stresse com predominância de sintomas físicos ou psicológicos e fases do stresse. Por fim a tabela que enfatiza a presença de ansiedade.

No capítulo 8, análise e discussão dos resultados, as inferências a respeito da pesquisa realizada, buscando refletir sobre a postura de vida dos agentes socioeducativos. Apresentamos ainda confrontação dos achados com outras pesquisas, com vistas a fundamentar o estudo.

Por fim, no capítulo 9, apresentamos a conclusão, recomendações e possíveis limitações, buscando responder aos questionamentos na presente pesquisa. Para tanto, deseja-se que, após a leitura do respectivo estudo, surjam interesses e contribuições para otimização de outras pesquisas relacionadas a saúde física e mental dos envolvidos.

PERCURSOS TEÓRICOS DO ESTUDO

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE O MUNDO DO TRABALHO E PÓS-MODERNISMO

Segundo Cunha (1987 *apud* Codo, 1994) etiológicamente ‘trabalho’ significa tortura, o termo foi derivado do latim *tripalium* (instrumento romano de tortura, uma espécie de tripé, composta por três paus cravados no chão que servia para torturar os escravos). Nesse sentido, trabalhar parece vincular o indivíduo ao sofrimento.

Na sua condição originária, o trabalho deriva de necessidades naturais (fome, sede, etc.), mas realiza-se na interação entre os homens ou entre os homens e a natureza. Assim o trabalho – e a forma de pensar sobre ele – seguirá as condições sócio-históricas em que cada pessoa vive (Borges & Yamamoto, 2004).

A contextualização do trabalho humano é concebida desde os primórdios da humanidade através das comunidades de caça e coleta 8.000 anos a.C. (Borges & Yamamoto, 2004). Inicialmente o homem trabalhava para consumo próprio, logo em seguida passou a trocar o que produzia em mercadorias, também para consumo, posteriormente provou da atividade escravista, baseado no uso da força de forma coercitiva, até chegar ao trabalho formal e no contrato de trabalho.

Nestes termos, o trabalho passou a ser designado como um ato ou ação do indivíduo esforçar-se, ocupar-se, exercer alguma atividade laboral, ou seja, ganhou uma nova conotação significativa desde a Antiguidade até o contexto atual (Dolan, 2006).

Para Ferreira (2001:679) o trabalho define-se como:

[...] aplicação de forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim. Atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento. Trabalho remunerado ou assalariado, serviço, emprego [...] lida, labuta.

Werner, Schonberg, Savtchenko *et al.* (1974 *apud* Codo 1994. p.87-88) também pontuam respectivamente sobre o trabalho como: “*desgaste de energia destinado a obter*

um objeto fora do homem”; “manifestação de uma força, a fim de criar algo útil”; “atividade racional do homem na produção de bens materiais e espirituais”.

Diante de tais definições, o trabalho na maioria das vezes encontra-se associado à questão do retorno financeiro. De um lado está presente o *valor de uso*, fabrica produtos para atender as necessidades humanas, e por outro lado o *valor de troca*, pagamento de salário. Eis a visão do trabalho sob a ótica do capitalismo, que defende trabalho duro acompanhado de sucesso econômico. Em contrapartida, surge criticando esta tendência à concepção marxista que considerava o capitalismo como uma ação que provoca no indivíduo alienação, monotonia, repetição, embrutecimento, submissão, humilhação e exploração. O ponto de vista marxista defendia um trabalho voltado para a produção da própria condição humana (Borges & Yamamoto, 2004).

Para o indivíduo, o trabalho apresenta variadas significações, pois é através dele que encontra espaço para desenvolver-se, constituir-se enquanto sujeito viabilizar a sobrevivência e a sua realização enquanto ser humano (Borges & Yamamoto, 2004).

De acordo com Ribeiro e Leda (2004), “a concepção de trabalho como fonte de identidade e auto-realização humana, foi constituída a partir do Renascimento”, acrescentam ainda que

[...] o trabalho passa a ser reconhecido como uma atividade central que ocupa de forma quase total o espaço de vida, na medida em que absorve a maior parte do tempo do indivíduo e em que é criado um novo espaço social para lhe dar o suporte necessário.

Dependendo do trabalho que o indivíduo realiza, se há prazer, também há uma ativação de mecanismos psicológicos no indivíduo os quais estimulam a sua produtividade, proporcionando equilíbrio tanto em sua vida profissional como pessoal. Dessa forma, o trabalho possibilita diferentes instâncias motivacionais e de satisfação na pessoa que o desempenha (Dolan, 2006).

Acompanhando esta linha de pensamento, Friedmann citado por Kanaane (1999: 17) diz que o trabalho assume para o indivíduo cinco facetas e/ou aspectos, são eles:

Aspecto técnico implica questões referentes ao lugar de trabalho e adaptação fisiológica e sociológica;

Aspecto fisiológico se refere ao grau de adaptação homem-lugar de trabalho-meio físico e ao problema da fadiga;

Aspecto moral, como atividade social humana, considerando especialmente as aptidões, as motivações, o grau de consciência, as satisfações e a relação íntima entre atividade de trabalho e personalidade;

Aspecto social considera as questões específicas do ambiente de trabalho e os fatores externos (família, sindicato, partido político, classe social, etc.);

Aspecto econômico, como fator de produção de riqueza, geralmente contraposto ao capital, e unido em sua função a outros fatores: organização propriedade, terra.

Dentro do campo pontuado anteriormente, percebemos que o trabalho é um reflexo da ação humana, porém exercida dentro do contexto social, o qual sofre inúmeras influências globalizantes. Dessa forma, possivelmente, o efeito dependerá da singularidade de cada pessoa que vivenciará cada aspecto (Ribas, 2009).

A crescente globalização acompanhada das inovações tecnológicas e econômicas tem demarcado significativas transformações no contexto laboral, exigindo do trabalhador produtividade efetiva em menor espaço de tempo, competição e adaptação as frequentes mudanças (Guimarães & Freire, 2004). Essa adaptação às inconstâncias do contexto pós-moderno tem possivelmente contribuído para o desencadeamento de sintomas ligados a sofrimentos psíquicos nos trabalhadores.

O exercício do trabalho pode contribuir tanto positivamente para a saúde mental com vivências prazerosas, como também significar sofrimento, iniciando-se com desencadeamento de doenças e sofrimentos nos âmbitos psicossocial, psicossomático ou psiquiátrico do sujeito (Fontes & Guimarães, 2004).

Por ser considerada uma ação tipicamente humana, o trabalho pode trazer prejuízos em diversos âmbitos, porém faz-se necessário valorar as instituições que preconizam políticas idôneas que adotem como fonte principal a dimensão humana pautada numa visão solidária (Somavia, 2004).

2 CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

2.1 Qualidade de vida pessoal

De acordo com Lipp (1996), após pesquisas realizadas no Brasil, foi constatado um significativo número de executivos que não usufruem de uma proveitosa qualidade de vida. Por qualidade de vida entende-se que é viver bem em pelo menos quatro áreas, são elas: *social, afetiva, profissional e saúde*. No entanto, para que a vivência da qualidade de vida seja efetivada faz-se necessário que o indivíduo tenha sucesso em todos esses aspectos.

O quadrante social envolve modo de relaciona-se de forma geral, festas, amigos, vizinhos, dentre outros. O afetivo destaca relacionamentos em geral, receber e dar afeto, valorar bons e pequenos episódios da vida, comunicabilidade, alegria para com os outros, etc. O profissional enfatiza competência, metas, reconhecimento, escolha da profissão, salário satisfatório, etc. O quadrante da saúde envolve cuidados básicos, como peso, ir regularmente ao dentista, dormir bem, fazer check-up regularmente, etc (Lipp, 1996).

Rodrigues & Limongi França (1992 *apud* Mello, 1992) enfatizam que o ser humano possui componentes biológicos, ecológicos e sócio-culturais determinados. E sua potencialidade física e psicossocial está intimamente ligada a situações que o envolve como membro de um grupo, de uma comunidade ou de um sistema sociocultural em geral e não apenas de fatores biológicos e/ou ecológicos.

Ter e manter uma vida saudável depende de vários fatores ligados à cultura, crença e valores, bem como das condições inerentes à comunidade de origem das pessoas. Portanto, não só aspectos culturais são destacados, mas considerações de que a saúde também está diretamente vinculada à forma como o indivíduo lida consigo mesmo, com a família e com a comunidade (Brasil, 2004). Dessa forma, adotar hábitos básicos de vida como uma alimentação balanceada, divisão de tarefas no trabalho, lazer e elencar prioridades, serão fatores demasiadamente saudáveis para o indivíduo.

Em linhas gerais, entende-se que a qualidade de vida está diretamente ligada ao estilo de vida, que muitas vezes, determinamos, escolhemos ou nos submetemos. É considerada

como um estado de bem-estar nos âmbitos físico, mental e social e não deve ser apenas ligada a ausência de adoecimentos. Deve ser considerada em seu contexto geral na vida dos indivíduos (Lipp & Tanganelli, 2002).

2.2 Qualidade de vida no trabalho - QVT

De acordo com Fernandes (1996 *apud* Detoni, 2001) os estudos precursores sobre QVT surgiram na Inglaterra na década de 50, momento em que Eric Trist juntamente com seus colaboradores passaram a delinear o trinômio: indivíduo – trabalho – organização, com vistas a transformar a vida dos trabalhadores em algo menos fatigante.

Corroborando com esse período, Robbins (2009) destaca que a década de 1950 foi entendida como uma época fértil no desenvolvimento de conceitos relacionados à motivação humana e suas concepções em relação ao trabalho, pelo menos três teorias específicas foram elaboradas, são elas: a hierarquia de necessidades (Abraham Maslow), as teorias X e Y (McGregor) e teoria de dois fatores (Herzberg).

Malow disserta que no interior de cada ser humano existe uma hierarquia de cinco necessidades, as fisiológicas, de segurança, sociais, estima e auto-realização. No entanto, a medida que cada necessidade vai sendo atendida, a próxima torna-se dominante. No que se refere a McGregor, destaca em sua teoria duas visões distintas do ser humano, a negativa, denominada de Teoria X e outra positiva, a chamada Teoria Y. A Teoria X pontua que os indivíduos não gostam de trabalhar, que evitam tal atividade e conseqüentemente responsabilidades, já a Teoria Y, diz que o trabalho é algo natural e que pode igualar-se a diversão, destacando o comprometimento do indivíduo. No que concerne a Teoria dos dois fatores de Herzberg, aponta que algumas características estão relacionadas a satisfação - fatores motivacionais e insatisfação - fatores higiênicos no trabalho (Gondim & Silva, 2004).

Para Chiavenato (2009), o contexto organizacional para atingir considerados níveis de qualidade e produtividade, faz-se necessário que as pessoas estejam motivadas e que sejam devidamente reconhecidas por sua cooperação no trabalho. Portanto se a qualidade do trabalho for insuficiente, o empregado desenvolverá alienação, descontentamento, declínio na produtividade e comportamentos inadequados como, absenteísmo, sabotagem, inserção em movimentos sindicais, dentre outros.

Na década de 1970, Louis Davis adotou formalmente termo Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), período que elaborava um plano gráfico sobre desenho de cargos. Para Davis, a QVT define-se como a preocupação com o bem-estar geral e a saúde dos trabalhadores no desenvolvimento de suas obrigações. Dessa forma, no conceito de QVT situa-se os aspectos físicos, ambientais e psicológicos do ambiente de trabalho (Chiavenato, 2009).

Com vistas ao estabelecimento de parâmetros relacionados à adaptação e melhores condições de trabalho, em 23/11/90, o Ministério do Trabalho e Previdência Social institui a Portaria nº 3.751, em, que firmou a Norma Regulamentadora nº 17 (NR-17) que aborda exclusivamente sobre a ergonomia. No entanto, esta norma objetiva pontuar condições que permitam melhorias na área de trabalho em relação a movimentos, manipulações, repetições, ritmo laboral, bem como adequação as condições psicofisiológicas dos trabalhadores, proporcionando-os, conforto, firmeza e eficiência em seu desempenho (Salles Rosa & Pilatli, 2006).

O atual contexto organizacional tem demandado desenfreada agilidade e produtividade por parte dos seus trabalhadores, possibilitando alto nível de competitividade. Porém é visível que o colaborador tem recebido maior atenção, sendo percebido como capital principal da empresa. Dessa forma, o novo constructo de gestão passa a considerá-lo como um ser dotado de desejos, necessidades e potencial e a partir daí observam a importância do enfoque na Qualidade de Vida no Trabalho - QVT (Galeano, 2010).

França (1997, *apud* Vasconcelos, 2001), considera a QVT como um conjunto das ações de uma empresa que envolve a inserção de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no local de trabalho. A introdução da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que o olhar multidimensional, empresa e pessoas, são observadas no seu contexto de totalidade.

Nessa mesma linha de pensamento Galeano (2010), disserta que na atualidade o enfoque da QVT está diretamente ligado ao aspecto biopsicossocial do sujeito, ou seja, este passa a ser entendido a partir da sua complexidade, valores pessoais e dinamismo, com ênfase a visão holística, a visão do todo.

Limongi e Albuquerque & França (1995; 1997 *apud* Vasconcelos, 2001), destacam as várias áreas que tem dado contribuições para a QVT frente aos novos paradigmas internos e externos das organizações, são elas: saúde, ecologia, ergonomia, psicologia, sociologia, economia, administração e engenharia. Essas ciências vêm atuando no enfoque de novas pesquisas e perspectivas de atuação satisfatória junto aos trabalhadores.

Para Vissani *et al* (2002), a QVT em uma perspectiva mais abrangente envolve diversos aspectos como: remuneração, proporção e igualdade ou justiça interna ou externa a organização, qualidade de saúde e segurança no trabalho, perspectivas para demonstrar e desenvolver sua capacidade e crescimento profissional, estar seguro no emprego, integrar-se socialmente local de trabalho, ser valorizado enquanto cidadão, visão e/ou influência do trabalho em outros âmbitos da vida do trabalhador, como por exemplo, vivências familiares e a importância da vida social do trabalhador.

De acordo com Chiavenato (2009) a QVT possui uma visão sistêmica que aproxima as características individuais e organizacionais. Para ele, o modelo de QVT desenvolvido por Walton é um dos mais criteriosos.

Walton foi precursor em pesquisas sobre critérios e conceitos da QVT, apresentando-os como forma de construção de um ambiente organizacional mais humanizado, com condições propícias, oportunidades e desenvolvimento de capacidades. Desta feita, os colaboradores passam a receber autonomia e responsabilidade, ações importantes ao seu próprio desenvolvimento pessoal (Galeano, 2010).

Contudo, entende-se que a competitividade presente no mundo pós-moderno tem exigido muito do colaborador e demandado qualidade nos serviços. Para tanto, faz-se necessário adotar programas que visem o bem-estar, bem como ações de cunho educativo e profilático voltadas para melhoria da saúde e do estilo de vida dos trabalhadores (Chiavenato, 2009).

3 STRESSE

3.1 Fases do stresse (Selye x Lipp) e desencadeamento de sintomas físicos e psicológicos

Há algumas décadas atrás a palavra stresse passou a fazer parte do cotidiano de muitas pessoas. A crescente vulgarização do termo fez com que passassem a utilizá-lo em qualquer situação e de forma distorcida, desde a uma rotina simples de trabalho a uma situação dotada de complexidade em maiores proporções (Lipp, 2010).

O termo stresse, conforme o que tem sido explicado advém do campo de conhecimento da física, sendo considerado como o grau de desgaste que um determinado material sofre quando exposto a um esforço (Limongi & Rodrigues, 2011).

Lazarus & Folkman (1984 *apud* Moraes, 2010) consideram o stresse como qualquer eventualidade que provoque ameaça ou mesmo seja percebida como possível ameaça a zona de conforto do indivíduo e que afete a sua capacidade de adaptação.

Em seres humanos, os estudos sobre o estresse foram iniciados em 1930 por Hans Selye. Como pioneiro da fisiologia do stresse,

[...] estudou a reação de ratos de laboratório a estressores físicos, como calor, frio e exercícios físicos, bem como sua reação a agentes químicos, como hormônios e esteroides injetados [...] observou que, seja qual for o estressor usado, a reação do animal era sempre a mesma, isto é, inespecífica. Isso o levou a definir o estresse como: reação inespecífica a todos os estímulos". (Dolan, 2006:33-34).

De acordo com Selye, a explicação para a ocorrência do estado de stresse é biológica e diz respeito à necessidade de adaptação ou ajustamento do organismo frente às pressões do meio com as quais este se depara. Adotando os achados do seu experimento formulou uma teoria da reação inespecífica, definindo-a posteriormente como Síndrome de Adaptação (Codo, Soratto & Vasques-Menezes, 2004).

Em 1956 Selye, a partir de seus estudos, propôs que a síndrome de adaptação gerada no organismo em função do stresse manifesta-se a partir de uma tríade, são eles: *Alerta*,

Resistência e Exaustão. A fase de *Alerta* o organismo prepara-se para reagir frente ao agente stressor, porém é entendido como essencial para a preservação da vida. A sintomatologia presente neste estágio refere-se a uma ação estruturante para o desenvolvimento do organismo. A *Resistência* ocorre quando o organismo tenta adaptar-se e/ou amenizar a situação stressante, em virtude de sua tendência a buscar o equilíbrio interno. Nessa fase, as reações são diferentes àquelas que surgem na primeira, pois a sintomatologia já dar lugar a sensação de cansaço persistente acompanhado de desgaste. Na *Exaustão* o organismo consome todos os recursos referentes à sua reserva de energia adaptativa, trazendo consequências consideravelmente negativas, como doenças sérias e inclusive a morte (Lipp, 2010).

Para Codo, Soratto & Vasques-Menezes (2004) as duas primeiras fases estariam situadas no âmbito da normalidade a todo ser humano em seu desenvolvimento ao longo da vida. Fases estas, que fazem parte do constante ajustamento da pessoa frente às demandas existenciais do cotidiano. No entanto, entende-se que “ninguém pode viver sem nenhum grau de estresse, porque qualquer atividade e qualquer emoção são capazes de provocá-lo” (*Ibid.*, 282).

A terceira fase estaria ligada ao esgotamento das reservas do organismo, na qual a pessoa consome todas as suas energias e vai perdendo progressivamente a capacidade de reativá-la. É uma fase marcada por intensas reações fisiológicas, psicológicas e interpessoais (Dolan, 2006).

Selye também descreveu outros tipos de stresse associados a reações hormonais em seres humanos, denominando-os de *Eustresse* (eu = bom, em grego) e *distresse* (dis = mal, em grego). O *Eustresse* é entendido como estresse positivo que motiva a sobrevivência, ou seja, são vitais ao funcionamento e desenvolvimento pessoal. O *distresse*, ao contrário, é o stresse negativo que reprime e apresenta sentimento de menos valia acompanhados de possíveis reações além dos limites racionais (Dolan, 2006).

Outro modelo do stresse foi proposto no ano de 2000, o quadrifásico, quando da elaboração e padronização do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos por Marilda Emmanuel Novaes Lipp. A autora adotou como base o ponto de vista clínico e estatístico. A partir deste estudo, Lipp identificou uma quarta fase, a qual denominou que quase-exaustão, por situar-se entre a fase de resistência e a da exaustão, que se caracteriza por um

enfraquecimento da pessoa que não está mais conseguindo reagir ou adaptar-se ao estressor, ou seja, está se exaurindo frente a situação. Até então nenhum estudo, ou pesquisa havia sido proposto para avaliar o modelo trifásico de Selye (Lipp, 2010)

O modelo quadrifásico proposto foi desenvolvido a partir do modelo trifásico de Selye, passando o processo de stresse, de acordo com Lipp (2010), a se desenvolver da em 4 (quatro) fases, são elas: a fase de *alerta*, o sistema auto-regulatório do organismo percebe uma ameaça ou desafio a ser enfrentado. Há uma quebra no equilíbrio, na harmonia interior, e assim, é acionado mecanismos de enfrentamento da situação ameaçadora. Na fase de *resistência* há uma busca pelo reequilíbrio do organismo e um desprendimento considerável de energia, podendo acarretar sensação de desgaste com sinais de falta de memória acompanhada de outras consequências sintomáticas. A fase de *quase-exaustão* as defesas do organismo demonstram-se comprometidas. O indivíduo não mais consegue resistir às tensões e reestabelecer o equilíbrio interior, podendo oscilar entre momentos de bem-estar e momentos de fadiga e desconforto. Algumas doenças começam a aparecer na tentativa de mostrar a ineficácia da resistência. A última fase, de *exaustão* caracteriza-se pela quebra total de resistência, sendo comum o aparecimento de exaustão psicológica, física e aparecimento de doenças. A morte pode emergir como resultado final dependendo do agravamento da situação.

O stresse pode emergir no sujeito sob duas vertentes, ou seja, a nível físico e/ou psicológico. Em *nível físico*, os sinais e sintomas que ocorrem com maior frequência são: aparecimento de problemas dermatológicos, aumento da sudorese, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, sensação de desgaste físico constante, diarreia passageira, aperto da mandíbula e ranger de dentes, mãos e pés frios, náuseas, dentre outros. Em nível *psicológico* os principais sintomas aparentes são: apatia, ansiedade, tensão, angústia, insônia, pesadelos, vontade de fugir de tudo, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, inabilidade de concentrar-se em outros assuntos que não o relacionado ao stressor, perda do senso de humor, dificuldades de relaxar, tédio, ira, depressão e hipersensibilidade emotiva (Lipp, 2000).

Melo (2003) ainda nos apresenta uma terceira vertente de sinais aparentes que seriam os sintomas psicossomáticos associados, tais como: frequentes dores de cabeça, enrijecimento musculares, hipertensão arterial, dentre outros. A questão laboral do sujeito também passa a

sofrer comprometimento, pois o absenteísmo ao trabalho passa a ser frequente, além do possível consumo desenfreado de tabaco, álcool, fármacos, entre outros.

Nesse sentido, considera-se que cada pessoa apresenta diferentes apreensões sobre o agente stressor, ou seja, vai depender dos valores subjetivos de cada sujeito. Contudo, o que é considerado um agente stressor para uma pessoa, pode não ser para outra (Guerra-Ribas, 2009). Dessa forma, a variação do stressse poderá depender da intensidade dos estímulos, formas de enfrentamento/defesa e sintomatologia apresentada.

Vale ressaltar que diante da variedade de papéis apresentadas homens e mulheres não só diferenciam-se nas características biológicas, mas também no desempenho demandado pelo contexto social no que se refere ao stressse, pois a interação entre papéis sociais e eventos negativos da vida podem produzir diferentes respostas e formas de enfrentamento ao stressse. Nessa perspectiva, as mulheres parecem estar mais vulneráveis a condição de stressse, considerando a sua condição biológica como a tensão pré-menstrual, gravidez, menopausa, alterações hormonais (Tanganelli, 2010), bem como os papéis culturais que lhes são impostos, porém estas apresentam estratégias específicas e diferenciadas de enfrentamento quando comparadas aos homens (Calais, 2010). Ao gênero feminino estão ainda associadas costumeiramente matrimônio, demandas ocupacionais, filhos e atividades domésticas.

Dentre as diferenças biológicas vivenciadas pela mulher há um destaque para o climatério, onde também está inserido a menopausa com suspensão involuntária e definitiva da menstruação. Período devidamente reconhecido como o declínio da função reprodutiva na mulher, o qual na maioria das vezes desencadeia mudanças físicas e biológicas acompanhadas de alterações emocionais. A última menstruação também se dá neste período (Fonseca, 1999).

O climatério é dividido em três períodos interligados, a pré-menopausa, a perimenopausa e a pós-menopausa. A pré-menopausa é o curso inicial que atinge mulheres entre os 40 e 50 anos de vida e caracteriza-se por evidente desregulação hormonal. A perimenopausa situado entre os 45 e 51 anos de vida, os sintomas característicos são os mesmos, porém com intensificação das alterações sob o ponto de vista hormonal, apresentando fogachos repentinos pelo corpo, sudorese diurna e/ou noturna. Sob o ponto de vista psicológico apresentam como sintomatologia ansiedade, irritabilidade, diminuição da libido, dentre outros. A pós-menopausa dá-se entre 50 e 65 anos e caracteriza-se por mudanças significativas no aspecto físico da mulher, autoimagem, e que podem potencializar

desordens de cunho emocional. (Lorenzi *et al.*, 2008 & Fonseca, 1999). Contudo, vale ressaltar que o climatério possui diferentes significados para cada mulher. A idade de cada período ora mencionado pode sofrer variações de acordo com as questões individuais, onde é importante considerar a vivência biopsicossocial da mulher (Aderne & Araújo, 2007).

Lorenzi *et al.* (2008) realizaram um estudo qualitativo em 30 mulheres pós-menopáusicas. A entrevista foi conduzida a partir da pergunta: *Como foi a menopausa para você?* As queixas mais comuns encontradas na pesquisa foram os calores excessivos, atrofiamento da área urogenital e mudanças no contexto sexual, desencadeamento de situações ansiosas e de irritabilidade excessiva. As situações mais evidenciadas da fase foram ligadas as “perdas” decorrentes do sentimento de inutilidade em função de aposentadorias, independência dos filhos, viuvez, perfeição do corpo, dentre outras.

3.2 O stresse em diferentes campos profissionais

Muitas pesquisas relacionadas ao fenômeno do stresse têm identificado as possíveis consequências no funcionamento biopsicossocial do indivíduo e os seus efeitos negativos quando se refere ao nível ocupacional. Há profissões que demandam o desencadeamento de situações mais stressantes, conforme sua peculiaridade de atuação, eis algumas delas: professores (Albuquerque *et al.* 2010), profissionais de saúde (Silva & Gomes, 2009, Stacciarini & Tróccoli, 2001), trabalhadores bancários (Koltermann, 2005; Viana *et al.*, 2010), magistrados da justiça (Lipp & Tanganelli, 2002) controladores de tráfego aéreo (Ribas, 2009; Ribas *et al.*, 2011), trabalhadores de segurança pública (Diwana *et al.*, 2008; Filho, 2010; Tschiedel, 2012), dentre outros.

De acordo com Kyriacow e Sutckiffe (1981 *apud* Lipp & Tanganelli 2002) o stresse originado no ambiente de trabalho apresentam quadros agravantes quando as responsabilidades a serem executadas pelo sujeito são maiores do que as possibilidades de autonomia e controle sobre os acontecimentos.

Cobranças tecnológicas do movimento pós-moderno também se enquadram nesta perspectiva. Dessa forma, podem emergir estágios precários na saúde do indivíduo atrelados a sintomas significativos. A evidente incongruência entre a capacidade de adaptação e à

velocidade das mudanças, possibilitam situações conflituosas e de desequilíbrio, instalando-se assim, a sintomatologia do stresse (Goulart Junior & Lipp, 2008).

Frente ao contexto subentende-se que o stresse passa a ser um fenômeno que também advém da industrialização e tecnologia que produz uma acentuada redução na produtividade, doenças, constantes absenteísmos e possíveis comprometimentos a qualidade de vida do sujeito (Duhault, 2002 *apud* Ávila 2010).

No que se refere à demanda de stresse em professores há demasiados estudos sobre essa classe laboral, considerando reconhecidamente que a docência é uma profissão stressante. Em sua rotina de trabalho o profissional da educação enfrenta inúmeras variáveis, podendo contribuir para uma desordem de sua saúde física e mental, possibilitando-o a desenvolver o processo de stresse. Vale ainda ressaltar o grau de responsabilidade deste no exercício de sua profissão ainda atrelada, muitas vezes, a falta de recursos e violências nas instituições escolares (Goulart Junior & Lipp, 2008).

Em pesquisa realizada, sobre o stresse, com 143 professores que lecionam na esfera municipal, observou-se que há prevalência entre profissionais do gênero feminino. Da sintomatologia apresentada, a predominância foi psicológica. Dentre os sintomas mais encontrados, destacaram-se, irritabilidade sem causa aparente, ansiedade, tensão muscular, dentre outros. (Albuquerque *et al.* 2010).

Profissionais de saúde também são acometidos pelo fenômeno do stresse. Em uma pesquisa direcionada para enfermeiros apontam como fatores stressantes as condições e sobrecargas de trabalho, falta de recursos, questão salarial e exigências relacionadas à própria atividade. (Stacciarini & Tróccoli, 2001).

De acordo com Silva & Gomes (2009), deve-se considerar a especificidade dos serviços prestados por essa categoria, pois a eficácia, eficiência e qualidade dos seus trabalhos desdobram fortes impactos no atendimento e saúde dos pacientes. Dos achados por estes pesquisadores, destacam-se o excesso de trabalho, a baixa remuneração obtida, instabilidade profissional por parte dos profissionais temporários, horários rotativos, falta de reconhecimento profissional, dentre outros.

No ramo bancário o stresse aparece também de forma acentuada. Em estudo realizado com 502 bancários de estabelecimentos público e privado denota-se alta prevalência de stresse, considerando que o trabalho resulta em significativa exigência de atividade cognitiva e mental (Koltermann, 2005).

Viana *et al.* (2010) consideram a atividade física como uma possível ferramenta para uma saúde mais positiva dos trabalhadores bancários, bem como valorização de programas que ofereçam uma qualidade de vida mais saudável.

Lipp & Tanganelli (2002) investigaram através do Inventário de Sintomas de Stress (ISSL), 75 profissionais que atuam no exercício da magistratura no âmbito da Justiça do Trabalho. Os resultados demonstraram que 71% dos pesquisados apresentaram sintomas de stresse. Da sintomatologia mais evidenciada destacaram-se sensação de desgaste físico e tensão muscular. Vale ressaltar que o quantitativo de juízas com stresse foi significativamente maior que os colegas do gênero oposto, pois a qualidade de vida destas estava prejudicada em vários de seus aspectos.

Tráfego aéreo tem sido uma área preocupante no que se refere ao desencadeamento do stresse. Um estudo elaborado por Ribas (2011; 2009) nos apresenta esse cenário como espaço de constante de tensão, além da necessidade de não errar em serviço, bem como frente à cognição, por vezes, imperfeita dos seres humanos. O significativo aumento número de aeronaves, a velocidade destes aviões e da tecnologia informatizada também tem se tornado ponto de discussões e estudos (Araújo, 2000 *apud* Ribas, 2009). O referido estudo constatou que os controladores de tráfego aéreo do centro de controle de área do Recife, com mais de dez anos no desempenho da profissão, apresentaram estresse com ênfase para os sintomas psicológicos na fase de resistência.

A segurança pública também tem se apresentado como área favorável ao desenvolvimento de stresse aos seus trabalhadores. De acordo com Filho (2010), são profissionais submersos em ambientes conflituosos entre a margem da criminalidade e marginalidade.

Gonçalo *et al* (2010 *apud* Filho, 2010), destaca que as atividades desenvolvidas por profissionais que atuam em instituições prisionais são demasiadamente estressantes,

considerando o trabalho de plantão por turnos, sobrecarga de tarefas, bem como por estar inserido em local de tensão e de risco para a própria vida e para a vida de outrem.

O ambiente também, por vezes, é receptor de doenças ligadas à sujeira, tais como: escabioses, leptospirose, micoses, infecções bacterianas, dentre outras. A superpopulação e a estrutura física não favorecem as melhores condições de higiene individual e coletiva (Diuana *et al.*, 2008).

O cotidiano de trabalho destes profissionais é marcado pela imprevisibilidade, possibilitando o desenvolvimento de stress atrelado a adoecimento físico e/ou psíquico (Tschiedel, 2012). Para tanto, faz-se necessário a adoção de estratégias laborais de promoção da saúde para estes profissionais, visando minimizar o surgimento também de sintomas ligados à ansiedade.

4 ANSIEDADE

4.1 Ansiedade normal e patológica

O transtorno de ansiedade é entendido como uma condição emocional que possibilita ameaçar o estado de bem-estar do indivíduo, com evidência para os acontecimentos futuros. Ferreira (2001, p. 46) nos aponta que a ansiedade poderá aparecer acompanhada de “alterações somáticas (cardíacas, respiratórias, etc) e em que se provém de situações desagradáveis, reais ou não”.

Nesta mesma ação de pensamento, Silva (2011) pontua que o estado ansioso é uma situação não desejada, aparece acompanhado por manifestações orgânicas, tais como taquicardia, sudorese, dificuldade respiratória, pés e mãos frios, etc. Ainda destaca a diferença entre *ser* e *estar* ansioso. O *ser* ansioso vai além do *estar*, pois há uma vivência constante em estado de tensão, preocupação excessiva, agitação e aflição.

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (OMS, 1993) dentre os sintomas ansiosos mais persistentes, estão os sentimentos

contínuos de nervosismo, tremores, tensão muscular, sudorese, palpitações, tonturas, dentre outros.

Nesta instância, a forma e a intensidade de se apresentar dependerão das condições emocionais de cada indivíduo. Portanto há pessoas que apresentam atitudes tranquilas diante de situações que gerem perigo ou ameaça, enquanto que outras podem utilizar-se de atitudes exageradas frente à mesma situação (Silva, 2011).

De acordo com Castillo *et al.* (2000), a diferenciação entre ansiedade normal e patológica está basicamente na avaliação se a reação ansiosa é de curta duração, se é limitada pela própria pessoa e se relacionada ao estímulo do momento ou não.

D'el Rey (2005), pontua que a ansiedade considera-se patológica quando não existe um objeto específico que desencadeou a situação ou quando este se apresenta desproporcional a crise.

Dessa forma, a ansiedade patológica passa a ser identificada quando o indivíduo passa a sentir os sintomas sem o estímulo preciso, isto é, a pessoa apresenta ansiedade sem um motivo aparente. A sintomatologia varia desde palpitações e sudorese até aperto no peito, podendo causar grandes prejuízos funcionais. A problemática é definida quando o sofrimento provocado em função da ansiedade desencadear prejuízos à pessoa em função dos comportamentos de fuga e recusa a participar de situações importantes da vida, seja acadêmica, social e/ou profissional (Andrade & Gorestein, 1998).

4.2 Síndrome do pânico

O medo, cotidianamente, trata-se de um tema que marca e perpassa sutilmente a vida coletiva e individual, que conseqüentemente poderá suscitar mudanças de comportamentos e hábitos mentais, desencadeando a tão famosa síndrome do pânico (El Mann, 2013).

O pânico é caracterizado por um sentimento repentino de profundo terror, considerados como aspectos recorrentes de ansiedade grave e que acontece de forma imprevisível. Os sintomas podem sofrer variações de pessoa para pessoa. As crises duram

minutos, podendo por vezes prolongar-se por mais tempo. Dos sintomas mais evidentes, destacam-se: fortes palpitações, aperto no peito, vertigens, irrealidade ou despersonalização, calafrios (OMS, 1993).

De acordo com Silva (2011), pessoas diagnosticadas com transtorno do pânico apresentam ansiedade antecipatória com um terror excessivo de terem um novo ataque e os desdobramentos frente a esta possível crise. Há “pensamentos automáticos” ou imagens que se fazem presente na vida destes, como o medo de ter um ataque cardíaco, de ficar louco, de desmaiar, de morrer, etc.

Santos (2003) aponta o pânico como um mal contemporâneo que pode ser percebido em várias dimensões, inclusive como ameaça imaginária incontrolável constituído a partir de uma experiência subjetiva do medo atualmente. A manifestação dá-se no corpo através de sofrimentos, descontroles e ameaças, desencadeando desordens no âmbito psíquico, moral, social e orgânico.

Neste mesmo curso de pensamento, Silva (2011) disserta que o sujeito acometido por transtorno do pânico pode apresentar evidentes prejuízos em diferentes âmbitos da sua vida, tais como: financeiro/profissional, social e familiar. Portanto, o tratamento medicamentoso e psicoterápico deve fazer parte do cotidiano deste, com vistas a fortalecer a sua reconstrução pessoal, emocional, etc.

4.3 Fobia Específica

São fobias que geralmente surgem na infância ou no início da vida adulta e demandam tratamento. Aparecem relacionadas a situações restritas e específicas como proximidades de determinada altura, dentista, escuridão, espaços fechados, visão de sangue, dentre outras. Vale ressaltar que a ansiedade é restrita e isolada a presença do objeto ou situação fóbica determinada, considerando que a situação tende a ser evitada pelo indivíduo sempre que possível (OMS, 1993).

Dessa forma, trata-se de um transtorno que, na maioria das vezes, o medo é antecipado a situação a ser vivenciada, podendo apresentar-se “acentuado e persistente, excessivo ou irracional”. Costumeiramente esse tipo de fobia pode ser suportado pelo indivíduo, porém com excessiva crise ansiosa (Granado *et al.*, 2005).

Em pesquisa realizada com 103 pacientes tratados em ambulatório foi constatado que a fobia específica atinge em maior proporção as mulheres e que comumente o transtorno não é reconhecido inicialmente, inviabilizando assim um tratamento adequado. Considerando que o destaque fica apenas focado nas comorbidades apresentadas, sendo mais frequente na amostra a depressão, que apareceu em 15,6%. Entre os pacientes que apresentavam diagnóstico desta fobia, cerca de um terço apresentou antecedentes familiares do mesmo transtorno (Terra *et al.*, 2007).

4.4 Fobia Social

Frequentemente a fobia social inicia-se na adolescência e está voltada para um medo de exposição a outras pessoas em grupos relativamente pequenos, há uma oposição significativa a situações de ordem social, apresentando quando na presença destas, rubor facial, tremores das mãos, náuseas, dentre outras. Se comparada a outros tipos de fobias, a sintomatologia é igual para homens e mulheres, assim pode apresentar-se delimitada e restrita. Geralmente é vinculada a baixa autoestima e o medo excessivo de receber críticas, considerando que dependendo do contexto, há possibilidade de progredir para ataques de pânico ou resultar em isolamento social extremo (OMS, 1993).

Nesta mesma linha de pensamento, Angélico *et al.* (2006) disserta que esta fobia tem se apresentado com intensidade de problemas ligados a saúde mental, considerando a sua evidente prevalência frente as dificuldade inerentes as interações sociais. A manifestação dos sintomas dar-se a partir de um medo irracional e persistente de exposição a humilhações e situações embaraçosas que possibilitem reprovações por parte dos outros.

Em pesquisa realizada por Bittencourt *et al.* (2005) foi percebida a relação direta entre a fobia social com o uso do álcool, pois muitas vezes o uso do álcool é investido como automedicação, considerando que o indivíduo a partir do uso acredita estar dirimindo a sua

ansiedade e o seu medo e assim melhorando o seu desempenho social. Outro dado importante encontrado neste estudo foi de participantes que relataram aumento significativo dos sintomas fóbicos após um período de sete dias de abstinência. Dessa forma, o álcool possivelmente age como suporte encorajador para tomada de decisões e adequação social.

O diagnóstico diferencial deve ser bem elaborado, pois comorbidades também encontram-se presentes neste contexto. Faz-se necessário que as situações sociais e de desempenho estejam concretizadas, possibilitando evitar fazer o diagnóstico de fobia social em pessoas que apresentam outros tipos de transtornos de ansiedade (Barros Neto, 2000).

4.5 Transtorno de Stresse Pós-Traumático

De acordo com Nardi *et al* (1998 *apud* Malagris 2010), o contexto histórico desse transtorno foi originado nas guerras, pois muitos combatentes retornavam aos seus lares apresentando adoecimentos até então desconhecidos, considerando que a sintomatologia outrora apresentada possui forte relação com o que na atualidade denomina-se de transtorno de stresse pós-traumático.

O Transtorno de stresse pós-traumático surge tardiamente após um evento que possibilite o indivíduo ter vivenciado uma situação stressante de natureza ameaçadora ou catastrófica e que causa angústia significativa em grande parte destas, como por exemplo, ter vivenciado desastres naturais, acidente grave, testemunhar ou ser vítima de violência, etc. A sintomatologia inclui lembranças constantes do trauma através de *flashbacks*, sensibilidade emocional afetada, medo excessivo do trauma original, hipervigilância, insônia, dentre outros (OMS, 1993).

De acordo com Malagris (2010), o indivíduo que apresenta esse transtorno tem seu funcionamento cognitivo significativamente afetado, pois há uma interligação expressiva entre stresse e memória.

A memória, atenção e funções executivas são devidamente prejudicadas pelo transtorno de stresse pós-traumático. Portanto, tais sofrimentos são considerados aspectos relevantes para uma intervenção eficaz junto ao paciente (Kristensen *et al.*, 2006).

O tratamento para o transtorno de stresse pós-traumático na maioria das vezes demanda fármacos concomitantes a psicoterapia, porém vale ressaltar a importância das diferenças subjetivas, bem como a forma de enfrentamento de cada pessoa frente a problemática, incluindo valores, habilidades e crenças (Malagris, 2010).

4.6 Transtorno Obsessivo-compulsivo

A característica principal do transtorno obsessivo-compulsivo/TOC são os pensamentos obsessivos ou compulsivos recorrentes. Os pensamentos obsessivos apresentam-se de forma estereotipada, involuntária e angustiante. A sintomatologia é idêntica para homens e mulheres, variam apenas na subjetividade, ou seja, na personalidade de base. Costumeiramente inicia-se na infância ou no princípio da vida adulta (OMS, 1993).

Em linhas gerais, o TOC, acomete cerca de 2,5% da população. Por vezes é considerado um transtorno mental grave, considerando a sintomatologia incapacitante para a realização de ações cotidianas. Até estudos atuais, as causas do TOC ainda não são bem esclarecidas devido a heterogeneidade dos sintomas (Cordioli, 2008).

Dentre os sintomas mais comuns, estão às obsessões de contaminação, obsessões sexuais e somáticas e compulsões de lavagem, contagem, ordem e simetria (Couto *et al.*, 2010).

Para Katschnig (2006 apud Torresan *et al* 2008), o TOC é entendido como um aspecto originado a partir de várias dimensões, que repercute o bem-estar biopsicossocial dos sujeitos envolvidos e que muitas vezes possibilita o atraso no diagnóstico.

O tratamento, na maioria das vezes, acontece de forma tardia, tendo em vista que o paciente sente vergonha, desmoralização e excessivo sofrimento frente à sintomatologia

apresentada. A incapacidade de mudar o seu comportamento, além do conhecimento de suas próprias limitações possibilitam não revelar os sintomas (Torres e Smaira, 2001, *apud* Torresan *et al* 2008).

A família tende, por vezes, a acomodar-se aos rituais e solicitações incomuns do paciente com TOC. Sentimentos de piedade, receio, fúria e irritação passam a fazer parte do cotidiano familiar (Stengler-Wenzke *et al.* 2004 *apud* Torresan *et al* 2008).

Um dos tratamentos propostos que tem respondido ao TOC é a terapia cognitivo-comportamental (TCC) que, atualmente, é considerada um tratamento eficaz para os sintomas obsessivos e compulsivos (Cordioli, 2008).

4.7 Transtorno de Ansiedade Generalizada

A particularidade dessa tipologia de transtorno é a ansiedade que persiste de forma generalizada. A sintomatologia apresenta-se de forma variável, as queixas mais comuns são nervosismo, agitação motora, rigidez muscular, transpiração, sensação de cabeça leve, palpitações, vertigens e incômodo epigástrico. É mais comum em mulheres e está ligado a questões ambientais de ordem crônica, como o estresse (OMS, 1993).

De acordo com D'el Rey (2005) é comum pessoas com esse transtorno externarem viver com os “nevros a flor da pele”, pois apresentam uma diversidade de pensamentos catastróficos acompanhados de uma infinidade de distorções em relação aos acontecimentos normais da vida.

Para Andreatini *et al* (2001) o transtorno de ansiedade generalizada está na atualidade entre os transtornos da ansiedade mais encontrados em consultórios. Mesmo considerado inicialmente como transtorno leve, no momento atual já se avalia esse transtorno como uma doença crônica.

Dentre as causas, ainda não há clareza para a ciência do transtorno de ansiedade generalizada, pois se acredita que os fatores ambientais tenha um determinante influenciador bem maior do que os biológicos (Levitt, 1999, *apud* D'el Rey, 2005).

Considerando ser a ansiedade um transtorno que demanda um estado subjetivo, é considerada uma característica tipicamente humana, o tratamento permeia principalmente na diminuição dos sintomas físicos e psicológicos, a fim de que o paciente possa adquirir segurança em suas atitudes e ações e que sua capacidade de enfrentamento seja fortalecida. A farmacoterapia, muitas vezes, é indicada junto ao tratamento psicoterápico com destaque para as técnicas cognitivo-comportamentais que objetiva reestruturar e/ou minimizar a sintomatologia apresentada (D'el Rey, 2005).

5 AGENTE SOCIOEDUCATIVO

5.1 Competências profissionais do Agente Socioeducativo

O cargo de agente socioeducativo, específico em Pernambuco, da Fundação de Atendimento Socioeducativo/FUNASE, são profissionais que trabalham em unidades socioeducativas de acolhimento a adolescentes envolvidos e/ou autores de ato infracional, conforme previsto no Estatuto da Criança e do adolescente/ECA, Art. 112 a 130. A Inserção no quadro funcional da instituição dar-se a partir de Seleção Pública Simplificada através de prova objetiva de conhecimentos, de caráter eliminatório e classificatório. A escolaridade mínima exigida é nível médio ou técnico completo. A jornada de trabalho é em regime de plantão, numa escala de 12 horas de serviço por 36 horas de descanso, diurno e/ou noturno, incluindo sábados, domingos e feriados (Portaria Conjunta SAD/FUNASE nº 02, de 08 de janeiro de 2013).

De acordo com Greco *et al.* (2012), os profissionais dessa categoria desenvolvem atividades que demandam alta concentração, necessidade de agilidade diante dos acontecimentos, tensão e alerta constante, que possibilitam o desenvolvimento de fatores ligados ao stresse. Tratam-se de uma população altamente vulnerável ao adoecimento

psicológico advindo do ambiente de trabalho, podendo demandar problemáticas como esquecimento, absenteísmo, insônia, ansiedade, diversas somatizações, dentre outras.

Sinteticamente os agentes socioeducativos possuem como atribuições: realizar tarefas sob devida orientação do Assistente Socioeducativo, objetivando subsidiar a ação Socioeducativa do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, contribuindo assim para a formação pessoal e social, permitindo-lhes assim uma preparação para a vida, através da reintegração; recepcionar os internos orientando-os sobre seus direitos, deveres e normas disciplinares estabelecidas na unidade trabalho; prezar pela a integridade física, psicológica e moral dos adolescentes; conduzir adolescentes para consultas médica, exames, audiências, e visita domiciliar, adotando orientações recebidas; acompanhar os adolescentes em suas atividades pedagógicas diárias; zelar pela disciplina dos adolescentes; viabilizar a higiene pessoal e dos espaços ocupados pelos adolescentes; prestar assistência imediata aos adolescentes em casos de emergências; fazer relato diário das ocorrências do plantão; intervir em situações conflituosas, bem como em eventuais tumultos; auxiliar na elaboração do Plano Individual de Atendimento do Adolescente – PIA; revistar os adolescentes e os locais por eles ocupados (Portaria conjunta SAD/FUNASE, p. 17, 2013).

De acordo com Greco *et al* (2012) o trabalho desta categoria profissional é marcado por ritmo acelerado dotado de demasiada imprevisibilidade, além da dualidade entre ser educador ou zelar pela segurança do ambiente. Neste aspecto há constantes reflexões críticas sobre sua verdadeira prática frente as atribuições propostas.

Corroborando com esta perspectiva, Herculano e Gonçalves (2011) dissertam sobre a dualidade da função a ser desenvolvida. A socioeducação x segurança fazem parte do cotidiano destes profissionais. Dessa forma, há possibilidade de ocorrência de conflitos no desempenho de sua verdadeira função, pois muitas vezes pode alternar os papéis ou mesmo optar por um deles.

Convém ressaltar que estes profissionais lidam com instrumentos inerentes do sistema prisional, tais como cadeados, chaves, portões de ferro, algemas, livros de ocorrência, além de materiais pedagógicos e/ou recreativos. São submersos em ambientes com precárias condições de trabalho e insalubridade. Para tanto, utilizam suas capacidades físicas e mentais para que a instituição permaneça com tranquilidade em seu funcionamento (Greco, 2011).

O alto nível de responsabilidade por parte destes profissionais, acompanhado de desigualdade salarial, se comparado aos benefícios recebidos pelo funcionário efetivo, além de interrupções significativas devido a contratação temporária em no máximo 6 (seis) anos de permanência na instituição tem possivelmente contribuído para o desenvolvimento de experiências potencialmente stressantes. A toda essa problemática ainda está atrelada a discrepância entre as recompensas recebidas se comparadas aos efeitos adversos causados na saúde desses profissionais (Somavia, 2004).

Considerando tal situação, faz-se necessário atuar na promoção de atividades educativas, de orientação, sensibilização e inserção desses profissionais em programas de saúde para que o desenvolvimento do trabalho aconteça de forma satisfatória com atenuantes de possíveis problemas de ordem física ou psicológica (Greco, 2012).

METODOLOGIA

6 METODOLOGIA

6.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar a participação da qualidade de vida e o nível do stresse na génese de transtornos de ansiedade em plantonistas da Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco, Brasil.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar:

6.2.1 Se há insucesso na qualidade de vida dos agentes socioeducativos da FUNASE nos quadrantes: social, afetivo, profissional e nos cuidados com a saúde;

6.2.2 Os sinais e sintomas de stresse em agentes socioeducativos da Fundação de Atendimento Socioeducativo/FUNASE;

6. 2.3 O nível de ansiedade em agentes socioeducativos da FUNASE.

6.3 SUJEITOS

Foram avaliados 40 Agentes Socioeducativos, dos quais 20 Agentes que trabalham em regime diarista (escala de 8h/dia, de segunda a sexta-feira, sendo 10 do gênero masculino e 10 do gênero feminino) e 20 Agentes que trabalham em regime de plantão (escala 12h/ 36h, com escalas diurnas e/ ou noturnas, sendo 10 do gênero masculino e 10 do gênero feminino). Os sujeitos foram submetidos a avaliações, primeiramente, pelo inventário de qualidade de vida (IQV), contendo informações sobre a vida social, afetiva, profissional e dos cuidados com a saúde para identificação de possíveis demandas, possibilitando verificar a sua origem, depois,

avaliou-se estresse pelo inventário de sintomas de stress em adultos de Lipp (ISSL). Por último, para se mensurar a ansiedade, utilizou-se Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).

6.4 A INSTITUIÇÃO

A presente pesquisa apresentou como foco Institucional a Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco/FUNASE. A FUNASE dá continuidade ao trabalho iniciado pela FEBEM em junho de 1966 e posteriormente pela denominada FUNDAC em agosto de 1990. A conotação do novo termo “FUNASE” deu-se em 11 de dezembro de 2008 através da Lei nº 132, considerando a necessidade de atender as demandas no que tange as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA. A partir dessa nova concepção institucional cabe a FUNASE executar exclusivamente as Medidas Socioeducativas, impostas sob condição judicial, aos adolescentes e jovens que praticam ato infracional (Ferreira Neto, 2011).

A FUNASE acolhe adolescentes e jovens em conflito com a Lei em três categorias distintas, são elas: Centros de Internação Provisória – CENIP’s, (adolescentes aguardando decisão judicial. Permanência de até quarenta e cinco dias no Centro), Centros de Atendimento Socioeducativos – CASE’s (adolescentes já sentenciados com diferentes faixas etárias e cumprimento de regime de internação/privação de liberdade em até três anos) e Casas de Semiliberdade (adolescentes em transição para o meio aberto com possibilidades de realizar atividades externas. Permanecem na Unidade durante a semana e no final de semana são autorizados a estarem em convívio familiar).

Os 40 agentes socioeducativos participantes da pesquisa exercem atividades laborativa nos Centros de Atendimento Socioeducativo – CASE’s situados nos municípios de Abreu e Lima e Cabo de Santo Agostinho. O estudo contou com 20 agentes de cada unidade, dos gêneros masculino e feminino entre diaristas e plantonistas.

O CASE de Abreu e Lima está localizado na Rodovia PE 18 – Km 02 – Caetés II, no Município de Abreu e Lima, situada na Região Metropolitana do Recife. O referido Centro foi inaugurado em janeiro de 2001. Trata-se a uma Unidade de internação destinada para atendimento a adolescentes do sexo masculino inseridos na faixa de idade entre 15 e 17 anos e

06 meses que praticaram ato infracional de diferentes tipologias tais como: assalto, roubo, tráfico de entorpecentes, latrocínio, homicídios, dentre outros. A capacidade é de 98 adolescentes, embora atenda uma população bem acima da capacidade, atualmente conta com uma média de 220 internos.

O CASE Cabo é localizado no Km 02 da Estrada de Pirapama, S/N, no Município do Cabo de Santo Agostinho. Inaugurado em 1975, inicialmente denominado de Centro de Reeducação de Menores – CRM e posteriormente denominado de CASE/Cabo trata-se de uma Unidade de internação que atende a mesma tipologia infracional do CASE Abreu e Lima, porém dispõe como público-alvo adolescentes e jovens situados na faixa de idade entre 17 anos e 06 meses e 21 anos de idade. A capacidade populacional é de 166, porém atualmente atende uma média de 376 internos.

6.5 CRITÉRIOS METODOLÓGICOS

6.5.1 Foi adotada uma abordagem com enfoque quantitativa. O teor qualitativo, subjacente, é entendido como um enfoque voltado para a investigação, com função principal é entender o fenômeno, descrever o objeto de estudo, discutir e interpretar seus significados, valores e relações. Pesquisador e pesquisado são sujeitos ativos na investigação. Em relação à abordagem quantitativa, apresenta finalidade específica, por seguir um direcionamento linear, está relacionada ao emprego de recursos, questionários aplicados, e técnicas estatísticas que visem quantificar os dados coletados (Lima, 2001 *apud* Rodrigues *et al*, 2011).

6.5.2 Quanto ao nível de investigação: até o momento, *básica*, pois o seu cunho investigativo pode atuar como base para estudos e pesquisas futuras, objetivando realização de intervenções focais.

6.5.3 Quanto aos objetivos: *exploratória*, pelo fato de dispor poucos estudos na literatura sobre stresse, transtornos de ansiedade e qualidade de vida em agentes socioeducativos no Brasil. Soma-se também ao objetivo *descritivo*, por haver intensa necessidade de descrever características dos sujeitos pesquisados, bem como de sua realidade social (Gil, 2009).

6.5.4 Quanto aos procedimentos de coleta: *experimental*, considera controle e observação dos efeitos em relação às variáveis intervenientes constantes na pesquisa, como o gênero, carga horária de trabalho, dentre outras, considerando que se trata de uma pequena amostra, portanto não se deve generalizá-la a todos os agentes socioeducativos do Brasil, mas despertar interesses em outros estudiosos sobre a referida temática (Gil, 2009).

6.5.5 Quanto às fontes: *de campo*, caracteriza-se pela observação dos fatos tal como ocorrem, bem como no registro de variáveis dos fenômenos. No que concerne à fonte *bibliográfica*, esta reúne conhecimentos científicos anteriormente estudados sobre os temas (Lakatos, 2009).

6.6 LOCAL DA AVALIAÇÃO:

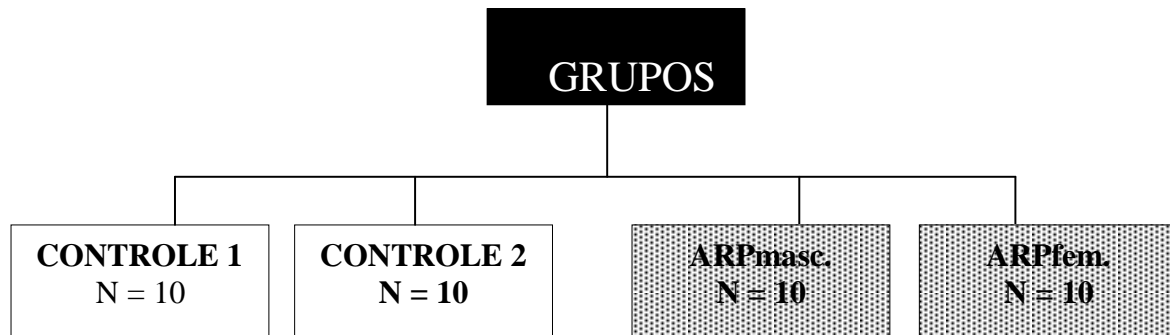
A aplicação dos instrumentais aconteceu no Auditório da anterior Sede da FUNASE, Av. Abdias de Carvalho, S/Nº, San Martim, Recife – PE.

O horário da coleta foi pela manhã, às 08h00, com encontro previamente agendado. Os testes foram aplicados em sala ampla, em condições satisfatórias, com ar condicionado, à temperatura de $24^{\circ} \pm 2^{\circ}\text{C}$.

6.7 GRUPOS:

Os sujeitos foram divididos em dois grupos: agentes que trabalham em regime diarista (escala de 8h/dia, de segunda a sexta-feira) - (CONTROLE, n = 20, subdivididos em agentes diaristas do gênero masculino, CONTROLE 1, n = 10 e agentes diaristas do gênero feminino, CONTROLE 2, n = 10) e agentes que trabalham em regime de plantão (escala 12h/36h, com escalas diurnas e/ou noturnas) – (ARP, n = 20, subdivididos em agentes masculino, ARP_{masc.}, n = 10 e agentes regime de plantão feminino, ARP_{fem} n = 10).

FLUXOGRAMA DA AVALIAÇÃO



6.8 AVALIAÇÕES:

Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração de Pernambuco e homologado sob o CAAE nº: 0586.0.000.102-11.

A participação dos sujeitos foi voluntária. Antes das coletas de dados, todos os sujeitos avaliados preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, (Anexo A).

Todas as avaliações, correlação e interpretação dos Testes Psicológicos foram realizadas pela autora da pesquisa, respeitando todas as diretrizes impostas pelo Conselho Federal de Psicologia no Brasil, inclusive a resolução Nº 25/2001, tendo em vista que possui formação na área, bem como inscrição no Conselho Regional de Psicologia – CRP/PE sob o registro nº 02/12.535.

6.8.1 Instrumentos utilizados:

6.8.1.1 Inventário de Qualidade de Vida de Lipp e Rocha (IQV) – ANEXO B

Elaborado por Lipp e Rocha (1996), este inventário é composto por quatro áreas, também chamados de “quadrantes da vida”: social, afetivo, profissional e saúde. O referido instrumental possui 45 itens, divididos em dez para cada área, porém apenas na área de saúde são descritos 15 itens. O avaliado deve sinalizar a marcação entre sim ou não, considerando as

características descritas frente à sua realidade atual vivenciada. Somam-se os pontos obtidos e, através de um escore específico. Dessa forma, avalia se o sujeito possui sucesso ou fracasso nas áreas especificadas. Considera-se que a boa qualidade de vida só é alcançada se o sujeito obtiver sucesso nestas quatro áreas/quadrantes.

6.8.1.2 Inventário de Sintomas de Stress em Adultos de Lipp (ISSL) – ANEXO C

Utilizando-se de praticidade, rapidez e facilidade na aplicação, o ISSL fornece uma medida objetiva de sintomatologia do stresse em jovens acima de 15 anos e adultos uma vez que permite ao avaliador a leitura dos itens do questionário na forma de perguntas, sendo, portanto desnecessário a necessidade de alfabetização do sujeito da pesquisa.

Sua aplicação, correlação e interpretação foram de acordo com as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia.

O teste aborda questões referentes aos sintomas físicos e psicológicos do stresse compreendidos no período de um mês até as últimas 24 horas de sua aplicação. Procura classificar os sintomas em quatro fases: Alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão. Para cada fase existe um ponto de corte, que é verificado somando-se os itens assinalados pelo sujeito, os quais são classificados em uma das quatro fases do stresse. Após classificados, verifica-se sua predominância – Física ou psicológica.

6.8.1.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) – ANEXO D

O BAI (*Beck Anxiety Inventory*), de acordo com Cunha (2001), foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer no Center for Cognitive Therapy (CCT) da Universidade da Pennsylvania Philadelphia, Estados Unidos em 1988, que descrevem o desenvolvimento do instrumento e fornecem informações sobre suas propriedades psicométricas. A escala foi constituída com base em vários instrumentos de auto-relato, usados no CCT para medir aspectos da ansiedade, dos quais foram selecionados os itens que passaram a compor o inventário. O BAI é uma escala de auto-relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade.

Na realidade, a mensuração da ansiedade, reconhecida como uma das emoções humanas básicas é de extrema importância, já que sintomas de ansiedade, bem como transtornos de ansiedade, podem ser considerados como constituindo uma das dificuldades principais enfrentadas pelos seres humanos.

O BAI foi construído para medir sintomas de ansiedade, que são compartilhados de forma mínima com os de depressão. O instrumento criado originalmente para uso com pacientes psiquiátricos mostrou-se também adequado para a população geral em estudos na Inglaterra, apesar de que sua utilização deve ser feita com cautela.

A versão em português foi utilizada em grupos psiquiátricos e não-psiquiátricos, inclusive em estudantes, e também em trabalhos que envolveram vários sujeitos de comunidades Brasileiras. A realização deste teste por auto-administração ocorre entre 5 e 10 minutos e se for administrado oralmente por um avaliador, o sujeito avaliado responde em 10 minutos em média.

O inventário é constituído por 21 itens (afirmações descritivas de sintomas de ansiedade) e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos, que conforme o manual, refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma: 1) Absolutamente não; 2) Levemente: não me incomodou muito; 3) Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; 4) Gravemente: Dificilmente pude suportar.

Os itens pesquisados por Beck & Steer, são os seguintes: 1) Dormência ou formigamento; 2) Sensação de calor; 3) Tremores nas pernas; 4) Incapaz de relaxar; 5) Medo que aconteça o pior; 6) Atordoado ou tonto; 7) Palpitação ou aceleração do coração; 8) Sem equilíbrio; 9) Aterrorizado; 10) Nervoso; 11) Sensação de sufocação; 12) Tremores nas mãos; 13) Trêmulo; 14) Medo de perder o controle; 15) Dificuldade de respirar; 16) Medo de morrer; 17) Assustado; 18) Indigestão ou desconforto no abdômen; 19) Sensação de desmaio; 20) Rosto afoqueado; 21) Suor (não devido ao calor).

O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais. O escore total permite a classificação em níveis de intensidade de ansiedade.

6.8.1.4 TRATAMENTO ESTATÍSTICO:

Programa estatístico: utilizou-se o SIGMA STAT, versão para Windows 2.0. Os dados foram distribuídos em frequências e analisados pelo teste Qui-Quadrado com $p < 0,05$ e expressos em percentuais e apresentados em tabelas contingenciais.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

7 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

7.1 QUALIDADE DE VIDA

7.1.1 Avaliação do INSUCESSO da Qualidade de Vida nos quadrantes social, afetivo, profissional e dos cuidados com a saúde:

Os plantonistas de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais de INSUCESSOS nos quadrantes relacionados à vida social (ARP_{masc.} = 80% e ARP_{fem.} = 90%), profissional (ARP_{masc.} = 90% e ARP_{fem.} = 100%) e do fator de cuidados com a saúde (ARP_{masc.} = 100% e ARP_{fem.} = 90%), quando comparados aos quadrantes dos seus respectivos controles (10% e 30%), (60% e 20%) e (70% e 30%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação da qualidade de vida

Agentes socioeducativos FUNASE	SOCIAL		AFETIVO	
	Freq.	%	Freq.	%
CONTROLE 1	1/10	10%	2/10	20%
CONTROLE 2	3/10	30%	4/10	40%
ARP_{masc.}	8/10	80%↑	7/10	70%
ARP_{fem.}	9/10	90%↑	3/10	30%
Valor de p	p = 0,0005*		p = 0,1200	

Tabela 1 – Avaliação da qualidade de vida

Agentes socioeducativos FUNASE	PROFISSIONAL		SAÚDE	
	Freq.	%	Freq.	%
CONTROLE 1	6/10	60%	7/10	70%
CONTROLE 2	2/10	20%	3/10	30%
ARP_{masc.}	9/10	90%↑	10/10	100%↑
ARP_{fem.}	10/10	100%↑	9/10	90%↑
Valor de p	p = 0,0005*		p = 0,0024*	

Agentes que trabalham em regime diarista (escala de 8h/dia, de segunda a sexta-feira) - (CONTROLE 1, n = 20, subdivididos em agentes diaristas do gênero masculino, CONTROLE 1, n = 10 e agentes diaristas do gênero feminino, CONTROLE 2, n = 10) e agentes que trabalham em regime de plantão (escala 12h/ 36h, com escalas diurnas e/ ou noturnas) - (ARP, n = 20, subdivididos em agentes masculino, ARP_{masc.}, n = 10 e agentes regime de plantão feminino, ARP_{fem.} n = 10). Estatística: Teste Qui-quadrado, p<0,05*.

7.2 ESTRESSE

7.2.1 Presença de Stresse:

Os plantonistas de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais de indivíduos que apresentam stresse (ARP_{masc.} = 100% e ARP_{fem.} = 100%), quando comparados aos respectivos controles (50%) e (70%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação dos sujeitos quanto à presença ou não de stresse

Agentes socioeducativos FUNASE	COM STRESSE		SEM STRESSE	
	Freq.	%	Freq.	%
CONTROLE 1	5/10	50%	5/10	50%
CONTROLE 2	7/10	70%	3/10	30%
ARP_{masc.}	10/10	100%↑	0/10	0%
ARP_{fem.}	10/10	100%↑	0/10	0%
Valor de p	p = 0,0104*		p = 0,0104*	

Agentes que trabalham em regime diarista (escala de 8h/dia, de segunda a sexta-feira) - (CONTROLE, n = 20, subdivididos em agentes diaristas do gênero masculino, CONTROLE 1, n = 10 e agentes diaristas do gênero feminino, CONTROLE 2, n = 10) e agentes que trabalham em regime de plantão (escala 12h/ 36h, com escalas diurnas e/ ou noturnas) – (ARP, n = 20, subdivididos em agentes masculino, ARP_{masc.}, n = 10 e agentes regime de plantão feminino, ARP_{fem.} n = 10).

Estatística: Teste Qui-quadrado, $p < 0,05^*$.

7.2.2 Predominância de Sintomas Físicos ou Psicológicos:

Os plantonistas de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais de predominância psicológica (ARP_{masc.} = 100% e ARP_{fem.} = 70%), quando comparados aos respectivos controles (80%) e (85,72%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação dos sujeitos quanto à predominância de sintomas físicos ou psicológicos

Agentes socioeducativos FUNASE	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS	
	Freq.	%	Freq.	%
CONTROLE 1	1/5	20%	4/5	80%
CONTROLE 2	1/7	14,28%	6/7	85,72%
ARP_{masc.}	0/10	0%	10/10	100%↑
ARP_{fem.}	3/10	30%	7/10	70%
Valor de p	p = 0,2267		p = 0,0360*	

Agentes que trabalham em regime diarista (escala de 8h/dia, de segunda a sexta-feira) - (CONTROLE, n = 20, subdivididos em agentes diaristas do gênero masculino, CONTROLE 1, n = 10 e agentes diaristas do gênero feminino, CONTROLE 2, n = 10) e agentes que trabalham em regime de plantão (escala 12h/ 36h, com escalas diurnas e/ ou noturnas) – (ARP, n = 20, subdivididos em agentes masculino, ARP_{masc.}, n = 10 e agentes regime de plantão feminino, ARP_{fem.} n = 10).

Estatística: Teste Qui-quadrado, p<0,05*.

7.2.3 Fases do stresse:

Os plantonistas de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais na fase de resistência (ARP_{masc.} = 100% e ARP_{fem.} = 90%), quando comparados aos respectivos controles (50%) e (85,72%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Avaliação dos sujeitos quanto às fases obtidas no Inventário de Sintomas de Stress em adultos de Lipp (ISSL).

Agentes socioeducativos	AUSÊNCIA		Continua ALERTA		
	FUNASE	Freq.	%	Freq.	%
CONTROLE 1		5/10	50%	0/10	0%
CONTROLE 2		3/10	30%	1/7	14,28%
ARP_{masc.}		0/10	0%	0/10	0%
ARP_{fem.}		0/10	0%	0/10	0%
Valor de p		p = 0,0104*		p = 0,3799	

Tabela 4 – Avaliação dos sujeitos quanto às fases obtidas no Inventário de Sintomas de Stress em adultos de Lipp (ISSL)

Agentes socioeducativos	RESISTÊNCIA		Conclusão EXAUSTÃO		
	FUNASE	Freq.	%	Freq.	%
CONTROLE 1		5/10	50%	0/10	0%
CONTROLE 2		6/7	85,72%	0/10	0%
ARP_{masc.}		10/10	100%↑	0/10	0%
ARP_{fem.}		9/10	90%↑	1/10	10%
Valor de p		p = 0,0284*		p = 0,3799	

Agentes que trabalham em regime diarista (escala de 8h/dia, de segunda a sexta-feira) - (CONTROLE, n = 20, subdivididos em agentes diaristas do gênero masculino, CONTROLE 1, n = 10 e agentes diaristas do gênero feminino, CONTROLE 2, n = 10) e agentes que trabalham em regime de plantão (escala 12h/ 36h, com escalas diurnas e/ ou noturnas) - (ARP, n = 20, subdivididos em agentes masculino, ARP_{masc.}, n = 10 e agentes regime de plantão feminino, ARP_{fem} n = 10).

Estatística: Teste Qui-quadrado, p<0,05*.

7.3 PRESENÇA DE ANSIEDADE:

Os plantonistas de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais de ansiedade moderada (ARP_{masc.} = 70% e ARP_{fem.} = 100%), quando comparados aos respectivos controles (0%) e (70%).

Tabela 5 – Presença de Ansiedade

Agentes socioeducativos	Ausência		Leve		Moderada		Grave	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
FUNASE								
CONTROLE 1	7/10	70%	3/10	30%	0/10	0%	0/10	0%
CONTROLE 2	1/10	10%	3/10	30%	6/10	60%	0/10	0%
ARP_{masc.}	10/10	100%	2/10	20%	7/10	70%↑	1/10	10%
ARP_{fem.}	10/10	100%	0/10	0%	10/10	100%↑	0/10	0%
Valor de p	p = 0,0001*		p = 0,2898		p = 0,0001*		p = 0,3799	

Agentes que trabalham em regime diarista (escala de 8h/dia, de segunda a sexta-feira) - (CONTROLE, n = 20, subdivididos em agentes diaristas do gênero masculino, CONTROLE 1, n = 10 e agentes diaristas do gênero feminino, CONTROLE 2, n = 10) e agentes que trabalham em regime de plantão (escala 12h/ 36h, com escalas diurnas e/ ou noturnas) – (ARP, n = 20, subdivididos em agentes masculino, ARP_{masc.}, n = 10 e agentes regime de plantão feminino, ARP_{fem.} n = 10).

Estatística: Teste Qui-quadrado, p<0,05*.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo constatou que os agentes socioeducativos plantonistas de ambos os gêneros apresentam insucessos em relação a qualidade de vida nos quadrantes relacionados a vida social (80% ARP_{masc.} e 90% ARP_{fem.}), profissional (90% ARP_{masc.} e 100% ARP_{fem.}), e saúde (100% ARP_{masc.} e 90% ARP_{fem.}). Todos os plantonistas de ambos os gêneros apresentaram stresse em percentual significativo de 100%. Apresentam ainda estresse em maior índice relacionados a sintomas psicológicos (100% ARP_{masc.} e 70% ARP_{fem.}) e predominantemente na fase de resistência (100% ARP_{masc.} e 90% ARP_{fem.}). No que diz respeito a ansiedade, ambos os gêneros apresentam ansiedade moderada (70% ARP_{masc.} e 100% ARP_{fem.}). Dessa forma, o resultado torna-se evidente quando comparado ao grupo controle que foi composto por agentes socioeducativos que atuam em regime diarista nas mesmas unidades de atendimento onde foram realizadas o referido estudo.

Dentre os dados mais significativos do grupo controle estão os resultados do grupo controle 1 (agentes diaristas do gênero masculino) no que se refere a avaliação da qualidade de vida, pois 60% destes indicaram insucesso no quadrante profissional e 70% evidenciaram insucesso em relação aos cuidados com a saúde. O grupo controle 2 (agentes diaristas do gênero feminino) também necessita cuidado, pois indicou a presença de stresse em 70% das participantes, com 85,72% indicando estar na fase da resistência e com predominância de sintomas psicológicos também neste último percentual, conforme *Tabela 3*. A ansiedade também foi evidente neste respectivo controle, contabilizando que 60% encontram-se na fase moderada.

Em relação a qualidade de vida e ao estresse, o estudo realizado por Lipp & Tanganelli (2002), corrobora com os instrumentos utilizados na presente pesquisa, são eles: o Inventário de Sintomas de Estresse em adultos de Lipp – ISSL e o Inventário de Qualidade de Vida – IQV.

Os achados das duas pesquisas voltam a ser relacionados no que se refere aos resultados. Segundo Lipp e Tanganelli (2002), a qualidade de vida dos respondentes foi detectada muito prejudicada principalmente na áreas saúde e afetiva, com percentuais respectivos de 78,7% e 41,3%, enquanto que a presente pesquisa houve confirmação de

insucessos em três áreas, são elas: social, profissional e saúde, conforme dados elencados na *Tabela 1*. No entanto, os dois estudos revelaram que os sujeitos das referidas pesquisas apontam insucessos em maiores percentuais nos cuidados relacionados com a saúde, sendo esta área considerada altamente relevante para o funcionamento humano.

Um estudo realizado por Fernandes *et al* (2002) com 311 agentes do sistema prisional, apesar da constatação de várias inadequações no desempenho da função, 76,4% destes afirmaram ter disponibilidade de tempo para lazer. Vale ressaltar que a prática de atividades físicas e de lazer possibilitam ações descarregadoras de tensão, bem como promovem sociabilidade e bem-estar ao indivíduo, corroborando assim para mecanismos compensatórios frente ao stresse, ansiedade e outros transtornos mentais (Rios, *et al*, 2011).

Adotando uma perspectiva holística, Galeano (2010) aborda a qualidade de vida sob a compreensão do homem no sentido de totalidade, não o dissociando assim seus aspectos biopsocossociais. Dessa forma os quadrantes social, afetivo, profissional e saúde necessitam ser considerados e vivenciados potencialmente.

Concernente ao stresse, estes achados, corroboram como os estudos realizados por Soares (2013) quanto ao nível de stresse em agentes socioeducativos. Contudo, apesar destes estudos aproximarem-se, é importante pontuar algumas diferenças metodológicas.

O principal ponto de diferenciação é que Soares (2013) realizou pesquisa com uma população maior, contabilizando 291 agentes socioeducativos, sendo 197 do gênero masculino e 94 do gênero feminino, quanto que esta pesquisa realiza o estudo em quantidades igualitárias de participantes, sendo 20 do gênero masculino e 20 do gênero feminino.

Dentre as semelhança metodológica está a utilização do Inventário de Sintomas de Stress em adultos de Lipp – ISSL, porém vale ressaltar que os resultados assemelharam-se no que se refere a presença de stresse, fase em que se encontra e predominância dos sintomas. A pesquisa realizada por Soares (*ibid*) indicou que 97,2% apresentaram stresse, dentre estes 83,5% estavam na fase de resistência e 81,4% com predominância de sintomas psicológicos. O presente estudo indicou que 100% dos participantes de ambos os gêneros apresentam stresse, sendo altamente significativo na fase da resistência (100% ARP_{masc.} e 90% ARP_{fem}) e com predominância de sintomas psicológicos (100% ARP_{masc.} e 70% ARP_{fem}).

Convém ressaltar que a fase da resistência é caracterizada por considerável desgaste do organismo, atrelada a falta de memória em lidar com as situações presentes, dentre outros sintomas. A busca incessante pelo reequilíbrio possibilita desencadeamentos de desgaste com dispêndio de grande energia. Dessa forma, a homeostase, bem como os mecanismos de enfrentamento presentes na fase de alerta passam a ser prejudicados, desencadeando assim a resiatência (Guerra-Ribas, *et al.*, 2009, Lipp, 2010).

No que se refere a sintomatologia do stresse com predominância psicológica, estão presentes a tensão, conflitos de ordem interpessoal, fuga da realidade, insônia, preocupação excessiva, ansiedade, dentre outras (Lipp, 2000).

De acordo com Albuquerque *et al* (2010), fenômenos conflituosos que emergem do indivíduo ao se deparar com sua realidade de trabalho possibilitam desencadeamento de adoecimentos das mais diversas ordens.

Trazendo como dados comparativos em relação ao ambiente laboral deste estudo, Vasconcelos (2000) destaca qualitativamente o trabalho dos agentes de segurança penitenciária e analisa a problemática de saúde desses trabalhadores. Foi observado uma dicotomia entre o que é refletido e considerado enquanto doença do corpo e doença da mente. De entre as doenças do corpo destacam-se os problemas de pele e afecções do aparelho respiratório, bem como hipertensão, diabetes, gastrite e úlceras. No que se refere as doenças da mente também denominadas de “doença dos nervos”, “mente perturbada” e/ou “neurose de cadeia”, destacam-se a fadiga rotineira, ritmo intenso, prologamento da jornada de trabalho, a violência cotidiana, a tensão permanente, são considerados quadros somáticos e psicológicos advindos do estresse decorrente do trabalho desenvolvido.

No que tange aos dados coletados sobre a ansiedade, a tipologia moderada foi a mais evidente. Vale ressaltar que estudos em outras áreas também utilizaram o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) na avaliação com vistas a melhor definir o estágio ansioso em que se encontravam os sujeitos (Bernardo, 2010; Rodrigues & Pelosoli, 2008; Ludwing *et al*, 2006; Lemos *et al*, 2008; Ribas, 2009).

Considerando não ter sido localizado nenhum estudo sobre a temática da ansiedade em agentes socioeducativos, torna-se possível citar os resultados de uma pesquisa transversal com 381 agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do

Sul realizada por Bittencourt *et al* (2012). Tal pesquisa, faz uma análise sobre o stresse psicossocial e distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores e demonstra que são comuns diversas situações afetarem a saúde mental desses trabalhadores, tais como: conviver com risco de violência física e psicológica, estar em constante alerta, necessidade de tomar evidentes decisões e exigência de uma grande demanda de responsabilidade. A partir dessas inferências tornam-se um público com possibilidades de adoecimento psicológico, 68,2% destes fazem uso de medicamentos para efeitos ansiolíticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, dentre outros.

De acordo com Claudino & Cordeiro (2004), a ansiedade é inerente a todo ser humano e o contexto atual de competitividade, dificuldades relacionais, consumismo e globalização vem possibilitando o desencadeamento de pessoas ansiosas. No entanto, o simples fato de estar na sociedade torna-se um requisito básico para estar ansioso.

Entendendo a ansiedade como parte da existência humana, considera-se que favoreça o desempenho físico e a adaptação. Contudo, quando excede-se o ritmo surge a inadaptação por completo do organismo que possibilita falência da capacidade adaptativa, favorecendo assim o esgotamento, ficando corpo suscetível as mais diversas enfermidades (Ribas, 2009).

Porém, vale salientar que o stresse indicado no presente estudo parece indicar não somente uma questão que submerge em função do trabalho desenvolvido, mas de uma dificuldade na administração da vida social, profissional e dos cuidados com a saúde, conforme dados pontuados na *Tabela 1*.

Contudo, os resultados significativos sobre a presença do stresse (*Tabela 2*) permitem refletir sobre a necessidade de um serviço de apoio psicológico e social direcionado para os agentes socioeducativos, com vistas a atuação em base preventiva, considerando que o investimento satisfatório na qualidade de vida pessoal e do trabalho possibilita emergir benefícios para a FUNASE, bem como para os próprios agentes socioeducativos.

Considerando a presente pesquisa, estes achados mostram-se relevantes, conforme percentuais detectados na *Tabela 3*, uma vez que os plantonistas da Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco, Brasil tem seu trabalho voltado a socioeducação, porém em sua realidade, confronta-se com infindáveis limitações e desafios em sua prática cotidiana, que quando mal resolvidos possibilitam desencadear stresse e ansiedade. Estas considerações

conduzem também à reflexão sobre a forma de inserção desse profissional na Instituição, a avaliação psicológica poderia ser um fio condutor na minimização de tais achados.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

9 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Este estudo permitiu investigar a participação da qualidade de vida e o nível do stresse na gênese de transtornos de ansiedade em plantonistas da fundação de atendimento socioeducativo de Pernambuco, Brasil. A partir dos dados inferidos nesta pesquisa, passamos a destacar algumas conclusões e possíveis considerações.

Constatou-se que plantonistas da Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco, Brasil de ambos os gêneros apresentam insucessos em relação a qualidade de vida nos quadrantes relacionados a vida social, profissional e saúde, sinalizando a origem do estresse.

Deduziu-se também que plantonistas da Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco, Brasil de ambos os gêneros apresentam stresse com índice significativo para os sintomas psicológicos, situados na fase da resistência. Sobre a ansiedade, ambos os gêneros, apresentam em frequência moderada.

Esses resultados confirmam a hipótese inicial, que supostamente apontou que os plantonistas apresentariam sinais de ansiedade decorrentes de insucessos na qualidade de vida nos quadrantes profissional e nos cuidados com a saúde, bem como predominância de stresse no âmbito psicológico. Convém ressaltar que no referido estudo, o quadrante social também foi evidenciado como prejudicado em percentuais significativos, anteriormente inimagináveis.

É importante considerar que o trabalho desenvolvido pelos agentes socioeducativos talvez possibilite a explicação dos resultados. Estes convivem constantemente com alto grau de tensão, responsabilidade, estado constante de alerta, condições precárias de trabalho, riscos de mortes, ameaças, dentre outras situações.

No que se refere as limitações desta pesquisa, destacamos a considerável lacuna de estudos voltados para agentes socioeducativos, pois em alguns momentos houve necessidade de realizar comparações e referências a outras áreas de atuação, tais como, agentes penitenciários, policiais militares, profissionais da saúde, dentre outros.

A partir dos dados colhidos, também sugere-se uma ação preventiva em forma de treinamentos constantes com vistas a melhor esclarecer a função desenvolvida, bem como para lançamento de propostas de intervenções que possam colaborar com a saúde mental dos envolvidos, como por exemplo a disponibilização de suporte psicológico.

Tendo a referida investigação ter sido, quanto aos objetivos, exploratória, convém ressaltar que os resultados despertam neste pesquisador o intuito de produzir outros escritos em nível mais aprofundado com um quantitativo maior de sujeitos incluindo também os que atuam no trabalho com adolescentes e/ou jovens em cumprimento de medida restritiva de liberdade, bem como estudar outras variáveis como a depressão e a motivação para o trabalho.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Aderne F., Araújo R. (2007). **Influência da menopausa no padrão sexual: opinião de mulheres.** Rev. Saúde.com, 3 (2): 42-60.
- Albuquerque E., Costa S., Ribas V., de Almeida P., Lopes E., Filho E., Siqueira C., Andrade P., Gomes M., Manhães R. (2010). **Professores do ensino fundamental do município de Quipapá/PE apresentam estresse.** Neurobiologia (Recife), 73 (1): 117-125.
- Andrade L., Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 6, p. 285-290..
- Andreatini R; Boerngen-Lacerdaa R., Filho D. (2001). **Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras.** Rev Bras Psiquiatr, 23(4):233-42.
- Angélico A., Souza J., Crippa & Loureiro S. (2006). **Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura.** Interação em Psicologia, 10(1), p. 113-125.
- Ávila A. (2010). Nutrição e Stress IN LIPP, M.E.N (org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas.** São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Barros Neto T. (2000). **Fobia social: perfil clínico, comorbidade e diagnóstico diferencial / Social.** Revista Psiquiatria Clínica; 27(6):309-15, nov.– dez.
- Bernardo I. (2010). **Investigação do nível de ansiedade e sintomas de depressão entre alunos de graduação em odontologia.** [Monografia de Graduação]. Graduação em Odontologia. Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Odontologia de Piracicaba. São Paulo.
- Bitencourt T., *et al.* (2012). **Estresse psicossocial e distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores.** Ver. Latino-Americana de Enfermagem, vol.20, num. 5, septiembre-octubre.
- Borges L., Yamamoto O. (2004). O mundo do trabalho In **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.** Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **O que é Vida Saudável?:** Álbum seriado. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1990). **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Brasília, DF..
- Brasil (2012). **Sistema de Atendimento Socioeducativo.** Lei nº 12.594 de 18 de janeiro de 2012. Brasília, DF.
- Calais S. (2010). Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao Stress IN LIPP, M.E.N (org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas.** São Paulo, Casa do Psicólogo.

Camargo D., Oliveira J. (2004). Riscos ocupacionais: repercussões psicossociais. IN: Guimarães, LAM; Grubits, S. (Orgs.) **SÉRIE SAÚDE MENTAL E TRABALHO**, VOL. II. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chiavenato I. (2009). **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus.

Claudino J., Cordeiro, R. (2004). **Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem: caso particular dos alunos da escola superior de saúde de Portalegre**. Rev. Educação, ciência e tecnologia.

Codo W. (1994). **Indivíduo, trabalho e sofrimento**. Petrópolis: Vozes.

Codo W., Soratto L., Vasques-Menezes I. Saúde Mental e trabalho. (2004). IN: Zanelli J., Borges-Andrade J., Bastos A. (Orgs.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed.

Cordioli A. (2008). **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed.

Couto L., Rodrigues L., Vivian A., Kristensen C. (2010). **A heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): uma revisão seletiva da literatura**. Contextos Clínic vol.3 no.2 São Leopoldo dez.

Cunha J. (2001). **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

D'el Rey G. (2005). **Quando a ansiedade torna-se doença?** Integração. Out./Nov./Dez. Ano XI, nº 43. 379 – 382.

Diwana V. (2008). **Saúde em prisões: representações e práticas dos agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8):1887-1896, ago. CORRETO

Dolan S. (2006). **Estresse, auto-estima, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark,

Ferreira A. (2001). **Miniaurélio século XXI escolar: O minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Ferreira Neto J. (2011). **Dificuldades na escolarização dos adolescentes privados de liberdade em Pernambuco**. Recife: Fundação Antonio dos Santos Abranches.

Filho J. (2010). **Ocorrência de estresse ocupacional em servidores da segurança pública**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Graduação em fisioterapia. Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. Campina Grande-PB.

Fonseca P. (1999). **Menopausa: para sempre mulher**. Petrópolis, Rio de Janeiro, Editora Vozes, 4ª Edição, p. 11-149.

Fontes A., Guimarães, L. (2004). Estratégias de “Coping” e estresse ocupacional. IN: Guimarães L., Grubits S. (Orgs.) **Série Saúde Mental e Trabalho**, VOL. II. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gil A. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo. Atlas. 2009.

Gondim S., Silva N. (2004). Motivação no Trabalho In **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed

Goulart Júnior E., Lipp M. (2008). **Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 4, p. 847-857, out./dez.

Greco P., *et al.* (2011). **Distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul**. [Dissertação de Mestrado]. Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS.

Guerra–Ribas R. (2009). **Efeitos do estresse na atenção de manipuladores de alimentos de um hospital público de Recife-PE**. [Monografia]. Curso de Especialização em Gestão da Qualidade e Vigilância Sanitária em Alimentos. Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFERSA. Recife-PE.

Guimarães L., Freire H. (2004). Sobre o estresse ocupacional e suas repercussões na saúde. IN: Guimarães L., Grubits S. (Orgs.) **Série Saúde Mental e Trabalho**, VOL. II. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Herculano J., Gonçalves M. (2011). **Educador social: segurança e socioeducador, a conciliação**. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 14, N. 1, Jul./dez.

Kanaane R. (1999). **Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI**. São Paulo: Atlas,.

Koltermann I. (2005). **Prevalência do estresse ocupacional em trabalhadores bancários**. [Dissertação de Mestrado]. Curso de Mestrado em Saúde e Comportamento, da Universidade Católica de Pelotas-UCPel. Pelotas, RS.

Kristensen C., Parente M., Kaszniak A. (2006). **Transtorno de Estresse Pós-Traumático e funções cognitivas**. Psico-USF, v. 11, n. 1, p. 17-23, jan./jun.

Lakatos E. (2009). **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo. Atlas.

Lemos, C. et al. (2008). **Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio**. Rev. Psicologia: teoria e pesquisa. Vol. 24 n. 4. Out-dez.

Limongi F, Rodrigues A. (2011). **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas.

Lipp M. (2010). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo, Casa do Psicólogo.

- Lipp M., Tanganelli M. (2002). **Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: Diferenças entre homens e mulheres**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), pp. 537-548
- Lipp M. (2000). **Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp** (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp M. (1996). **Stress, Hipertensão e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso**. Campinas, SP: Papirus.
- Lorenzi D., *et al.* (2008). Vivências e representações da menopausa em mulheres da região sul do Brasil. **In: Geriatria & Gerontologia**. 2(1): 17-24.
- Malagris, L. (2010). Transtorno do Stress agudo e Pós-Traumático. IN LIPP, M.E.N (org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Melo C. (2003). **Doenças ocupacionais com ênfase a LER/DORT** (Monografia de especialização). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Mello J. (1992). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Moraes A. (2010). O Stress e as Doenças Bucais IN LIPP, M.E.N (org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (1993). **Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento do CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre: Artmed.
- Ribas V. (2011). **Diferentes níveis de ansiedade e depressão em controladores de tráfego aéreo**. *NEUROBIOLOGIA*, 74(3-4) jul./dez.
- Ribas V. (2009) **Efeitos do estresse na resposta imunológica e na atenção de controladores de tráfego aéreo: estudo de caso**. [Tese doutorado] – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife: O Autor.
- Rios L., *et al.* (2011). **Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia**. *Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul. Porto Alegre*. V. 33, n. 2.
- Robbins S. (2009). **Fundamentos do comportamento organizacional**. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Rodrigues D., Pelosoli C. (2008). **Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório**. *Ver. Psiq. Clin.* 35(5).
- Silva A. (2011). **Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites**. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Somavia J. (2004). Colóquio sobre trabalho e saúde mental. IN: Guimarães, LAM; Grubits, S (Orgs.) **SÉRIE SAÚDE MENTAL E TRABALHO, VOL. II**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos J. (2000). **O que é pós-modernismo**. São Paulo: Brasiliense.

Soares L. (2013). **Trabalho e estresse: um estudo com agentes socioeducativos**. [Dissertação de Mestrado]. Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Universidade de Brasília. Brasília, DF.

Tanganelli M (2010). O treino de controle do Stress aplicado a mulheres IN LIPP, M.E.N (org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo, Casa do Psicólogo.

Terra, M., Garcez, J., Noll B. (2007). **Fobia específica: um estudo transversal com 103 pacientes tratados em ambulatório**. Rev. Psiq. Clín. 34 (2); 68-73.

Torresan R.*et al.* (2008). **Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão**. Rev. Psiq. Clín 35 (1); 13-19.

Tschiedel R. (2012). **O trabalho prisional e suas implicações na saúde mental dos agentes de segurança penitenciária**. [Dissertação de Mestrado]. Curso de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS. São Leopoldo.

Vasconcelos A. (2001). **Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas**. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 08, nº 1, Janeiro/março.

Viana M., Andrade A., Back A., Vasconcelos D. (2010). **Nível de atividade física, estresse e saúde em bancários**. Motricidade (Santa Catarina), vol. 6, n. 1, pp. 19-32.

Vissani A., *et al.* (2002). **Qualidade de Vida no Trabalho**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – Pesquisa do curso de Administração - Campus Poços de Caldas.

NETGRAFIA

NETGRAFIA

Bittencourt S., Oliveira M., Souza C. (2005). **Estudo de relações entre fobia social e uso do álcool**: Study of the relation between social phobia and drinking alcohol. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2), 135-146. Recuperado em 25 de fevereiro de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200014&lng=pt&tlng=pt.

Castillo A., Recondo R., Asbahr F., Manfro G. (2000). **Transtornos de Ansiedade**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.22 s.2. São Paulo Dec. Disponível em Fonte: <http://www.scielo.br/scielo>.

Detoni D. (2001). **Estratégias de avaliação da qualidade de vida no trabalho: estudos de caso em agroindústrias**. Florianópolis. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/79666>

El Mann A. (2013). **Gestalt-Terapia e Síndrome do Pânico: uma relação**. *Revista IGT na Rede*, v. 10, nº 18, p.146-186. Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs>

Fernandes R., Silvany Neto A., *et al* (2002). **Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(3), 807-816. Recuperado em 19 de outubro de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102

Galeano R., Vieira V., Araújo K. (2010). **A qualidade de vida no trabalho como influência no desempenho organizacional**. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/11semead/resultado/trabalhosPDF/759.pdf>

Granado L., Ropero P., Francisco J., Garcia-Mijares M. (2005). **Estudo no contexto brasileiro de três questionários para avaliar aracnofobia**. *Avaliação Psicológica*, 4(2), 125-139. Recuperado em 25 de fevereiro de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000200005&lng=pt&tlng=pt.

Greco P., *et al*. (2012). **Estresse psicossocial e distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Set.-out. Disponível em: www.eerp.usp.br

Ludwig M., *et al*. (2006). **Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida**. *Psic: revista da Vetor Editora*, 7(2), 69-76. Recuperado em 17 de junho de 2014, de www.pepsic.bvsalud.org/scielo

Portaria Conjunta SAD/FUNASE nº 02, de 08 de janeiro de 2013. Disponível em: www.upenet.com.br

Ribeiro C., Leda D. (2004). **O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva**. *Estud. pesqui. psicol.* dez., vol.4, no.2, p.0-0. ISSN 1808-4281. Disponível em: www.psi.org.br/scielo.php.

Rodrigues B., *et al.* (2011). **Pesquisa Qualitativa versus Quantitativa**. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Agrárias - Programa de Pós-graduação em Ciências Florestais: Jerônimo Monteiro. – Abril. Recuperado em 05 de Abril de 2014, de <http://webnod.com.br>

Salles Rosa M., Pilatti L. (2006). **Qualidade de vida no trabalho e a legislação pertinente**. Revista Digital - Buenos Aires - Año 10 - N° 93 – Fevereiro. Recuperado em 25 de fevereiro de 2014, de <http://www.efdeportes.com/>

Santos L. (2003). **O medo contemporâneo: abordando suas diferentes dimensões**. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(2), 48-49. Recuperado em 25 de fevereiro de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000200008&lng=pt&tlng=pt.

Silva M., Gomes A. (2009). **Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses**. *Estudos de Psicologia*, 14(3), setembro-dezembro/2009, 239-248. Acervo disponível em: www.scielo.br/epsic

Silva M., Biehl K. (2012). Trabalho na pós-modernidade: crenças e concepções. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482006000200011&script=sci_arttext. Consulta 02. Jul.

Stacciarini J., Tróccoli B. (2001). **O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro**. *Rev Latino-am Enfermagem*. Março; 9(2): 17-25. Acervo disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf.

Vasconcelos A. (2000). **A saúde sob custódia: estudo sobre agentes de segurança penitenciária no Rio de Janeiro**. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro. Disponível em: www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5181/2/186.pdf

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Autorização para sua inclusão no estudo sobre: **STRESSE E QUALIDADE DE VIDA NA GÊNESE DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE EM PLANTONISTAS DA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PERNAMBUCO, BRASIL**

Instituição: Instituto Superior de Línguas e Administração – ISLA / UNISLA - PT

Investigadora: Letícia Maria Costa de Sousa

1. PROPOSTA DO ESTUDO

Você está convidado a participar de um estudo sobre: **STRESSE E QUALIDADE DE VIDA NA GÊNESE DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE EM PLANTONISTAS DA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PERNAMBUCO, BRASIL**

2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Sua participação será submeter-se a uma avaliação psicológica de stresse, uma avaliação psicológica de ansiedade e uma avaliação sobre qualidade de vida, contendo 3 (três) testes diferenciados.

3. POSSÍVES RISCOS E DESCONFORTOS

Os instrumentos a serem utilizados poderão trazer desconforto aos sujeitos envolvidos na pesquisa em se submeter a responder ao inventario de LIPP, o Inventário de Qualidade de Vida, e principalmente aos Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck, pelo fato do provável cansaço físico e mental que estão vivenciando.

4. BENEFÍCIOS

O benefício primordial para os Agentes Socioeducativos nesta pesquisa será o conhecimento das suas condições físicas e emocionais, considerando as explicações científicas e, ao final, apresentar breves proposições interventivas junto à FUNASE.

5. RETIRADA DO ESTUDO

A participação dos Agentes Socioeducativos nesta pesquisa é voluntária, podendo retirar-se dela, por qualquer motivo, sem nenhum prejuízo pessoal.

6. CONFIDENCIALIDADE

As informações fornecidas no Inventário de LIPP, nos Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck, e Qualidade de Vida de Lipp e Rocha serão mantidas em absoluto sigilo. Os resultados deste estudo poderão ser divulgados em congressos, revistas na área de saúde, administração ou outros eventos científicos sem que a identificação/nome do participante seja citada.

7. DECLARAÇÃO DO SUJEITO AVALIADO

Ao assinar este termo de consentimento você estará autorizando a realização desta investigação científica.

Eu _____, voluntariamente, concordo em participar deste estudo após ter analisado e compreendido todos os itens deste termo de consentimento.

_____, ____/____/____

Assinatura do sujeito/responsável

Assinatura do pesquisador

Assinatura da 1ª. testemunha

Assinatura da 2ª. testemunha

Caso surja alguma dúvida, favor entrar em contato com Letícia Maria Costa de Sousa, nos telefones (81) 9985 6121 / 9983 4867; e-mail: leticosta21@hotmail.com.

ANEXO B

INVENTARIO DE QUALIDADE DE VIDA

As pessoas que se consideram realmente felizes atribuem sua felicidade ao sucesso em quatro áreas, que poderíamos chamar os "quadrantes de vida": o social, o afetivo, o profissional e o que se refere à saúde. Poder-se-ia dizer que a qualidade de vida só é considerada se a pessoa obteve sucesso nestas quatro áreas. Sucesso só em uma delas, por maior que seja, significa fracasso nas outras. Avalie a sua qualidade de vida, descobrindo se tem sucesso em cada quadrante. Responda sim ou não conforme a sua realidade e tenha uma noção da qualidade da sua vida, no momento.

QUADRANTE SOCIAL		SIM	NAO
1	Tenho amigos com os quais socializo em casa		
2	A maior parte de meus amigos dependem de mim para algo importante		
3	Gosto de conversar sobre assuntos não relacionados ao meu trabalho		
4	Há horas em que acho que gosto a receber meus amigos é perda de tempo		
5	Converso com meus vizinhos		
6	Sinto-me desconfortável em festas		
7	Colaboro com alguma instituição de caridade		
8	As vezes me esquivo de atender telefonemas de amigos		
9	Prefiro conversar sobre negócios, mesmo em uma hora		
10	Gosto de passear sem pressa ou horários		

QUADRANTE AFETIVO		SIM	NAO
1	Tenho um relacionamento afetivo estável - casado(a) namorada(o)		
2	Sou admirado por minhas qualidades além de minha atuação profissional		
3	Sou comunicativo e alegre com meus colegas		
4	Minha família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela semanalmente		
5	Recebo afeto		
6	Dou afeto		
7	Admiro e gosto de mim mesmo		
8	Gosto de observar a natureza e o faço sempre		
9	As vezes fico lembrando pequenos episódios bons da minha vida		
10	Comemoro com prazer as datas importantes para mim		

QUADRANTE PROFISSIONAL		SIM	NAO
1	Sou competente em meu trabalho		
2	Tenho metas quanto ao que quero fazer		
3	Meu trabalho é reconhecido por outros		
4	Não tenho medo do futuro no que se refere ao trabalho		
5	Ganho satisfatoriamente		
6	Se pudesse pararia de trabalhar		
7	Sinto que contribuo para o sucesso da empresa		
8	Escolhi a profissão errada para mim		
9	Meu trabalho me oferece segurança		
10	Se fosse possível mudaria de emprego		

QUADRANTE_SAÚDE		SIM	NAO
1	Raramente tenho cefaléias		
2	Minha pressão arterial está normal		
3	Não tenho problemas dermatológicos		
4	É infrequente ter ansia		
5	Faço check-up regularmente		
6	Vou ao dentista todo ano		
7	Faço exercícios físicos pelo menos três vezes por semana		
8	Minha alimentação é saudável		
9	Utilizo técnicas de relaxamento quando estou tenso		
10	Conseguo me desligar dos problemas para descansar		
11	Tomo calmantes regularmente		
12	Tenho estabilidade emocional		
13	Sofro de ansiedade ou angústia		
14	Meu peso está dentro da média		
15	Durmo bem		

Correção do teste

Quadrante Social – Some 3 pontos por respostas positivas aos itens 1,3,5,7 e 10. Subtraia 1 ponto por respostas positivas aos itens 2,4,6,8 e 9. Se o resultado for acima de 3 pontos, suas respostas indicam sucesso neste quadrante.

Quadrante Afetivo – Some 1 ponto por respostas positivas. Resultados acima de 5 indicam sucesso na área afetiva.

Quadrante Profissional – Some 1 ponto por respostas positivas aos itens 1,2,3,4,5, 7 e 9. Subtraia 1 ponto para respostas positivas aos itens 6,8,10. Resultados acima de 5 indicam sucesso profissional.

Quadrante Saúde – Subtraia 1 ponto por respostas positivas dadas aos itens 11 e 13. Some 1 ponto para cada resposta positiva dada aos outros itens. Resultados acima de 11 indicam sucesso.

Complete o quadro abaixo colocando um X nas colunas sim ou não para indicar se tem sucesso ou não nas áreas avaliadas e anote estes dados no formulário *Resumo de auto-avaliação* constante do capítulo 5.

	SIM	NAO
Social		
Afetivo		
Profissional		
De saúde		

LIPP, Marilda e ROCHA, João Carlos. *Stress, hipertensão e qualidade de vida*. 2ed. Campinas, SP: Papirus, 1996.

ANEXO C

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Marilda Emmanuel Novaes Lipp

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: _____/____/____
da mês ano Cidade Estado País

Idade: _____ Sexo: M() F() Escolaridade: _____

RG: _____ CPF: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Públ. () Priv. ()

Lateralidade: Destro () Sinistro () Ambidestro () Profissão: _____

Função: _____ Data da Aplicação: ____/____/____
da mês ano

Aplicador: _____ Início: _____ Término: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: _____
assinatura

CADERNO DE APLICAÇÃO

Instruções

- Quadro 1** - Assinalar com F1 ou P1, como indicado para sintomas que tenha experimentado nas últimas 24 horas.
- Quadro 2** - Assinalar com F2 ou P2, como indicado para sintomas que tenha experimentado na última semana.
- Quadro 3** - Assinalar com F3 ou P3, como indicado para sintomas que tenha experimentado no último mês.



Casa do Psicólogo®

© 2005 Casa do Psicólogo®. Reservados os direitos de publicação em língua portuguesa à Casa do Psicólogo®, Rua Mourato Coelho, 1.059 - 05417-011 - São Paulo - SP - Tel./Fax: (11) 3694-9500, e-mail: atendimento@casadopsicologo.com.br - <http://www.casadopsicologo.com.br> É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores. Impresso no Brasil/Printed in Brazil.

QUADRO 1a

a) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- 1. MÃOS E PÉS FRIOS
- 2. BOCA SECA
- 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- 4. AUMENTO DE SUDORESE
(Muito suor, suadeira)
- 5. TENSÃO MUSCULAR
- 6. APERTO DA MANDÍBULA/
RANGER OS DENTES
- 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- 8. INSÔNIA
(Dificuldade para dormir)
- 9. TAQUICARDIA
(Bateadeira no peito)
- 10. HIPERVENTILAÇÃO
(Respirar ofegante, rápido)
- 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL
SÚBITA E PASSAGEIRA
(Pressão alta)
- 12. MUDANÇA DE APETITE

QUADRO 1b

b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- 13. AUMENTO SÚBITO DE
MOTIVAÇÃO
- 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- 15. VONTADE SÚBITA DE
INICIAR NOVOS
PROJETOS

QUADRO 2a

a) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- () 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- () 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- () 4. SENSACÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- () 5. MUDANÇA DE APETITE
- () 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS (Problemas de pele)
- () 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL (Pressão alta)
- () 8. CANSAÇO CONSTANTE
- () 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- () 10. TONTURA/SENSACÃO DE ESTAR FLUTUANDO

QUADRO 2b

b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- () 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA (Estar muito nervoso)
- () 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- () 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- () 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- () 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO (Sem vontade de sexo)

QUADRO 3a

a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 1. DIARRÉIA FREQUENTE
 () 2. DIFICULDADES SEXUAIS
 () 3. INSÔNIA
 (Dificuldade para dormir)
 () 4. NÁUSEA
 () 5. TIQUES
 () 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL
 CONTINUADA
 (Pressão alta)
 () 7. PROBLEMAS
 DERMATOLÓGICOS
 PROLONGADOS
 (Problemas de pele)
 () 8. MUDANÇA EXTREMA DE
 APETITE
 () 9. EXCESSO DE GASES
 () 10. TONTURA FREQUENTE
 () 11. ÚLCERA
 () 12. ENFARTE

QUADRO 3b

b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- () 13. IMPOSSIBILIDADE DE
 TRABALHAR
 () 14. PESADELOS
 () 15. SENSAÇÃO DE
 INCOMPETÊNCIA EM
 TODAS AS ÁREAS
 () 16. VONTADE DE FUGIR DE
 TUDO
 () 17. APATIA, DEPRESSÃO OU
 RAIVA PROLONGADA
 () 18. CANSAÇO EXCESSIVO
 () 19. PENSAR/FALAR
 CONSTANTEMENTE EM
 UM SÓ ASSUNTO
 () 20. IRRITABILIDADE SEM
 CAUSA APARENTE
 () 21. ANGÚSTIA/ANSIEDADE
 DIÁRIA
 () 22. HIPERSENSIBILIDADE
 EMOTIVA
 () 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

ANEXO D



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

"Traduzido e adaptado por permissão de NCS Pearson, Inc. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."
Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo*. BAI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.