

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM AGENTES
SOCIOEDUCADORES DOS CENTROS DE
ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO RIO
GRANDE DO SUL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Patrícia Bitencourt Toscani Greco

Santa Maria, RS, Brasil

2011

**DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM AGENTES
SOCIOEDUCADORES DOS CENTROS DE ATENDIMENTO
SOCIOEDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL**

Patrícia Bitencourt Toscani Greco

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM,RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Santa Maria, RS, Brasil

2011

G791d Greco, Patrícia Bitencourt Toscani

Distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul / por Patrícia Bitencourt Toscani Greco. – 2011.

130 p. : il. ; 31 cm

Orientadora: Tânia Solange Bosi de Souza Magnago.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2011

1. Enfermagem 2. Saúde do trabalhador 3. Distúrbio psíquico menor
4. Transtornos Mentais 5. Modelo Demanda-Control de Karasek 6.
Agentes Socioeducadores I. Magnago, Tânia Solange Bosi de Souza II.
Título.

CDU 616-083

614.2

Ficha catalográfica elaborada por Simone G. Maisonave – CRB 10/1733
Biblioteca Central da UFSM

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de
Mestrado

**Distúrbios Psíquicos Menores em agentes socioeducadores dos Centros
de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul**

elaborada por

Patrícia Bitencourt Toscani Greco

como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dr^a.
(Presidente-Orientadora)

Liana Lautert, Dr^a. (UFRGS)

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dr^a (UFSM)

Luis Felipe Lopes Dias, Dr. (UFSM)

(Suplente)

Santa Maria, 19 de dezembro de 2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Primeiro, a Deus, por estar sempre presente em minha vida e por iluminar meus caminhos em busca do conhecimento e crescimento pessoal e profissional, possibilitando assim eu me tornar uma pessoa melhor.

Aos meus pais, Geovanini Dorneles Toscani (*in memoriam*) e Rosa Laurinda Bitencourt Toscani, por terem me ensinado tudo o que sei sobre a vida, por me ensinarem os verdadeiros valores, por me incentivarem a ser autêntica e verdadeira, além de me motivarem a lutar pelos meus objetivos, e ser perseverante e persistente. Obrigada, pai e mãe, por tudo o que vocês representaram e ainda representam para mim.

Às minha irmãs Giovana e Cinara, que também foram incentivadoras e apoiadoras, desde minha infância.

À minha avó Ivonete Aquino de Bitencourt (*in memoriam*), que, mesmo momentos antes de sua partida, demonstrou seu amor por mim e incentivou minha caminhada acadêmica.

Ao meu esposo, namorado, companheiro, Daniel Lorensi Greco, por sempre me incentivar e apoiar, mesmo nos momentos difíceis, ou em momentos de ausência.

À minha tia Marione Bitencourt Garcia e sua família, pelo apoio e incentivo, principalmente nesses dois anos de mestrado.

À minha sobrinha Eduarda Toscani Gindri, por ter me hospedado em seu apartamento, e muitas vezes ter escutado minhas angústias.

À minha orientadora, professora Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, que foi muito mais do que uma orientadora, uma educadora e parceira. Ela me mostrou qual a representação de um verdadeiro "mestre", na vida de um aprendiz.

À Professora Dr^a Carmem Lúcia Colomé Beck, que foi o primeiro contato com a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), quando ingressei no grupo de pesquisa, onde fui muito bem recebida e acolhida por ela e os demais componentes do grupo.

Às colegas, enfermeiras, do grupo de pesquisa, em especial Rosângela Marion da Silva, Francine Cassol Prestes, Juliana Petri Tavares, Andrea Prochnow, pois certamente contribuíram muito para meu crescimento profissional, e também pessoal.

Aos acadêmicos do grupo de pesquisa, em especial Natieli Cavalheiro Viero, Camila de Brum Scalcon, e Caren da Silva Jacobi, por me ensinarem que em equipe e

com parcerias tudo fica melhor e mais prazeroso.

Aos colaboradores no período de coleta de dados, Juliana Petri Tavares, Priscila Wolff Moreira, Dilce Rejane Peres do Carmo, Raquel Mortari e a Natieli Cavalheiro Viero pela segunda digitação dos dados, meu muito obrigado sincero, pela disponibilidade e comprometimento.

Ainda a Dilce, gostaria de agradecer desde a primeira conversa que tivemos sobre o CASE, em um encontro sobre Pesquisa Bibliográfica, quando surgiu ideia deste trabalho .

Aos meus amigos, em especial à Grassele Denardini Facin Diefenbach e Juliana da Silva Santos Dias de Paiva, por desde a época da faculdade me apoiarem, e por estarem presentes sempre em minha caminhada profissional, e pessoal mesmo que muitas vezes distante fisicamente. Amo vocês, amigas, e muito obrigado por tudo.

A todos os professores do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, por contribuírem na minha formação.

Aos colegas da 4ª turma de mestrado do PPGEnf da UFSM, pelos momentos vividos e compartilhados, especialmente a Andressa da Silveira, a Simone Wünsch, que foram parceiras e confidentes em alguns momentos, possibilitando que esta caminhada fosse mais prazerosa e produtiva.

Às Professoras que compõem a Banca Examinadora, Drª. Carmem Colomé Beck, Drª. Liana Lautert, Dr. Luis Felipe Dias Lopes, Drª Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, pelo aceite do convite e pelas contribuições para aprimorar esta pesquisa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo incentivo financeiro destinado à realização desta pesquisa.

Ao Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), pela bolsa de estudos, o que possibilitou minha dedicação exclusiva ao mestrado.

À FASE, por aceitar a realização desta pesquisa na instituição, e aos agentes socioeducadores, pela disponibilidade em participar, e pelo carinho com que fui recebida nas unidades.

À Coordenação, e secretaria da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

A todos aqueles que participaram deste projeto pessoal, o mestrado, independente do momento, seja no preparo para seleção, nos dois anos de mestrado, nas atividades em que propuseram as idéias e que, de alguma forma, fizeram parte desta trajetória, e da minha história. Muito Obrigada!

RESUMO

Dissertação de Mestrado

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Federal de Santa Maria

DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM AGENTES SOCIOEDUCADORES DOS CENTROS DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL

AUTORA: PATRÍCIA BITENCOURT TOSCANI GRECO

ORIENTADORA: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO

Data e local da defesa: Santa Maria, 19 de dezembro de 2011

O trabalho dos agentes socioeducadores nos Centros de Atendimento Socioeducativo (CASE) é regido por alta concentração, ritmo acelerado, imprevisibilidade, grandes responsabilidades, o que pode levar a situações constantes de estresse. A partir da questão norteadora: existe associação entre altas demandas psicológicas no trabalho, baixo controle do trabalhador sobre a atividade laboral e desenvolvimento de Distúrbio Psíquico Menor (DPM) nesses agentes?, este estudo teve por objetivo investigar as dimensões psicossociais – demandas psicológicas e controle do trabalho e sua associação com a ocorrência de DPM em agentes socioeducadores dos CASE/RS. A hipótese central é de que a associação é positiva. Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra de 381 agentes socioeducadores. Para avaliação dos DPM e dos grupos do modelo demanda-Controlle de Karasek, utilizaram-se as versões brasileiras do Self Report Questionnaire- SRQ-20 e Job Stress Scale – JSS, respectivamente. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário autoaplicável no período de março a agosto de 2011. Para a inserção dos dados foi utilizado o programa Epi-info®, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada no PASW® (Predictive Analytics Software) 18.0 for Windows. Para verificar associações, adotaram-se o teste qui-quadrado, Odds Ratio e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Variáveis sociodemográficas, laborais, e de hábitos e saúde foram testadas e aquelas associadas ($p < 0,25$) tanto à exposição quanto ao desfecho (satisfação com o local de trabalho, número de agentes na escala, turno, dias de afastamento do trabalho, suspeição para alcoolismo, tempo de lazer, atividade física e acompanhamento psicológico) foram testadas nos modelos multivariados. Como resultado, encontraram-se 19,2% dos agentes socioeducadores no quadrante de alta exigência. A prevalência global de suspeição para DPM foi de 50.1%. Após ajustes por potenciais confundidores, a chance de distúrbios psíquicos foi maior no quadrante trabalho ativo ($OR=1,99$; $IC95\%=1,09-3,63$), seguido do quadrante alta exigência ($OR=2,05$; $IC95\%=1,03-4,09$), quando comparado aos agentes do quadrante baixa exigência. Ao serem avaliadas individualmente as dimensões demandas psicológicas e controle, ambas mostraram-se associadas aos DPM. Esses resultados sinalizam a alta demanda psicológica, que possui efeitos negativos à saúde destes trabalhadores, mesmo quando o controle sobre o trabalho é alto. Nesse sentido, faz-se necessário refletir sobre as questões de organização do trabalho na instituição, além do planejamento de ações de promoção à saúde, a fim de prevenir o adoecimento mental dos agentes socioeducadores.

Palavras-Chave: Saúde do trabalhador, Distúrbio psíquico menor, Transtornos mentais, Modelo Demanda-Controlle de Karasek, Agentes socioeducadores.

ABSTRACT

Master's Degree Thesis
Graduate Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

MINOR PSYCHOLOGICAL DISORDERS AGENTS IN SOCIOEDUCATIONAL CENTERS IN THE STATE OF RIO GRANDE DO SUL

Author: PATRÍCIA BITENCOURT TOSCANI GRECO

Advisor: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO

Date and place of presentation: Santa Maria, December 19th, 2011

The work of agents in the socio Socio-Educational Service Centers is ruled by a high concentration, fast pace, unpredictability, great responsibilities; which can lead to constant stress. Based on the guiding question: there is an association between high psychological demands at work, low worker control over work activities and development of minor psychiatric disorders (MSD) on these agents?, This study aimed to investigate the psychosocial dimensions - control and psychological demands of work and its association with the occurrence of MPD agents of socioeducational workers of CASE/RS. The central hypothesis is that the association is positive. It is a cross-sectional study with a sample of 381 socio agents. In order to evaluate MPD and groups of the Karasek demand-control model, the Brazilian versions of the Self Report Questionnaire-SRQ-20 and Job Stress Scale - JSS were respectively applied. Data collection was performed using self-administered questionnaire in the period from March to August 2011. Data insertion was conducted using Epi-Info ®, version 6.4, with double independent typing. After checking for errors and inconsistencies, the data analysis was performed in PASW® (Predictive Analytics Software) 18.0 for Windows. To examine associations, chi-square test has been applied, Odds Ratio and its respective confidence intervals (CI 95%). Sociodemographic, employment, health habits were tested and those associated ($p < 0.25$) both the exposure and the outcome (satisfaction with the workplace, number of agents on the scale, shift, day off work, suspicion for alcoholism, leisure time, physical and psychological activity) were tested in the multivariate models. As a result, it was found that 19.2% of socioeducational agents are in the quadrant high demand. The overall prevalence of suspicion for MPD was 50.1%. After adjusting for potential confounders, the odds of mental disorders was higher in active work quadrant (OR = 1.99, CI 95%=1.09 - 3.63), followed by high demand quadrant (OR = 2.05, IC95% = 1.03 - 4.09) compared to the agents of low demand quadrant. When the dimensions psychological demands and control are evaluated individually, both were associated with MPD. These results indicate high psychological demand, which has negative health effects of these workers, even when job control is high. In this sense, it is necessary to consider the issues of work organization in the institution, besides the planning of actions to promote health, prevent mental illness of the socio agents.

Keywords: Occupational health, minor psychiatric disorders, mental disorders, demand-control model of Karasek, socioeducational agents.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Representação gráfica do Modelo Demanda-Controlé.....	32
Figura 2 -	Distribuição dos Centros de Atendimento Socioeducativo (CASEs) no Estado do Rio Grande do Sul. 2011.....	38
Figura 3 -	Distribuição dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Estado do Rio Grande do Sul onde ocorreu a coleta de dados. 2011.....	39
Figura 4 -	Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, trabalho passivo e não fazer atividade física nos agentes socioeducadores.....	65
Figura 5 -	Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, trabalho ativo e passivo e trabalho noturno nos agentes socioeducadores.....	66
Figura 6 -	Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, alta exigência no trabalho e escala de trabalho insuficiente nos agentes sócio-educadores.....	67
Figura 7 -	Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, alta exigência no trabalho e insatisfação com o local de trabalho nos agentes socioeducadores.....	68
Figura 8 -	Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, alta exigência no trabalho e não ter tempo de lazer nos agentes socioeducadores.....	69
Figura 9 -	Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, alta exigência no trabalho e necessidade de acompanhamento psicológico nos agentes socioeducadores.....	70
Figura 10 -	Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, alta exigência no trabalho e necessidade de afastamento do trabalho nos agentes socioeducadores.....	71
Figura 11-	Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, trabalho ativo e não ter suspeição de alcoolismo (CAGE) nos agentes socioeducadores.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estatística descritiva das dimensões da escala do Modelo Demanda-Controle, a partir da Job Stress Scale (JSS).....	44
Tabela 2 -	Distribuição dos agentes socioeducadores dos Centros de atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul, segundo variáveis sociodemográficas.....	48
Tabela 3 -	Distribuição dos agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul, segundo variáveis hábitos e saúde.....	49
Tabela 4 -	Distribuição dos agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul, segundo variáveis laborais.....	51
Tabela 5 -	Média, desvio padrão e coeficiente Alpha de Cronbach geral das dimensões da Job Stress Scale (JSS) do Modelo demanda-controle.	52
Tabela 6-	Frequência de agentes socioeducadores segundo quadrantes do modelo demanda-controle.....	53
Tabela 7 -	Distribuição dos agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul, por quadrante do Modelo D-C e segundo características sociodemográficas	54
Tabela 8 -	Distribuição dos agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul, por quadrante do Modelo D-C e segundo características de hábito e saúde.....	55
Tabela 9 -	Distribuição dos agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul, por quadrante do Modelo D-C e segundo características laborais.....	56
Tabela 10 -	Distribuição dos agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul, segundo respostas positivas ao Self Reporting Questionnaire (SRQ-20).....	58
Tabela 11-	Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) em agentes socioeducadores, segundo variáveis sociodemográficas.....	59
Tabela 12 -	Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) em agentes socioeducadores, segundo variáveis hábitos e saúde.....	

	60
Tabela 13 - Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) em agentes socioeducadores, segundo variáveis laborais.....	62
Tabela 14 - Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança, segundo graus de demandas psicológicas do trabalho, controle sobre o trabalho e apoio social.....	63
Tabela 15 - Prevalência de Distúrbio Psíquicos menores (DPM) em agentes socioeducadores, razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança, segundo quadrantes do modelo demanda-controle.....	64
Tabela 16 - Distribuição dos agentes socioeducadores de acordo com apoio social, quadrantes do Modelo Demanda-Controle (MDC) e suspeição de Distúrbios Psíquicos menores (DPM).....	64
Tabela 17 - Associações bruta e ajustadas entre os quadrantes do Modelo Demanda-controle (MDC) e Distúrbios Psíquicos Menores (DPM).....	73

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Relação de publicações com Modelo Demanda- Controle na América Latina

Apêndice B - Instrumento de Coleta de Dados

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice D - Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança de Dados

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Autorização da Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul

Anexo B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
CASE - Centro de Atendimento Socioeducativo
CASEMI - Centro de Atendimento Socioeducativo Semiliberdade
CID - Classificação Internacional de Doenças
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DPM - Distúrbio Psíquico Menor
DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FASE - Fundação de Atendimento Socioeducativo
FEBEM - Fundação Estadual de Bem-Estar do Menor
INSS - Instituto Nacional de Seguro Social
JCQ - *Job Content Questionnaire*
JSS - *Job Stress Scale*
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MDC - Modelo Demanda-Controle
OMS – Organização Mundial de Saúde
PEMSEIS - Programa de Execução de Medidas Socioeducativas Internação e Semiliberdade
PIA – Plano Individual de Atendimento
PNSST – Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PPGENF - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PSW - *Predictive Analytics Software*
RS - Rio Grande do Sul
SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*
SRQ 20 - *Self Report Questionnaire 20*
UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivos.....	20
1.2 Hipóteses do estudo	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Os Centros de Atendimento Socioeducativo e o trabalho dos agentes socioeducadores.....	22
2.3 O Modelo Demanda-Controle de Karasek	30
2.4 Os Distúrbios Psíquicos Menores.....	34
3 MÉTODO	37
3.1 Delineamento da pesquisa	37
3.2 Cenário da pesquisa	37
3.3 População e amostra do estudo.....	38
3.4 Coleta dos dados.....	40
3.5 Organização e análise dos dados	41
3.6 Aspectos éticos	47
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	49
4.1 Características sociodemográficas, hábitos e saúde dos agentes socioeducadores	49
4.2 Análise das características relacionadas ao trabalho dos agentes socioeducadores	51
4.3 Avaliação da consistência interna das dimensões da escala do Modelo Demanda-controle	53
4.4 Caracterização do trabalho dos agentes socioeducadores segundo o Modelo Demanda-controle	54
4.5 Caracterização dos distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores..	59
4.6 Associação entre os quadrantes do MDC e os DPM.....	66
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
5.1 Considerações sobre os achados sociodemográficos e laborais	75
5.2 Considerações sobre os trabalhadores segundo as dimensões demanda psicológica e controle sobre o trabalho.....	81
5.3 Considerações acerca dos Distúrbios Psíquicos Menores	85
5.4 Considerações sobre a associação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e distúrbios psíquicos menores	90
5.5 Considerações sobre condições de trabalho, saúde do trabalhador e promoção da saúde	92
5.6 Implicações dos resultados do estudo para a Enfermagem	94
5.7 Limitações do estudo	96

6 CONCLUSÕES.....	98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	117
APÊNDICE A - Relação de publicações sobre Modelo D-C.....	118
APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados.....	120
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	126
APÊNDICE D - Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança de Dados	127
ANEXOS	128

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto de pesquisa a avaliação da relação entre as demandas psicológicas, o controle sobre o trabalho e a ocorrência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) em agentes socioeducadores¹ dos Centros de Atendimento Socioeducativo (CASE) do Rio Grande do Sul. Insere-se na linha de pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no Rio Grande do Sul.

O interesse por essa problemática se relaciona à minha trajetória acadêmica e profissional, nas quais atuei em diferentes contextos de trabalho. Observei como ocorre a relação entre trabalhadores e seu trabalho, sendo que essas experiências me instigaram questionamentos acerca da saúde dos trabalhadores e das relações que permeiam o envolvimento do indivíduo com seu trabalho.

Dentre as experiências acadêmicas, exerci atividades no Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE) do Município de Santa Maria, onde percebi o quanto é difícil trabalhar com o adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, pois exige sensibilidade diferenciada, empatia e especialmente tolerância. Considerando os integrantes da equipe de trabalho no CASE, é interessante destacar a importância dos agentes socioeducadores principalmente, pois são eles que convivem 24h com os internos. Eles são trabalhadores da Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE), ingressam por concurso público estadual e realizam suas atividades nos CASEs, em diferentes municípios do Estado. A escolaridade exigida para o cargo é de ensino médio completo e, a partir da contratação ou nomeação é realizada uma capacitação inicial, para o ingresso destes trabalhadores, nas atividades laborais.

No ambiente laboral desses agentes existem diversos momentos em que enfrentam situações de risco no trabalho. Entretanto, muitas vezes, essas situações são consideradas corriqueiras, não sendo dada a elas a devida importância e pouco se fazendo para que não se repitam.

Os CASEs são unidades vinculadas à Fundação de Atendimento Socioeducativo no Rio Grande do Sul (FASE- RS), antiga FEBEM (Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor). A FEBEM, que vigorou desde 1945, era responsável pela política de

¹ Cabe ressaltar que esta denominação é recente. A partir de 05 de abril de 2010, devido a uma alteração na Lei 13.419, os monitores (como eram denominados) passaram a agentes socioeducadores. Porém, não houve uma mudança funcional, ou no processo de trabalho dos mesmos, sendo que as funções exercidas permanecem as mesmas.

atendimento a crianças e adolescentes carentes abandonados ou autores de atos infracionais. Em 1990, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), mobilizou-se um processo de reordenamento institucional em todo o país.

Nesse processo, foi criada a FASE/RS, a partir da Lei Estadual nº 11.800, de 28 de maio de 2002, e que dispõe sobre as medidas socioeducativas de internação e semiliberdade, correspondendo às diretrizes do ECA, o que favoreceu o fim da FEBEM (RIO GRANDE DO SUL, 2002 a; 2009). A FASE/RS é a responsável pela execução das medidas socioeducativas tanto de internação como de semiliberdade determinadas pelo poder judiciário aos adolescentes que delas necessitam.

Segundo o Programa de Execução de Medidas Socioeducativas Internação e Semiliberdade (PEMSEIS) do Rio Grande do Sul (2002 b, p. 75), os agentes socioeducadores representam a “segurança física, psicológica e moral do adolescente” e evidenciam a “expressão mais constante do papel pedagógico terapêutico”.

De acordo com o PEMSEIS, os agentes socioeducadores representam a segurança, bem como a efetivação de todas as ações programadas no Plano Individual do Adolescente (PIA) (RIO GRANDE DO SUL, 2002 b). Esses trabalhadores são uma referência para os adolescentes, sendo que suas atitudes necessitam ser o contraponto do mundo até então conhecido por esses jovens. O PEMSEIS propõe que nessa convivência haja troca de orientações, diálogo, escuta e vínculo. Ainda, elege-os como o principal agente do ambiente continente (ambiente físico da instituição) (RIO GRANDE DO SUL, 2002 b).

As unidades de institucionalização de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa apresentam problemas relevantes, como: superlotação, episódios de rebeliões, assistência médica e odontológica insuficientes, medicalização e precária escolarização (BENTES, 1999; SILVA e GUERESE, 2003). Esses problemas eram enfrentados pelos trabalhadores da FEBEM, porém a realidade dos CASEs é muito semelhante, permanecendo as características institucionais e os mesmos entraves percebidos nas unidades da extinta FEBEM. Corrobora o estudo de Siqueira e Dell’aglio (2006), ao relatarem o número de funcionários inadequado, possibilitando maior dificuldade no cumprimento das funções e maior sobrecarga de tarefas.

Com relação a isso, Dejours (2007, p. 24) destaca que o “organismo do trabalhador, não é um ‘motor humano’, na medida em que é permanentemente objeto de excitações, não somente exógenas, mas também endógenas”. Destaca, ainda, o trabalho como uma atividade que propõe uma relação direta entre o físico e o psíquico e que, por

um lado, pode representar equilíbrio e satisfação, por outro pode causar tensão e o adoecimento do trabalhador.

A proposição deste estudo é justificada, tendo em vista que as questões pertinentes à relação existente entre o trabalho dos agentes socioeducadores e o adoecimento psíquico apresenta-se ainda como lacuna. Em uma busca nas bases de dados do LILACS e SCIELO, em julho de 2010, foi encontrado apenas um estudo com essa população, o qual estava relacionado a cargas de trabalho. Nesse estudo foi observado um alto grau de sofrimento psíquico no trabalho dos agentes socioeducadores, evidenciado pelo absenteísmo (GRANDO et al., 2006).

No processo de trabalho, os agentes socioeducadores estão expostos a um ambiente que proporciona riscos à sua integridade física, moral e psíquica. Suas atividades laborais são regidas por alta concentração, ritmo acelerado, imprevisibilidade, grandes responsabilidades, o que pode levar a situações de estresse no trabalho. Sendo assim, faz-se necessário pensar nas tensões que essa atividade proporciona ao trabalhador, principalmente quando nos reportamos ao PEMSEIS, onde estão especificadas suas funções, responsabilidades e competências.

Nesse contexto, Glina et al. (2001) destacam que a relação adoecimento-trabalho é complexa, principalmente porque esse processo é específico para cada indivíduo, envolvendo sua história, contexto de vida e trabalho. Dentre os adoecimentos psíquicos em trabalhadores, destaca-se o Distúrbio Psíquico Menor². De acordo com Cerchiari et al. (2005), esse distúrbio designa quadros com sintomas ansiosos, depressivos, ou psicossomáticos e que não satisfazem a todos os critérios da doença mental. Maragno et al. (2006) relatam também que são comuns em indivíduos com DPM sinais e sintomas como tristeza, ansiedade, fadiga, redução da concentração, irritabilidade, insônia e redução da capacidade funcional.

Um fator que pode estar relacionado ao sofrimento psíquico nos agentes socioeducadores, ainda não explorado, diz respeito aos aspectos psicossociais do trabalho, ou seja, à verificação de associação simultânea entre DPM e duas variáveis psicossociais: as *demandas psicológicas* (ritmo de trabalho, sobrecarga de atividades, dificuldade de realização e relações conflituosas) e o *controle sobre o trabalho* (autonomia nas decisões, desenvolvimento de novas habilidades, desafios) (KARASEK

² Neste estudo, diante da ausência na Classificação Internacional das Doenças de um grupo de diagnósticos de distúrbios psíquicos relacionados com o trabalho e das diferentes classificações existentes – Morbidade Psiquiátrica Menor (MPM), Transtornos Mentais Comuns (TMC), Problemas Psiquiátricos Menores (PPM) e Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), adotar-se-á a última denominação.

e THEÖRELL, 1990). Essas variáveis apontam para as dimensões psicossociais do trabalho e podem dar indícios do estresse (sobrecarga física e emocional) a que os agentes socioeducadores estão expostos no cotidiano laboral.

De acordo com Karasek e Theorell (1990), o estresse ocupacional resulta da interação entre altas demandas psicológicas do trabalho e baixo grau de controle do trabalhador sobre as atividades que executa. Essa condição, quando permanece por longos períodos, pode ser danosa à saúde física ou mental do trabalhador, com o desenvolvimento de DPM. Em outras palavras, os trabalhadores que se defrontam com altas demandas ou pressões psicológicas no trabalho combinadas com um baixo controle ou baixa margem de decisões correm risco de adoecimento mental em decorrência do desgaste psicológico (MARTINS e GUIMARÃES, 2004).

Para avaliação da relação dos aspectos psicossociais do trabalho (demanda psicológica e controle) com o risco de adoecimento, Robert Karasek, pesquisador da Universidade de Massachusetts, propôs um modelo bidimensional chamado Modelo Demanda-Controle (*Demand-Control Model* ou *Job Strain*). Esse modelo tem sido apontado como uma possibilidade de estrutura integradora para estudo dos diversos elementos do ambiente de trabalho e nas suas inter-relações com a saúde dos trabalhadores de diferentes áreas (ALVES, 2004; ARAÚJO, 2003).

O Modelo Demanda-Controle (MDC) diferencia quatro tipos básicos de experiências no trabalho, formados pela interação dos níveis de demanda psicológica e de controle: *alta exigência* (alta demanda psicológica e baixo controle), *baixa exigência* (baixa demanda psicológica e alto controle), *trabalho passivo* (baixa demanda psicológica e baixo controle) e *trabalho ativo* (alta demanda psicológica e alto controle). Dentre as quatro situações, o trabalho em *alta exigência* é o que apresenta maior propensão para adoecimento físico e psicológico. Os trabalhos *ativo e passivo* representam risco intermediário de adoecimento, já o trabalho em *baixa exigência* representa o menor risco.

O MDC vem sendo aplicado em vários países e em populações diversas. Associação positiva tem sido encontrada entre *alta exigência no trabalho* e diferentes desfechos, como: problemas psiquiátricos menores (AMARAL, 2006; ARAÚJO, 1999; KIRCHHOF et al., 2009; SILVA, 2007), doenças do sistema digestivo (KARASEK e THEORELL, 1990); desordens musculoesqueléticas (BONGERS et al., 1993, 2002; JOSEPHSON et al., 1997; MAGNAGO, 2008); doenças cardiovasculares (ALVES, 2004; AQUINO, 1996); absenteísmo no trabalho (MACEDO et al., 2007), entre outros.

A partir de tais considerações, a questão de pesquisa que se coloca é: *existe associação entre altas demandas psicológicas no trabalho e baixo controle do trabalhador sobre a atividade laboral e desenvolvimento de DPM em agentes socioeducadores dos CASE/RS?*

Cabe salientar que, no recorte de análise das dimensões psicossociais do trabalho e a sua relação com os DPMs em agentes socioeducadores dos CASEs, este estudo pretende trazer contribuições para o conhecimento das demandas psicológicas e da amplitude de decisão dos trabalhadores (controle) no processo de trabalho; contribuições à área da saúde pública na medida em que se busca identificar as características laborais que implicam riscos à saúde dos agentes socioeducadores dos CASEs. De igual forma, fornecerá à Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul um panorama da situação de saúde psíquica dos agentes socioeducadores e subsídios à implantação/implementação de ações de promoção à saúde dos mesmos.

É importante destacar que, nessa instituição, os enfermeiros atuam em prol do bem-estar e da ressocialização dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. O enfermeiro possui formação generalista, nesse sentido busca a integralidade do cuidado, e esta, por sua vez, é contemplada quando a enfermagem lança um olhar globalizado à instituição, refletindo sobre o cuidado tanto para o usuário do serviço (adolescentes) como para a equipe.

No que se refere ao enfermeiro como cuidador da equipe de trabalho em um Centro de Atendimento Socioeducativo, ele deve estar atento às condições de trabalho, devido a estas estarem diretamente relacionadas às repercussões na saúde física e psíquica dos trabalhadores.

Sendo assim, este estudo contribuirá para a enfermagem, na medida em que, a partir dos resultados, poderá voltar o olhar à saúde dos trabalhadores dessa instituição, planejar e realizar ações de educação em saúde junto aos agentes socioeducadores, no sentido de promover a saúde física e psíquica destes. Fortalece, também, a Linha de Pesquisa Saúde do Trabalhador, do Grupo de Pesquisa em Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFSM/RS, sendo um estudo financiado pelo CNPQ, por meio do Edital Universal.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Investigar as dimensões psicossociais *demandas psicológicas e controle sobre o trabalho* e sua associação com a ocorrência de distúrbio psíquico menor em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul (CASE/RS).

1.1.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população de estudo segundo variáveis sociodemográficas, laborais e de exposição às exigências no trabalho (quadrantes do Modelo Demanda Controle de Karasek).

- Identificar a prevalência de distúrbio psíquico menor entre agente socioeducadores dos CASE/RS.

- Verificar a associação entre os quadrantes propostos pelo Modelo Demanda Controle e a ocorrência de Distúrbios Psíquicos Menores em agente socioeducadores dos CASE/RS.

1.2 Hipóteses do estudo

O trabalho, executado sob altas demandas psicológicas e baixo controle sobre a atividade laboral associa-se positivamente à ocorrência de distúrbio psíquico menor em agentes socioeducadores dos CASE/RS.

Essa hipótese geral do estudo encontra-se desdobrada nas seguintes hipóteses auxiliares de estudo:

a) Controle sobre o trabalho

Existe associação negativa entre controle sobre o trabalho e distúrbio psíquico menor. Agentes socioeducadores dos CASE/RS com alto grau de controle sobre o seu próprio trabalho apresentam prevalência de distúrbio psíquico menor mais baixa do que aqueles com baixo grau de controle sobre o trabalho.

b) Demanda psicológica do trabalho

Existe associação positiva entre demanda psicológica do trabalho e distúrbio psíquico menor. Agentes socioeducadores dos CASE/RS com alto grau de demanda psicológica apresentam prevalência de distúrbio psíquico menor mais elevada do que aqueles com baixo grau de demanda.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo aborda o referencial teórico que dará sustentação à dissertação, com os seguintes itens:

2.1 Os Centros de Atendimento Socioeducativo e o trabalho dos agentes socioeducadores

O PEMSEIS foi realizado a partir de um diagnóstico da ausência de referenciais claros acerca da FASE e seus procedimentos. Ele contém a sistematização das orientações técnicas, as responsabilidades institucionais na consecução das políticas públicas dirigidas a adolescentes em conflito com a lei e, também, diretrizes balizadoras da intervenção institucional no atendimento ao adolescente privado ou restrito de liberdade no Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2002 b).

O programa tem como objetivo a unificação dos procedimentos e dos principais conceitos relacionados ao atendimento dos adolescentes no cotidiano das unidades de internação e semiliberdade, e também a qualidade das relações estabelecidas. O principal aspecto desse programa encontra-se na elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA), que parte da subjetividade de cada adolescente e das circunstâncias do ato infracional cometido, no sentido de planejar ações institucionais coletivas e individuais de atendimento.

Além disso, o PEMSEIS apresenta os componentes das unidades de atendimento socioeducativas e descreve suas competências e funções dentro da instituição (RIO GRANDE DO SUL, 2002 b). O programa aborda sobre a importância do agente socioeducador e expõe como competências desse profissional executar, supervisionar e orientar todas as atividades cotidianas do adolescente (RIO GRANDE DO SUL, 2002 b).

Ainda, de acordo com o PEMSEIS, compete ao agente socioeducador a execução das atividades do PIA, o registro e a comunicação de informações, a fim de agilizar providências. O agente também é participante das ações pedagógico-terapêuticas, por meio de sugestões que visem à eficiência destas, e o operador direto de

sua qualificação profissional, pela postura de receptividade à reflexão crítica de sua prática (RIO GRANDE DO SUL, 2002 b).

Segundo Volpi e Saraiva (1998), os agentes envolvidos na efetivação das medidas socioeducativas têm a missão de proteger, garantir o conjunto de direitos e educar, oportunizando ao adolescente uma vida em sociedade. A relação estabelecida entre os adolescentes e os agentes socioeducadores desempenha papel central na vida dos abrigados, pois serão os agentes socioeducadores que irão assumir o papel de orientar e proteger os adolescentes (SIQUEIRA e DELL'AGLIO, 2006). Nessa direção, Bazon e Biasoli-Alves (2000) apontam para a importância de cursos de formação, espaços de troca para os agentes socioeducadores, visto que a satisfação profissional tem relação com a qualidade do trabalho prestado na instituição.

Estudo relacionado a cargas de trabalho em agentes socioeducadores de um CASE apontou a presença de carga física, química, orgânica/biológica, mecânica, psíquica e fisiológica no trabalho desses profissionais. A carga física são os ruídos de chutes e pontapés dos adolescentes nas portas de metal, e a carga química pelo convívio com poeira, fumaça, tintas, devido a atividades de oficina e recreação dos adolescentes. A carga orgânica/biológica é representada pelo contato com secreções humanas, saliva, urina, devido à falta de higiene. A carga mecânica, devido a portas, fechaduras, cadeados pesados para manuseio, escadas sem segurança para o trabalhador e falta de local para descanso. A carga psíquica, principalmente em razão do constante estado de alerta com materiais que podem se transformar em arma para os adolescentes, e a carga fisiológica é identificada na imobilização dos adolescentes, falta de cadeiras para repouso, extensas jornadas de trabalho (GRANDO et al., 2006).

As cargas psíquicas são constituídas por elementos do processo de trabalho que são fontes de estresse. Nesse sentido, essa carga não é independente, pois se relaciona com todos os elementos do processo de trabalho e também com as demais cargas (FACCHINI, 1993).

No estudo de Grandó et al. (2006), as cargas psíquicas foram identificadas quando os agentes socioeducadores referiram ansiedade pelas férias e relataram que a ideia de retorno gera angústia e desconforto, denotando sinais de sofrimento psíquico no trabalho. Outra carga psíquica identificada nesse estudo diz respeito às relações interpessoais entre os próprios agentes socioeducadores.

De acordo com Grandó et al. (2006, p. 9), outras situações desgastantes são cotidianas no trabalho dos agentes, como:

trabalho perigoso, altos ritmos de trabalho, alto grau de atenção, não poder afastar-se do local, situações de emergência que exigem rápida intervenção, falta de material, falta de pessoal, relacionamento interpessoal, sobrecarga de trabalho pela superlotação, colega estressado, “desfeminização”, material solto no ambiente, convocação para revista geral, constante possibilidade de mudança na rotina, falta de pausas e acidentes de trabalho.

O grau de sofrimento dos agentes socioeducadores é evidenciado pelo absenteísmo, pelos sentimentos de desvalorização por parte da instituição em desenvolver políticas de saúde no trabalho, pelas péssimas condições de trabalho e pela falta de infraestrutura (GRANDO et al., 2006).

Dentre as competências dos agentes socioeducadores estão incluídas: tornarem-se corresponsáveis pela sua qualificação profissional e pela efetivação das medidas socioeducativas, além de refletirem criticamente sobre sua prática (RIO GRANDE DO SUL, 2010). Porém, Grando et al. (2006) relatam que os agentes socioeducadores não se sentem parte da instituição, atuam de forma passiva na melhoria da situação de trabalho e estão pouco estimulados a tornarem-se corresponsáveis na construção e efetivação das políticas de ressocialização do menor infrator.

Em estudo realizado na FASE há relatos de ameaças, deboches, realizados pelos adolescentes contra os agentes socioeducadores (SCISLESKI, 2010). Ainda, esse estudo traz desabafos dos agentes quanto à precarização de seu trabalho no sentido dos riscos proporcionados pelo trabalho, no que tange a risco de morte, ameaças, intimidações, principalmente relacionados aos meninos envolvidos com o tráfico, e ao ambiente de trabalho insalubre (SCISLESKI, 2010).

Os agentes socioeducadores são trabalhadores encarregados da segurança, da preservação da integridade física e psicológica dos adolescentes, e de realizar ou acompanhar atividades pedagógicas rotineiras; acompanham atendimentos feitos pelos técnicos e profissionais de saúde, seja dentro ou fora da unidade, realizam revistas rotineiramente, acompanham o banho de sol, no pátio da instituição, participam como acompanhantes nas audiências, visitas de familiares e nas atividades externas (RIO GRANDE DO SUL, 2010). Nesse sentido, por manterem acompanhamento direto junto ao adolescente, esses trabalhadores estão também mais propícios a receber ameaças, agressões, intimidações, e a tornarem-se reféns em caso de motim, correndo risco constante de morte.

O trabalho do agente socioeducador caracteriza-se pelo ritmo acelerado, pressão pelo tempo, imprevisibilidade, além da busca constante pelo papel educador, com o objetivo da ressocialização, e reinserção do adolescente na sociedade. O agente socioeducador é responsável pela segurança e integridade do adolescente em

cumprimento de medida socioeducativa. Eles contam com a colaboração de instrumentos de trabalho cabíveis ao sistema prisional, como: cadeados (para manutenção das portas de setor e de dormitórios fechadas), chaves (para abertura das salas e setores), portões de ferro, algemas (para transporte, e procedimentos com o adolescente), livro de ocorrência (para anotações dos acontecimentos durante os plantões), além de materiais pedagógicos ou recreativos utilizados em oficinas ou atividades de lazer que, muitas vezes, são elaboradas e acompanhadas por eles.

Nesse sentido o agente socioeducador utiliza sua capacidade mental e física para que esse sistema (instituição) permaneça em funcionamento no intuito da ressocialização do adolescente.

Os turnos de trabalho dos agentes são dispostos da seguinte forma: turno da manhã (seis horas de trabalho), da tarde (seis horas de trabalho) e noturno, sendo este dividido em dois grupos, para que seja realizado em 12 horas de trabalho para 36 horas de descanso. Cabe ressaltar que, nos finais de semana, realiza-se um rodízio durante os turnos de trabalho diurnos, ou seja, em um fim de semana uma equipe trabalha 12 horas no sábado, e na outra 12 horas no domingo, alternando-se o dia de trabalho no final de semana seguinte.

Existe ainda a realização de horas extras por parte dos trabalhadores, no intuito de obter uma escala de trabalho com número suficiente de agentes e manter a continuidade do trabalho nos CASEs. Nesse sentido, na tentativa de compensar a escala de trabalhadores, devido ao número de afastamentos e também por déficit no contingente desses trabalhadores, ocorre que muitos deles passam mais de 24 horas no trabalho, o que muitas vezes os priva do convívio social e os mantém de certa forma institucionalizados.

2.2 Algumas considerações sobre o estresse laboral

A modernidade trouxe inúmeras transformações ao mundo do trabalho que são resultado da globalização da economia e de políticas neoliberais. Esses resultados trazem benefícios, mas também alguns prejuízos, como: desemprego, multiplicidade de relações trabalhistas, formas precárias de contrato, redução de benefícios conquistados

pelos trabalhadores, podendo engendrar processos de exclusão, destruição e violência (AGUIAR, 2008).

O início do século XXI evidencia a realidade do trabalho na maioria das organizações com intensas pressões por resultados, associados à concorrência, ao desemprego e à intensificação das mudanças tecnológicas. Essas cobranças, que visam principalmente à resolução de problemas e à produtividade, vêm dificultando a percepção, a reflexão e o bem-estar coletivo relacionado ao mundo do trabalho (ZANELLI, 2010).

As formas como essas cobranças e pressões vêm sendo utilizadas para o aumento da produtividade podem ter consequências sérias para a saúde física e psíquica do trabalhador. Concordo com Dejours (1999) que o reflexo desses efeitos tenha sua expressão mais pelo aumento das alterações psíquicas e psicossomáticas do que pelas manifestações avaliadas na saúde ocupacional, como situações decorrentes do comportamento e estilo de vida, de riscos e acidentes, numa relação causa/efeito.

Em estudo de metanálise realizado por Richardson e Rothstein (2008), que incluiu 36 trabalhos experimentais, com um total de 2.847 adultos e 55 programas de intervenção, evidenciou-se a preocupação internacional existente com relação à necessidade de reconhecer, prevenir ou controlar o estresse relacionado ao trabalho. De acordo com Araújo (2004), o processo de mudanças no mundo do trabalho com vistas à produtividade pode ter proporcionado diferentes momentos de tensão e desgaste entre os trabalhadores, onde estar doente possui um significado mais profundo do que nos processos anteriores, pois exige ações preventivas e higienistas com o objetivo de defesa do corpo.

O significado do trabalho perpassa a estrutura socioeconômica, cultural, de necessidades, valores e da própria subjetividade daquele que trabalha. Então, o trabalho não é apenas uma forma de ganhar a vida, é também uma forma de inserção social, imbricado em aspectos psíquicos e físicos. O trabalho é um espaço de construção de identidade, podendo ser patogênico ou estruturante da saúde, ou seja, é um operador na construção do sujeito, na conquista de identidade, da continuidade e historicidade do sujeito (LUNARDI FILHO; LUNARDI e SPRICIGO, 2001).

Dejours (2007, p. 24) relata que “o trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova”, ele tem uma história de vida, que lhe proporciona características únicas e pessoais. Na relação entre homem e trabalho, existe a produção de significações psíquicas e de construção de relações sociais, há uma mediação entre o

psíquico e o social, o particular e o coletivo. Nesse sentido, o trabalho pode ser ou não nocivo, mas se torna perigoso na forma como ele é organizado e realizado pelo homem (MENDES e ABRAHÃO, 1996).

Ao considerar as relações de trabalho, pode-se observar um misto entre prazer, tensões e desgaste, pois, mesmo sendo desgastante tanto físico quanto psíquico, o trabalho proporciona *status*, o reconhecimento, valorização, além de reafirmar as condições de produção dos trabalhadores. O reconhecimento pode despertar sentimentos como inclusão, admiração, liberdade de expressar sua individualidade no trabalho. No entanto, o desgaste em relação ao trabalho pode ser evidenciado pelo cansaço, desânimo, insatisfação, descontentamento e estresse.

A necessidade de encarar o trabalho como parte integrante da vida nos remete a buscar um equilíbrio que possa nortear a saúde do trabalhador, possibilitando a criação da identidade do homem e o tornando autor da sua própria história. Para Leopardi (1994, p. 179) é necessário esse equilíbrio no sentido de que “o trabalho não se encontre como centralidade ou marginalidade da vida”.

A relação entre trabalho e adoecimento, principalmente relacionada ao estresse e desgaste do trabalhador, é cenário de discussões e estudos em vários países do mundo, como: Japão, Estados Unidos, Austrália, Inglaterra, Bélgica e Brasil. Estudo realizado por pesquisadores americanos concluiu que a ocorrência de ansiedade e sintomas depressivos representa um alto custo para as instituições, no sentido de que esses sintomas acarretam absenteísmo, presenteísmo, queda de produtividade e doenças físicas ou mentais (ZANELLI, 2010).

Existem situações no trabalho que são consideradas fatores de risco para desenvolver o estresse e, conseqüentemente, acarretam danos à saúde do trabalhador (COOPER, 1996). Zanelli (2010) destaca como agentes desgastantes e estressantes no trabalho: as demandas acima das condições efetivas de produção ou prestação de serviços de qualidade, o pouco reconhecimento profissional, a pouca participação nas decisões organizativas, as longas jornadas de trabalho, a exposição constante ao risco e periculosidade, a pressão do tempo e atuações de urgência, os problemas de comunicação, a competitividade e o excesso de burocracia.

A *European Agency for Safety and Health at Work*, em 2000, definiu estresse como:

um estado psicológico que é parte de e reflete um amplo processo de interação entre a pessoa e seu ambiente de trabalho[...] estresse pode ser experienciado como o resultado de exposições a uma ampla variedade de demandas de trabalho e, por sua vez, contribui igualmente para uma ampla

variedade de resultados sobre a saúde dos trabalhadores (APTEL e CNOCKAERT, 2002, p. 50).

O termo *stress*, na área da saúde, passou a ser utilizado no século XX, por meio dos estudos de Selye, considerado o primeiro cientista que descreveu as etapas do estresse biológico. Para Karasek e Theorell (1990), as pesquisas sobre estresse, em geral não se focalizavam nos efeitos crônicos do estresse sobre os indivíduos, nem com relação às exposições no ambiente de trabalho. Ao contrário, procuravam explicações decorrentes de situações limítrofes à sobrevivência.

A primeira pesquisa relacionada ao estresse humano envolveu reações traumáticas nos campos de guerra, durante a segunda guerra mundial e, logo após, com vítimas de catástrofes naturais. No início dos anos de 1960, as pesquisas foram ampliadas, incluindo acontecimentos que surgem na vida da maioria das pessoas, como a morte, o divórcio e a perda de emprego. Ainda assim, o foco permaneceu no estressor agudo (KARASEK e THEORELL, 1990).

A perspectiva teórica de Karasek e Theorell é desenvolvida por um contexto itinerante: o ambiente de trabalho, local onde as situações estressantes são rotineiras, e mesmo em menor intensidade elas podem ocorrer dia após dia, em décadas, de forma que outras reações fisiológicas de adaptação são provocadas (ALVES, 2004; KARASEK e THEORELL, 1990).

A teoria desenvolvida por Robert Karasek, no final da década de 70, procura explicar essas modificações tanto no nível fisiológico quanto psicológico, com relação ao estresse no trabalho. O autor e seus colaboradores concluíram que um aspecto que aproxima todas elas está na origem do estresse: o ambiente (KARASEK e THEORELL, 1990, p. 83). O modelo proposto por Karasek é um modelo bidimensional (demanda-controle), oriundo da vertente de estudo sobre o estresse gerado no ambiente psicossocial do trabalho. Ele pretende estabelecer a relação entre o controle e a demanda psicológica advinda da organização do trabalho no ambiente laboral e suas repercussões sobre a estrutura psíquica e orgânica dos trabalhadores (REIS et al., 2005).

Karasek descreve o organismo como um sistema complexo que, uma vez submetido ao estresse, sofre um desequilíbrio generalizado, principalmente na sua capacidade de controlar esse sistema (KARASEK e THEORELL, 1990). Na resposta ao estresse em geral estão envolvidos dois sistemas neuroendócrinos – o sistema medular simpático-adrenal (secretor das catecolaminas: adrenalina e noradrenalina) e o sistema cortical pituitário-adrenal (secretor de corticosteroides, tal como o cortisol). “Esses

hormônios atuam, em conjunto, nas respostas fisiológicas de catabolismo (consumo metabólico) e anabolismo (restauração metabólica)” (ALVES, 2004, p. 31).

O sistema medular simpático-adrenal é secretor de adrenalina e noradrenalina, que são neurotransmissores responsáveis pelo controle das respostas vegetativas de alerta do organismo, ou seja, com a sua secreção há o consequente aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca e respiratória, a dilatação das pupilas, entre outros. Já o sistema cortical pituitário-adrenal é secretor de cortisol, que é conhecido como hormônio do estresse devido a seus níveis sanguíneos se alterarem em situações de estresse tanto físico quanto psíquico. O cortisol também possui função anti-inflamatória, metabólica (gliconeogênese) e imunossupressoras (JOHNSON et al., 1992).

A hipótese de Karasek é que a resposta catabólica em nível fisiológico corresponde ao desgaste psíquico devido ao baixo controle sobre a própria vida. Já a resposta anabólica aconteceria quando o indivíduo experimentasse maior controle sobre as situações impostas (ALVES, 2004). Karasek e Theorell (1990, p. 104) asseguram que “situações de estresse elevado acompanhadas de alto controle são conduzidas a uma resposta psicológica anabólica, A resposta anabólica é associada com reparos psicológicos e regenerações e é, portanto, uma resposta de promoção da saúde”. Da mesma forma, nas demandas, quando experimentadas como estímulo, mais do que como carga, a produção de adrenalina é aumentada, enquanto que a produção de cortisol é baixa. Assim, nessas condições, o custo para o corpo realizar a tarefa é inferior ao do trabalho realizado sob condições demandantes ou pouco estimulantes (FRANKENHAEUSER, 1991).

No entanto, quando o ritmo acelerado de trabalho está vinculado ao baixo controle, como em trabalhos de alta exigência, a secreção tanto de cortisol vindo do córtex, quanto da adrenalina vinda da medula da adrenal são aumentadas, o que provocaria danos à saúde dos indivíduos. Quando a homeostase está comprometida, o organismo entra em sofrimento, podendo chegar a ponto de desenvolver uma doença orgânica, principalmente quando há uma continuidade no estímulo agressor (KARASEK e THEORELL, 1990, p. 104 - 105).

Os efeitos prolongados das respostas fisiológicas do estresse são conhecidos como carga alostática, e têm sido alvo de pesquisas recentes. A alostase é definida pela habilidade do organismo para encontrar a estabilidade no meio de mudanças. São mecanismos de acomodação frente a situações de estresse de longa duração, e esses mecanismos dependem de fatores genéticos e da maneira como o indivíduo percebe as

situações do ambiente externo. Portanto, a carga alostática ocorre quando os mecanismos compensatórios falham e há uma superexposição aos hormônios do estresse – as catecolaminas e o cortisol, e conseqüentemente suas repercussões no organismo humano (Mc. EWEN, 1998).

O não balanceamento entre as demandas laborais e o nível de controle no atendimento a essas demandas, além do tempo em que se experimenta esse desequilíbrio elevam a produção dos hormônios do estresse, o que, por sua vez, propicia processos de adoecimento físico e mental nos trabalhadores (ARAÚJO, 2003; KARASEK e THEORELL, 1990).

2.3 O Modelo Demanda-Controle de Karasek

Os conceitos do estresse fundamentam-se na avaliação de respostas do organismo às demandas do ambiente externo, sendo o estresse produzido em situações em que as demandas excedem a capacidade individual de responder a esses estímulos (ARAÚJO et al., 2003; KARASEK e THEÖREL, 1990). Quando os mecanismos de resposta não são efetivos, o estresse pode se prolongar, o que pode favorecer efeitos negativos sobre a saúde, como: hipertensão arterial, depressão e ansiedade (ARAÚJO et al., 2003; KARASEK e THEÖREL, 1990).

Após a sistematização de aspectos conceituais enfatizando a concepção de que fatores, físicos ou psicológicos, capazes de afetar níveis hormonais poderiam ser considerados um estressor, desenvolveu-se amplo corpo de conhecimento no qual o papel das demandas foi destacado. Porém, esses estudos avaliavam somente respostas individuais, que geralmente remetiam a medidas interventivas na motivação ou capacidade adaptativa dos indivíduos (ARAÚJO et al., 2003; KARASEK e THEÖRELL, 1990).

Na década de 70, as pesquisas sobre as repercussões do trabalho na saúde dos trabalhadores surgem fortemente influenciadas nas observações e estudos experimentais de Hans Selye. Diversos estudos eram baseados apenas nas demandas das tarefas e outros se detinham sobre as demandas *versus* as capacidades do indivíduo no enfrentamento destas. O controle do trabalhador sobre o processo de trabalho não fazia

parte da análise dos processos de produção de desgaste laboral (ARAÚJO et al., 2003; KARASEK e THEÖREL, 1990).

Esse enfoque limitado dos modelos unidimensionais colocou em discussão a necessidade de estarem presentes, concomitantemente, o controle e a demanda na abordagem da experiência psicossocial no trabalho e de suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores (KARASEK e THEÖRELL, 1990). Nessa perspectiva, no final da década de 70, Robert Karasek propôs um novo modelo de investigação chamado Modelo Demanda-Controle (*Demand-Control Model* ou *Job Strain*). Um modelo bidimensional que relaciona dois aspectos psicossociais no ambiente de trabalho – as demandas psicológicas e o controle do trabalhador no processo de trabalho – ao risco de adoecimento. (KARASEK e THEÖRELL, 1990)

Os dois aspectos psicossociais envolvem o processo de trabalho. O **controle** no trabalho relaciona-se com dois fatores, referentes ao *uso de habilidades*: o grau em que o trabalho envolve a aprendizagem, repetitividade, criatividade, e o desenvolvimento de habilidades especiais individuais; e a *autoridade decisória*: habilidade para a tomada de decisões sobre o trabalho e influências na política gerencial. Com relação à **demanda psicológica**, ela está relacionada às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta para concretizar suas atividades: pressão do tempo, nível de concentração, interrupção das tarefas e a necessidades de aguardar pelas atividades de outros trabalhadores (ARAÚJO, 2003; KARASEK e THEÖREL, 1990).

O MDC propõe a investigação de duas dimensões psicossociais no ambiente de trabalho – as demandas psicológicas e o controle – a partir da combinação dos níveis alto e baixo dessas duas dimensões, e pressupõe situações de trabalho que configuram riscos diferenciados à saúde (KARASEK e THEÖREL, 1990).

A avaliação do ambiente psicossocial do trabalho, realizada a partir da combinação de níveis altos e baixos dessas duas dimensões, configura-se em quatro tipos básicos de experiências no ambiente psicossocial do trabalho, conforme descritos por KARASEK e THEÖRELL (1990) e ARAÚJO (2003): alta exigência, trabalho ativo, trabalho passivo, e baixa exigência. A **alta exigência do trabalho** (alta demanda psicológica e baixo controle) é considerada de alto desgaste, e é representada pelas reações mais adversas de desgaste psicológico: fadiga, ansiedade, depressão e enfermidade física. Ocorre quando o indivíduo, submetido a um estresse, não se sente em condições de responder adequadamente ao estímulo, por ter pouco controle sobre as

circunstâncias ambientais. Se o tempo da exposição é curto, o organismo se recupera. Se, ao contrário, o desgaste se acumula.

O **trabalho ativo** (alta demanda psicológica e alto controle) permite ao trabalhador ter uma ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas, assim como sobre usar sua potencialidade intelectual com esta finalidade. Demonstra desfechos psicológicos benéficos: aprendizado e crescimento, e consequente alta produtividade. O trabalho é percebido como um desafio e a energia gerada pelos desafios seria traduzida em ação para resolução de problemas. Assim, as solicitações são muitas, porém a tomada de decisão depende do indivíduo.

O **trabalho passivo** (baixa demanda psicológica e baixo controle) produz experiências que reduzem o aprendizado de habilidades. O trabalhador sente-se apático, seja pela ausência de desafios significantes e permissão para atuações com energia, ou pela rejeição às suas iniciativas de trabalho, visto que o trabalhador possui pequena latitude de tomada de decisões. É a segunda exposição mais problemática para a saúde.

Na **baixa exigência** (combinando baixa demanda psicológica e alto controle) os trabalhadores possuem baixas demandas psicológicas e maior controle sobre suas atividades. Este se configura num estado altamente confortável, ideal, uma situação de relaxamento.

De acordo com Karasek e Theorell (1990), essas quatro experiências são oriundas da interação simultânea dos níveis de maior ou menor demanda psicológica e de controle sobre o trabalho. As quatro combinações geradas a partir dessa configuração estão representadas por quadrantes atravessados por duas diagonais, denominadas por Karasek e Theorell (1990) de Diagonal A e Diagonal B (Figura1).

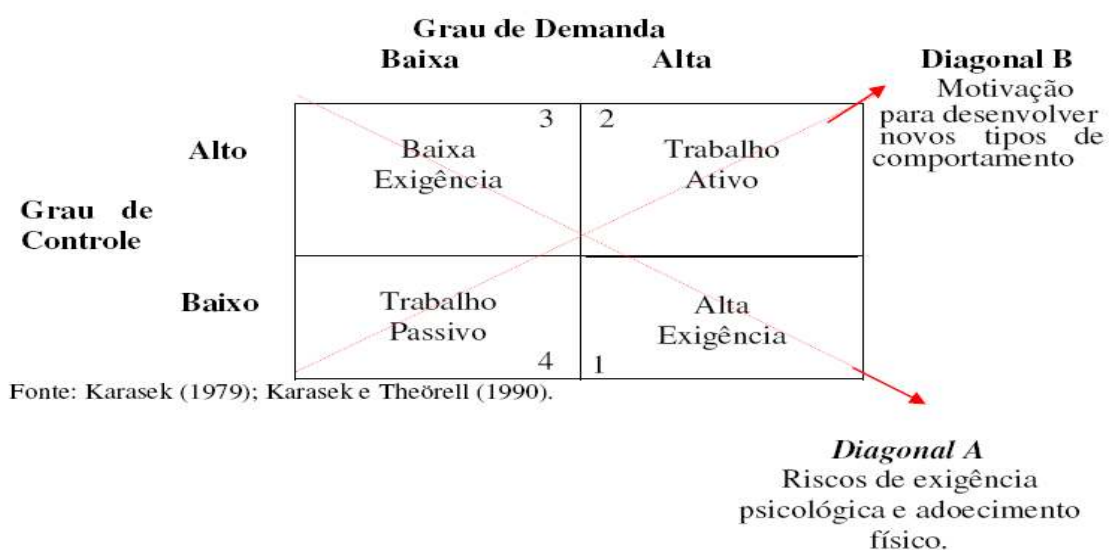


Figura 1 – representação gráfica do Modelo Demanda-Controlle.

Uma terceira dimensão, o apoio social, foi acrescida ao modelo por Johnson em 1988, e relaciona-se aos níveis de interação social no trabalho, tanto com colegas como com chefes. Ele atua como modificador de efeito, ou seja, quanto maior o apoio social, menor será a chance do trabalhador de apresentar consequências negativas à saúde (ALVES, 2004).

A versão original do questionário elaborado por KARASEK possui 49 questões e denomina-se *Job Content Questionnaire* (JCQ). Uma versão resumida do questionário foi proposta por Töres Theorell, em 1988, na Suécia – a *Job Stress Scale* (JSS), ou também denominada como Escala Sueca de Demanda-Controle – Apoio social (DCS). Neste estudo, optou-se pela denominação JSS. Essa versão foi validada e adaptada para uso no Brasil por Alves et al. (2004).

Com relação à versão resumida da JSS, as perguntas que avaliam a demanda psicológica referem-se a aspectos quantitativos (4 questões) como tempo, velocidade para realização do trabalho, e a aspectos qualitativos do processo de trabalho (1 questão), relacionados ao conflito entre as diferentes demandas. No que se refere ao controle, as questões envolvem desenvolvimento de habilidades (4 questões) e a autoridade para tomada de decisões sobre o processo de trabalho (2 questões). No que tange ao apoio social, as seis questões dizem respeito à relação com colegas e chefias (ALVES et al., 2004).

Para se obter dados sobre o uso do Modelo Demanda-Controle na América Latina, foi realizada uma pesquisa bibliográfica na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), na Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Medical Literature and Retrieval System On Line* (MEDLINE). O levantamento de dados foi realizado no período de abril a setembro de 2010, com as seguintes palavras-chave: Modelo Demanda-Controle (MDC), Karasek, *Job Content Questionnaire* (JCQ), *Job Stress Scale* (JSS) e os descritores: saúde do trabalhador e estresse psicológico. Após a busca, foi realizada a seleção dos estudos, de acordo com os critérios de inclusão: estudos na América Latina que utilizassem o MDC para investigação ou em pesquisa bibliográfica sobre o MDC (GRECO et al., 2011).

Nessa pesquisa foram incluídos 35 estudos (Apêndice A), sendo que cinco correspondiam a teses de doutorado e 30 a artigos científicos publicados em periódicos. Como resultado da análise desses estudos, observou-se que 48,6% (n=17) deles foram realizados com trabalhadores da área da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e 14,3% (n 5) com professores (ensino fundamental e médio). Os demais se distribuíram entre funcionários técnicos-administrativos,

adolescentes trabalhadores, servidores de um tribunal, motoristas de transporte coletivo, trabalhadores de cozinhas industriais, de linhas de produção, entre outros (GRECO et al., 2011).

Alguns estudos evidenciaram associação positiva entre alta exigência no trabalho e DPM (AMARAL, 2006; ARAÚJO et al., 2003; KIRCHHOF et al., 2009); maiores chances para dor nos ombros, na coluna torácica e nos tornozelos (MAGNAGO, 2008); maior comprometimento nos domínios da qualidade de vida (FERNANDES e ROCHA, 2009); cansaço mental e nervosismo mais elevados (REIS, 2005); e chances mais elevadas dos trabalhadores apresentarem *burnout* (TIRONI, 2009).

Greco et al. (2011) evidenciaram a importância do MDC na investigação do ambiente psicossocial do trabalho e dos efeitos do estresse ocupacional sobre a saúde, abordando suas diversas repercussões, e sua contribuição ao campo da saúde do trabalhador.

2.4 Os Distúrbios Psíquicos Menores

A organização do trabalho se constitui em uma instância social significativa no processo saúde/distúrbios psíquicos. A organização do trabalho pode produzir efeitos sobre a saúde do trabalhador, que perpassam o aparelho psíquico, onde são impostos um funcionamento, uma modelagem com relação às demandas, como exigências do modo de produção (FERNANDES et al., 2006).

Fernandes et al. (2006) relata que os distúrbios psíquicos relacionados com o trabalho, apesar de possuírem alta prevalência na população trabalhadora, muitas vezes passam despercebidos em avaliações clínicas. Essas dificuldades na avaliação não decorrem somente das características dos distúrbios psíquicos, que frequentemente têm seus sintomas mascarados por manifestações físicas, mas também da complexidade de associá-los ao trabalho desenvolvido pelo indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde estima que os distúrbios psíquicos menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores, e os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%. No Brasil, segundo estatísticas do INSS, que se referem somente aos trabalhadores com registro formal, os transtornos mentais estão na terceira posição entre

as causas de benefício previdenciário como auxílio-doença, afastamento do trabalho (mais de 15 dias) e aposentadorias por invalidez (BRASIL, 2001).

Na realidade brasileira, alguns estudos evidenciaram prevalências elevadas de DPM. Araújo et al. (2003) encontraram uma prevalência de 33,3% em trabalhadoras de enfermagem. Ao estudar a população urbana de Pelotas, no Rio Grande do Sul, com idades entre 20 a 69 anos, Costa et al. (2002) observaram prevalência de DPM de 21% em homens e 34,2% em mulheres. Nascimento Sobrinho et al. (2006), em estudo realizado com médicos de Vitória da Conquista, na Bahia, encontraram prevalência de DPM em 26%.

Os transtornos mentais comuns, neste estudo denominado como DPM, são definidos por Goldberg e Huxley (1992) como sintomas de fadiga, esquecimento, irritabilidade, insônia, dificuldade de concentração, e queixas de ordem somática. Essas manifestações demonstram que houve uma ruptura do funcionamento “normal” do indivíduo, porém não configuram uma patologia na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), ou nos Manuais de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) .

Esses distúrbios se constituem como um problema de saúde pública e representam alto custo econômico e social, no sentido de que aumentam a demanda para serviços de saúde e são causa importante de afastamentos do trabalho (COUTINHO; ALMEIDA-FILHO e MARI, 1999).

Braga, Carvalho e Binder (2010) relatam que vários estudos demonstram numerosos fatores associados à prevalência de DPM. Dentre eles, as características do próprio indivíduo, aspectos sociais e familiares e aspectos do trabalho. Com relação ao trabalho, os autores ainda citam a baixa renda, exclusão do mercado de trabalho, o desemprego e em especial as demandas psicológicas no trabalho e o baixo controle sobre o trabalho.

No Brasil, alguns fatores têm contribuído para elevar as prevalências dos DPM, como: o processo de industrialização e urbanização, desigualdades sociais, vida estressante e violência (LOPES; FAERSTEIN e CHOR, 2003). Costa e Lurdemir (2005) apontam como fatores potenciais de risco para DPM o baixo apoio social associado a condições de vida e trabalho inadequadas.

A preocupação com os impactos dos problemas de saúde mental na população dos países periféricos levou a OMS a desenvolver o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), para avaliar distúrbios psíquicos menores (MARI e WILLIAMS, 1986). A versão original do SRQ contém 24 itens distribuídos em 20 questões que avaliam os

transtornos não psicóticos e quatro que avaliam os transtornos psicóticos, como alucinações, delírio e confusão mental (IACOPONI e MARI, 1998). O SRQ tornou-se um instrumento de ampla utilização para suspeição de DPM. Na versão adaptada para o português, foram excluídas as quatro questões referentes aos transtornos psicóticos, sendo a partir daí denominado de SRQ-20 (MARI e WILLIANS, 1986).

Em estudo bibliográfico realizado por Tavares et al. (2011), no primeiro semestre de 2010, abordando a temática DPM e a utilização do SRQ-20 no Brasil, foram encontrados 41 estudos (dissertações e artigos). Nesses estudos, as prevalências globais de DPM variaram de 17% a 77,3%. A menor prevalência foi encontrada em uma amostra representativa da população com 14 anos ou mais de idade, residente na zona urbana de Campinas/SP. Já a maior prevalência foi em mulheres, de 15 a 49 anos, vítimas de violência, atendidas em um hospital de emergência na cidade de Salvador/BA. A população em geral (não relacionando à atividade laboral) foi a mais estudada (48,6% dos estudos), com destaque para pessoas com mais de 14 anos, mulheres, adultos com 40 anos ou mais e adolescentes de 15 a 18 anos. Também foram pesquisados os trabalhadores da área da saúde (trabalhadores de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde) com 16,4% dos estudos, trabalhadores de outras áreas (professores de pré-escola e ensino fundamental, de educação física e de ensino superior, agentes penitenciários e motoristas) com 19,3%, e estudantes (medicina, educação física, enfermagem, odontologia e ensino médio) com 12,1% dos estudos (TAVARES et al., 2011).

3 MÉTODO

Neste capítulo, encontra-se apresentado o percurso metodológico para o alcance dos objetivos delineados para esta pesquisa.

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal. Segundo Medronho et al. (2002), os estudos transversais ou de prevalência investigam a presença de doenças ou aspectos positivos da saúde em um grupo, em que a exposição e doenças são examinados em um único momento do tempo. São úteis para o planejamento de ações de saúde, para diagnósticos comunitários e avaliação de serviços.

3.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado nas unidades dos CASEs do Estado do Rio Grande do Sul. Eles estão localizados na capital e no interior. Na capital, as seis unidades estão situadas em um complexo único da FASE e, no interior do estado, as sete unidades estão distribuídas em sete municípios.

As unidades dos Centros de Atendimento Socioeducativo apresentam uma estrutura física diferente, contudo possuem a mesma distribuição de salas. Nos CASEs da capital há uma entrada para o complexo, com portão externo, uma guarita com guardas e portões eletrônicos com interfone para o acesso às unidades. Estas possuem: *hall* de recepção, sala da direção, secretaria, sala da enfermagem, sala de atendimento psicológico, sala de atendimento médico, gabinete do dentista, sala da assistente social, sala de reuniões, almoxarifado, sala dos agentes socioeducadores, secretaria, quadra de esporte, sala de revista, sala de pertences do adolescente, sala de atendimento especial, banheiro dos adolescentes, banheiro dos funcionários, lavanderia e cozinha. Além desses espaços, há os setores, como são denominados os locais onde se encontram os dormitórios, banheiro coletivo para uso dos adolescentes, sala de oficinas, escola. Entre

um setor e outro (um de cada lado do prédio), há uma sala de agentes socioeducadores. Cabe ressaltar que para adentrar aos setores é necessária a passagem por portões de acesso.

3.3 População e amostra do estudo

3.3.1 População

A população do estudo foi composta pelos 819 agentes socioeducadores dos CASEs do Rio Grande do Sul, assim distribuídos:

a) Em Porto Alegre são seis unidades: Centro de Atendimento Socioeducativo Feminino – CASEFE (36 agentes socioeducadores), Padre Cacique (69 agentes socioeducadores), Porto Alegre 1 – POA1 (93 agentes socioeducadores), Porto Alegre 2 – POA2 (94 agentes socioeducadores), Centro de Internação Provisória Carlos Santos – CIP (84 agentes socioeducadores) e Comunidade Socioeducativa – CSE (110 agentes socioeducadores).

b) No interior do estado são sete unidades: Novo Hamburgo (57 agentes socioeducadores), Santo Ângelo (36 agentes socioeducadores), Santa Maria (59 agentes socioeducadores), Pelotas (39 agentes socioeducadores), Caxias do Sul (47 agentes socioeducadores no CASE), Uruguaiana (46 agentes socioeducadores) e Passo Fundo (49 agentes socioeducadores).

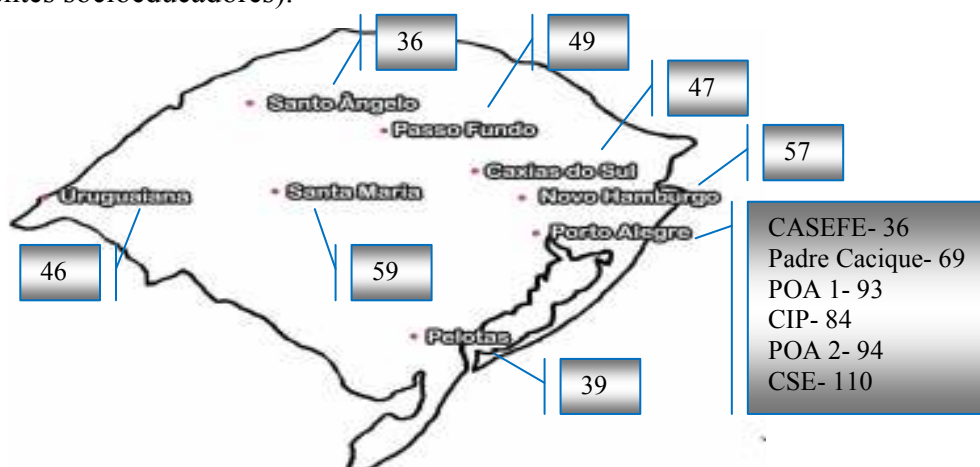


Figura 2 – Distribuição dos Centros de Atendimento Socioeducativo (CASEs) no Estado do Rio Grande do Sul. 2011.

3.3.2 Amostra do estudo

Para o cálculo da amostra, utilizou-se a seguinte fórmula (LOPES et al., 2008, p. 83):

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Onde:

$Z(\alpha/2)$ = valor tabelado (distribuição normal padrão);

p = percentual estimado;

q = (1-p) Complemento de p;

e = erro amostral;

α = nível de significância.

Assim, considerando um erro amostral de 3,68%, uma proporção estimada de 50% e um nível de significância de 5%, a amostra foi composta por **381 agentes socioeducadores**. A seleção da amostra foi aleatória por CASE (Figura 3). A partir da seleção do CASE, foi solicitada à diretoria da referida instituição uma relação atualizada de nomes dos agentes socioeducadores, e agendada uma data para visita e abordagem dos possíveis sujeitos do estudo, com vistas à sua participação na pesquisa, nos diferentes turnos de trabalho.

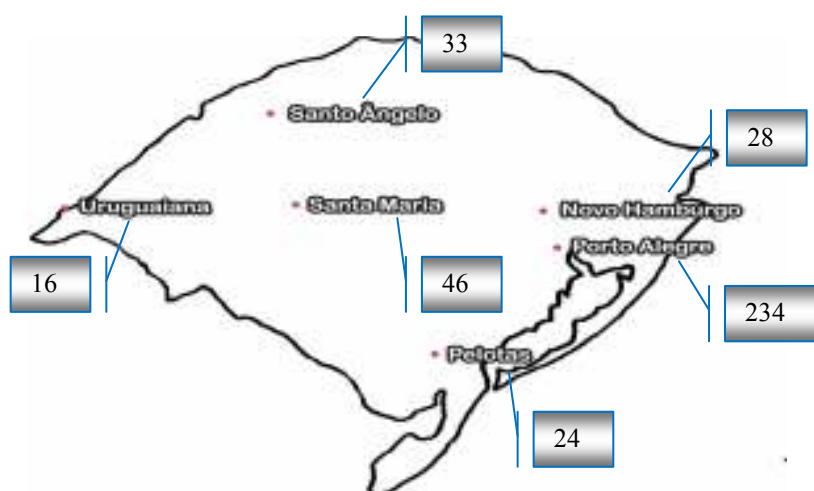


Figura 3 - Distribuição dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Estado do Rio Grande do Sul onde ocorreu a coleta de dados. 2011.

3.3.2.1 Critérios de inclusão e de exclusão

a) O critério de inclusão:

Foram incluídos no estudo os agente socioeducadores, de ambos os sexos, lotados nos CASEs do RS. Para aqueles que estavam retornando de férias ou qualquer outro afastamento, a inclusão foi realizada somente após 30 dias de retorno ao trabalho (critério para coleta do instrumento de pesquisa - SRQ-20).

b) O critério de exclusão:

Foram excluídos do estudo os agente socioeducadores dos CASEs selecionados que estavam em licença, laudo ou suspensão e qualquer outro afastamento.

3.4 Coleta dos dados

A coleta foi realizada no período de março a agosto de 2011 (após autorização da instituição FASE/RS (Anexo A) e da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição da pesquisadora responsável) (Anexo B), pela pesquisadora mestranda e por quatro auxiliares de pesquisa certificados. Todos os agentes dos CASEs sorteados foram convidados a participar do estudo. O recrutamento dos agentes foi realizado individualmente no próprio local de trabalho, a partir do fornecimento de informações sobre os objetivos, finalidade, riscos e benefícios da pesquisa. Após o assentimento e assinatura do TCLE (Apêndice C), eles receberam o questionário de pesquisa (Apêndice B), para ser preenchido no próprio local de trabalho e devolvido aos auxiliares de pesquisa. Para aqueles que não aceitaram participar da pesquisa em um primeiro momento, posteriormente, foi realizado novo convite.

O questionário foi autoaplicável (preenchido pelo próprio agente socioeducador) e contemplou cinco blocos distintos. No primeiro bloco (Bloco A) constam duas questões relacionadas à identificação da data e do local do estudo. No segundo bloco (Bloco B), nove questões relacionadas ao perfil sociodemográfico dos agentes socioeducadores. No terceiro bloco (Bloco C), 12 questões relacionadas ao perfil laboral dos agentes socioeducadores. No quarto bloco (Bloco D) constam as 17 questões

presentes na versão resumida da “*Job Stress Scale*” (ALVES et al., 2004). No quinto bloco (Bloco E), as 20 questões do *Self-Report Questionnaire-20* (SRQ-20), validado no Brasil por Mari e Williams (1986) para investigação de DPM. No sexto bloco (Bloco F), 13 questões referentes a hábitos e condições de saúde.

3.5 Organização e análise dos dados

Para a inserção dos dados foi utilizado o programa *Epi-info*®, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada no programa *PASW Statistics*® (*Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago - USA) *18.0 for windows*.

Inicialmente, foi utilizada a estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo, frequências absolutas e percentuais) de acordo com o tipo de variável. Posteriormente, foram utilizadas análises bivariadas para fins de verificação de associação entre os quadrantes do MDC e os DPM, com cada uma das covariáveis sociodemográficas e laborais. Adotou-se um nível de significância estatística de 5% ($p < 0,05$), utilizando-se o Teste Quiquadrado ou Exato de Fisher.

A seguir, encontra-se detalhado como as variáveis foram organizadas para as análises.

a) Análise das variáveis sociodemográficas, hábitos e saúde:

A variável **idade** foi avaliada inicialmente em anos completos (média, desvio padrão; mediana). Posteriormente, foi categorizada pela média em até 44 anos e \geq a 45 anos.

O **sexo** foi avaliado em duas categorias: masculino e feminino.

A **escolaridade** informada foi avaliada nas seguintes categorias: ensino médio, graduação e pós-graduação.

A **cor/raça** foi identificada de acordo com o Censo Brasileiro (IBGE), o qual usa os termos: branca, preta/negra, parda, amarela, indígena. Um pequeno número de agentes socioeducadores referiu cor/raça negra, amarela ou indígena. Sendo assim, para a análise bivariada, as categorias foram agrupadas em: branca e outra.

Para a análise da **situação conjugal**, foram consideradas duas categorias: casado/com companheiro e solteiro/sem companheiro/viúvo.

O **número de filhos** foi categorizado em quatro grupos: nenhum, um filho, dois filhos e três filhos ou mais.

As **horas de sono nas 24 horas** foram avaliadas em horas e, posteriormente, categorizadas em: até 4 horas, de 5 a 8 horas e de 9 a 12 horas.

A prática regular de **atividade física** (3x por semana) foi dicotomizada em: não e sim.

O **tempo para lazer** foi avaliado em três categorias: não, sim e às vezes.

O **tabagismo** foi categorizado em: nunca fumei; fumei, mas parei; e sim, fumo.

O **uso de bebida alcoólica** foi avaliado pelo CAGE. O termo CAGE é originário das palavras-chave incluídas em cada uma das quatro questões em inglês, respectivamente: “*cut-down*”, “*annoyed*”, “*guilty*”, “*eye-opener*”. Constitui-se de quatro questões que têm por objetivo identificar suspeitos de alcoolismo. O CAGE é utilizado como teste de triagem para detecção de abuso no consumo de bebidas alcoólicas, adotando-se o ponto de corte em duas ou mais respostas positivas para as quatro questões do teste. Apresenta alta sensibilidade, especificidade e valores preditivos na versão em português (MASSUR e MONTEIRO, 1983).

O **uso de medicação** teve avaliação dicotômica: não e sim.

A **necessidade de atendimento médico no último ano** foi avaliada em: não e sim.

A **necessidade de acompanhamento psicológico no último ano** foi avaliada em: não e sim.

b) Análise das variáveis laborais:

O **turno de trabalho** foi dicotomizado em: diurno e noturno.

O **tempo de trabalho no turno** foi avaliado inicialmente em anos completos (média=8,13; desvio padrão= 5,39; mediana=8; mínimo=0 e máximo=37). Posteriormente, foi dicotomizado pela mediana em: até 8 anos e >8 anos.

Para a **carga horária semanal** de trabalho foram constituídas duas categorias: até 40 horas semanais e mais de 40 horas semanais.

O **tempo de trabalho na instituição** foi avaliado inicialmente em anos completos (média=10,7; desvio padrão= 4,96; mediana=10; mínimo=0 e máximo=37). Posteriormente, categorizado pela média em: até 10 anos de trabalho, e mais de 10 anos.

O número de agentes na **escala de trabalho** foi avaliado como: suficiente ou insuficiente.

O **tempo de trabalho como agente socioeducador** foi avaliado inicialmente em anos completos (média=12,18; desvio padrão=5,79, mediana=11, mínimo=0 e máximo=42). Posteriormente, categorizado pela média em: até 12 anos e mais de 12 anos.

A **satisfação com local de trabalho** foi avaliada como: não e sim.

A realização de **capacitação** foi categorizada em três grupos: não, sim e às vezes.

A variável **outro emprego** foi avaliada como: não e sim.

A **carga horária semanal no outro emprego** foi avaliada primeiramente em horas, e depois dicotomizada pela mediana em: até 20 horas e mais de 20 horas.

O número de **dias de afastamento no último ano** foi categorizado em cinco grupos: nenhum, até 09 dias, 10 a 24 dias, 25 a 99 dias e 100 a 365 dias.

3.5.1 Análise da Exposição (quadrantes do MDC)

Foi utilizada a escala adaptada para o português, baseada na versão resumida da “*Job Stress Scale*” (ALVES et al., 2004), também denominada como Escala Sueca de Demanda-Controle-apoio social (DCS). Neste estudo, optou-se pela sua identificação como JSS.

A dimensão *demanda psicológica* foi obtida a partir de escala, com base em cinco questões referentes à demanda psicológica de trabalho:

1) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?

2) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?

3) Seu trabalho exige demais de você?

4) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho? (questão reversa)

5) O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

Cada questão recebeu pontuação referente às opções: sempre (4 pontos), às vezes (3 pontos), raramente (2 pontos), nunca (1 ponto). Das cinco questões relativas à

demanda psicológica, somente a questão de número 4 possui direção reversa, neste caso: sempre = 1 ponto; às vezes = 2 pontos; raramente = 3 pontos; e nunca = 4 pontos.

Os escores foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das perguntas. De acordo com essas questões, o escore para demanda psicológica varia de 5 a 20 pontos (ALVES et al., 2004). Quanto maior o escore, maior a demanda. De acordo com esse escore, a variável demanda psicológica foi dicotomizada em “baixa demanda” e “alta demanda”, utilizando-se a média encontrada.

A dimensão *controle sobre o trabalho* foi obtida a partir de escala, com base em seis questões:

- 1) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- 2) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- 3) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- 4) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
(questão reversa)
- 5) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- 6) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

Cada questão recebeu pontuação em uma escala crescente de 1 a 4, assim como na orientação para a construção da variável demanda psicológica. Esta dimensão, como a anterior, apresenta uma questão com direção reversa (número 4).

Os escores da dimensão controle foram obtidos por meio da soma dos pontos atribuídos a cada uma das seis perguntas. De acordo com essas questões, o escore para controle tem variação de 6 a 24 (ALVES et al., 2004). Quanto maior o escore, maior o controle. A partir do escore encontrado, a variável controle foi dicotomizada em “baixo controle” e “alto controle”, utilizando-se a média da pontuação.

Tabela 1 – Estatística descritiva das dimensões da escala do Modelo Demanda-Controle, a partir da *Job Stress Scale* (JSS). RS, 2011

Escala Modelo Demanda-Controle (JSS)	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Demanda Psicológica	15,19	2,382	15,00	5	20
Controle no Trabalho	14,88	2,537	15,00	8	21
Apoio Social	15,51	2,964	16,00	8	23

Para composição dos grupos do Modelo Demanda-Controle, os níveis de demanda e de controle dicotomizados pela média foram combinados de forma a construir os quadrantes do Modelo Demanda-Controle, da seguinte forma:

Baixa exigência = combinação de baixa demanda e alto controle;

Trabalho passivo = baixa demanda e baixo controle;

Trabalho ativo = alta demanda e alto controle;

Alta exigência = alta demanda e baixo controle.

Durante as análises foram consideradas categorias de referência: as dimensões “baixa demanda psicológica” e “alto controle” e o quadrante “baixa exigência”.

3.5.2 Avaliação da confiabilidade das dimensões do Modelo Demanda-Controle

A avaliação da confiabilidade foi realizada por meio da estimativa da consistência interna da escala global e de suas respectivas dimensões, utilizando-se o coeficiente *Alpha de Cronbach*. Valores acima de 0,70 são confirmativos para a fidedignidade da medida a que o instrumento se propõe (FIELD, 2009).

3.5.3 Desfecho – Distúrbios psíquicos menores

Os distúrbios psíquicos menores, variável dependente, foram avaliados de acordo com escores obtidos no *Self-Report Questionnaire-20* (SRQ-20), validado, no Brasil, por Mari e Williams (1986).

O SRQ-20 contém 20 questões sobre sintomas e problemas que tenham ocorrido nos últimos 30 dias anteriores à resposta. Cada uma das alternativas tem escore de 0 a 1, em que o escore um 1 indica que os sintomas estavam presentes no último mês, e zero (0), que estavam ausentes (WHO, 1994). O ponto de corte para suspeição de DPM nos agentes socioeducadores será de sete tanto para homens como para mulheres, conforme utilizado em outros estudos na área de saúde do trabalhador (DELCOR et al., 2004; REIS et al., 2005; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; ULHÔA et al., 2010). E conforme estudo sobre a avaliação do desempenho das versões do *Self - Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico, o ponto de corte mais

adequado para o SRQ 20 é 7/8, independente do sexo (GONÇALVES; STEIN e KAPCZINSKI, 2008).

3.5.4 Análise da associação entre os quadrantes do MDC e os DPM

Para a análise da associação entre os quadrantes do MDC e DPM, foram realizadas a análise por correspondência e a regressão binária logística.

a) Análise por correspondência

Para Greenacre (2005, p. 76), a Análise de Correspondência (AC) é uma técnica usada em dados categorizados, de caráter gráfico, onde as posições de pontos correspondentes a variáveis ou categorias das mesmas podem ser interpretadas como associações.

Segundo Hair et al. (2005, p. 108), a análise de correspondência é uma técnica de interdependência que reduz a dimensionalidade e o mapeamento percentual. É uma técnica composicional baseada na associação entre variáveis qualitativas com atributos especificados pelo pesquisador. Sua aplicação mais direta é retratar a “correspondência” de categorias de variáveis, particularmente aquelas medidas em escalas nominais.

O teste Qui-quadrado é uma medida padronizada da frequência real da célula comparada com a frequência esperada, e é utilizado para padronizar valores de frequências e formar a base para associações.

$$\chi_c^2 = \sum_{i,j=0}^n \frac{(fo_{ij} - fe_{ij})^2}{fe_{ij}} .$$

Para Hair et al. (2005, p. 128), os valores qui-quadrado podem ser convertidos para medidas de similaridade. Assim, cada categoria de cada variável tem calculada sua distância para todas as demais, configurando uma nuvem de pontos em espaço multidimensional. A distância qui-quadrado é a mais indicada para este tipo de análise e é dada por:

$$d_{\chi^2} = \sqrt{\sum \left[\frac{1}{fr_c} (fr_i - fr_n) \right]} .$$

Idealmente, observa-se a distribuição da “nuvem” de variáveis no espaço bidimensional, verificando-se a relação entre elas. Entretanto, não é possível inspecionar visualmente um espaço multidimensional. Porém, essa nuvem pode ser projetada em planos (autovetores). Esses planos são selecionados pela sua capacidade de preservar ao máximo a distância entre os pontos, refletindo, o melhor possível, as relações entre as categorias (inércia).

O programa computacional utilizado para análise de correspondência das variáveis qualitativas foi o Statistica versão 7.0.

b) Regressões multivariadas (binária logística):

Foram utilizadas para identificar a associação ajustada por fatores de confundimento entre os quadrantes do MDC e os DPM. Nessas análises, as covariáveis sociodemográficas, laborais, hábitos e saúde foram consideradas como potenciais variáveis de confundimento se associadas tanto ao desfecho (DPM) quanto à exposição (quadrantes do MDC). Para isso, estabeleceu-se um nível de significância de 25% ($p \leq 0,25$), utilizando-se o qui-quadrado. O quadrante *baixa exigência* foi considerado como a categoria de referência.

Foi utilizado o Teste Hosmer-Lemeshow para verificar a adequação dos modelos de regressão. Nesse teste, os valores variam de zero (0) a 1, sendo que, quanto mais próximo a 1, melhor é a adequação do modelo (HOSMER e LEMESHOW, 2000).

3.6 Aspectos éticos

As questões éticas são extremamente relevantes para desenvolver este estudo. Os dados foram coletados após autorização da FASE/RS (AnexoA) e trâmite em todos os órgãos competentes: Gabinete de Projetos, do Centro de Ciências da Saúde, Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente.

O agente socioeducador recebeu informações, individualmente, sobre os objetivos da pesquisa, em linguagem clara e acessível, sobre os riscos e benefícios que esta promoverá e de que não haverá obrigatoriedade na sua participação. Foi informado também de que em qualquer momento da pesquisa, poderia declinar da sua participação,

não implicando em danos nem penalização ou prejuízo para si, conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Após o assentimento do agente socioeducador em participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), solicitada a sua leitura e posterior assinatura em caso de concordância com os termos expostos, em duas vias. Uma ficou de posse do agente, e a outra, do pesquisador responsável.

Igualmente, foi destacado o direito de sua privacidade, não havendo exposição pública de sua pessoa ou de suas informações, em nenhum momento da pesquisa. Foi explicado também que as informações deste estudo comporão um banco de dados que será de uso exclusivamente científico para as áreas de enfermagem e saúde do trabalhador, que os questionários ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável e, após o período de cinco anos, os questionários serão destruídos (Apêndice D).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados segue a seguinte sequência: características sociodemográficas, hábitos e saúde, características laborais dos agentes socioeducadores; avaliação da consistência interna das dimensões da escala do Modelo Demanda-Controle; caracterização dos quadrantes do Modelo Demanda-Controle, segundo perfil sociodemográfico, hábitos, saúde e segundo perfil laboral dos agentes socioeducadores; caracterização dos distúrbios psíquicos menores segundo características sociodemográficas, laborais e quadrantes do Modelo Demanda-Controle e avaliação da associação entre distúrbios psíquicos menores e quadrantes do Modelo Demanda-Controle.

4.1 Características sociodemográficas, hábitos e saúde dos agentes socioeducadores

A Tabela 2 apresenta o perfil sociodemográfico dos agentes socioeducadores dos CASE do Rio Grande do Sul.

Tabela 2 - Distribuição dos agentes socioeducadores dos Centros de atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul, segundo variáveis sociodemográficas, RS, 2011. (N=381)

Variáveis sociodemográficas	(continua)	
	n	%
Sexo (n=380)		
Masculino	168	44,2
Feminino	212	55,8
Faixa Etária* (n=372)		
até 44 anos	193	51,9
≥ a 45 anos	179	48,1
Raça/cor (n=380)		
Branca	286	75,3
Preta/Negra	47	12,4
Parda	45	11,8
Indígena	2	0,5
Escolaridade (n=363)		
Ensino médio	166	45,7
Graduação	155	42,7
Pós-graduação	42	11,6

Variáveis sociodemográficas	(conclusão)	
	n	%
Situação Conjugal (n=379)		
Casado/Com companheiro	244	64,4
Solteiro/Sem companheiro	69	18,2
Viúvo/Separado/Divorciado	66	17,4
Nº de Filhos (n=380)		
Nenhum	76	19,9
Um filho	122	32,1
Dois filhos	115	30,3
Três filhos	42	11,1
Mais de três filhos	25	6,6

* Média= 44,4 (±8,17).

Conforme a Tabela 2, observa-se que os agentes socioeducadores são predominantemente do sexo feminino (55,8%) e com idade até 44 anos (51,9%) (média= 44,4; DP=8,17). Maior percentual (75%) referiu ser de raça branca, possuir graduação ou pós-graduação (54,3%), ser casado ou com companheiro (64,4%) e possuir de um a dois filhos (62,4%).

Tabela 3 - Distribuição dos agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul, segundo variáveis hábitos e saúde, RS, 2011. (N=381)

Variáveis Hábitos e Saúde	(continua)	
	n	%
Tabagismo (n= 379)		
Nunca fumei	220	58,2
Fumei, mas parei	86	22,8
Sim, fumo	72	19,0
Suspeição para Alcoolismo (CAGE) (n=337)		
Não	301	89,3
Sim	36	10,7
Horas de sono*		
0 a 4 horas	16	4,2
5 a 8 horas	342	89,8
9 a 12 horas	23	6,0
Atividade Física		
Não	256	67,2
Sim	125	32,8
Tempo de lazer (n=378)		
Não	84	22,2
Sim	104	27,5
Às vezes	190	50,3

Variáveis Hábitos e Saúde	(conclusão)	
	n	%
Uso de medicação (n= 376)		
Não	140	37,2
Sim	236	62,8
Indicação medicação (n=237)		
Médica	218	92,0
Conta própria	19	8,0
Necessidade atendimento médico (n=373)		
Não	76	20,4
Sim	297	79,6
Acompanhamento psicológico (n=372)		
Não	240	64,5
Sim	132	35,5

*Média 6,6 horas ($\pm 1,59$), mínimo Zero(0) e máximo 12 horas

Com relação a Hábitos e saúde, maior percentual de agentes nunca fumou (58,2%) e não possui suspeição para alcoolismo, de acordo com o CAGE (89,3%); dormem de cinco a oito horas por dia (89,8%), não realiza atividade física regularmente (67,2%) e refere que às vezes tem tempo para lazer (50,3%).

Quanto ao uso de medicação, 62,8% referiram fazer uso de algum tipo de medicamento. Destes, 92% afirmaram que o uso foi por indicação médica. Dentre os medicamentos mais utilizados pelos agentes, foram citados: antidepressivo (n=63), antihipertensivo (n=60), antiinflamatório (n=44), analgésico (n=31), ansiolítico (n=29), hormônio T4 (n=26), entre outros.

Ao serem questionados sobre a necessidade de atendimento médico e psicológico no último ano, 79,6% e 35,5%, respectivamente, responderam de forma afirmativa.

4.2 Análise das características relacionadas ao trabalho dos agentes socioeducadores

Na Tabela 4 estão descritas as características laborais pesquisadas.

Tabela 4 - Distribuição dos agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul, segundo variáveis laborais, RS, 2011. (N=381)

Variáveis Laborais	n	%
Tempo de trabalho instituição		
Até 10 anos	210	55,1
Mais de 10 anos	171	44,9
Tempo de Trabalho como agente		
Até 12 anos	270	70,9
Mais de 12 anos	111	29,1
Turno de trabalho		
Diurno	193	50,7
Noturno	188	49,3
Tempo de Trabalho Turno (n=380)		
Até 8 anos	204	53,7
Mais de 8 anos	176	46,3
Carga Horária semanal*		
Até 40 horas	257	67,5
Mais de 40 horas	124	32,5
Outro emprego		
Não	346	90,8
Sim	35	9,2
CH outro emprego (n=35)		
Até 20 horas	25	71,4
Mais de 20 horas	10	28,6
Tempo de Trabalho outro emprego (n=35)		
Até 6 anos	19	54,3
Mais de 6 anos	16	45,7
Número de agentes na Escala de trabalho (n=366)		
Suficiente	72	19,7
Insuficiente	294	80,3
Satisfação com o Trabalho (n=369)		
Não	193	52,3
Sim	176	47,7
Recebeu Capacitação (n=362)		
Não	199	55,0
Sim	13	3,6
Às vezes	150	41,4
Dias de afastamento do trabalho (n=374)		
Nenhum	120	32,0
Até 09 dias	135	36,1
10 a 24 dias	62	16,6
25 a 99 dias	32	8,6
100 a 365 dias	25	6,7

* Média=44,4 horas (d.p.±9,79); mínimo 06 e máximo 99h.

No que se refere ao perfil laboral dos agentes socioeducadores, 55,1% tem até 10 anos de trabalho na instituição, 70,1% trabalham até dez anos como agentes e 53,7% até oito anos no mesmo turno de trabalho. O percentual de agentes nos dois turnos são semelhantes.

Do total de agentes, 67,5% realizam uma carga horária semanal de até 40 horas e 9,2% possuem outro emprego. Destes, 71,4% possui carga horária no outro emprego de até 20 horas e 53,4% trabalham há pelo menos seis anos no outro emprego.

Quanto a receber capacitação ou treinamento, 55,0% afirmam não receber. No que se refere ao número de agentes na escala de trabalho, 80,3% relatam ser insuficiente. Ao serem questionados sobre estarem satisfeitos com o local de trabalho, 52,3% não se encontram satisfeitos. No que tange aos afastamentos do trabalho devido problemas de saúde, 36,1% necessitaram até nove dias e 16,6% de 10 a 24 dias.

4.3 Avaliação da consistência interna das dimensões da escala do Modelo Demanda-controle

A consistência interna das dimensões da escala de demanda-controle foi realizada por meio do coeficiente Alfa de Cronbach e encontra-se descrita na Tabela 5

Tabela 5 - Média, desvio padrão e coeficiente Alpha de Cronbach das dimensões da *Job Stress Scale* (JSS) do Modelo demanda-controle.

Escala Modelo Demanda-Controle (JSS)	Média	DP	α
Demanda Psicológica	15,19	2,38	0,74
Controle no Trabalho	14,88	2,53	0,55
Apoio Social	15,51	2,96	0,80

Nota: DP= desvio padrão α = Alpha de Cronbach

Os valores de consistência interna geral da escala foram: 0,74 para demanda psicológica, 0,55 controle no trabalho e 0,80 para apoio social. O Alpha de Cronbach geral da JSS foi 0,622.

4.4 Caracterização do trabalho dos agentes socioeducadores segundo o Modelo Demanda-controle

Neste subitem estarão descritas as relações entre todas as variáveis investigadas e os quadrantes do Modelo Demanda-Controle.

4.4.1 Caracterização dos quadrantes do Modelo Demanda-controle

A frequência dos agentes socioeducadores de acordo com os quadrantes do Modelo Demanda-controle ficou classificada da seguinte forma:

Tabela 6 - Frequência de agentes socioeducadores segundo quadrantes do modelo demanda-controle. RS, 2011. (n=381)

Quadrantes MDC	n	%
Baixa exigência (↓D ↑C)	115	30,2
Trabalho passivo (↓D ↓C)	80	21,0
Trabalho ativo (↑D ↑C)	113	29,7
Alta exigência (↑D↓C)	73	19,2

Conforme Tabela 6, quando combinadas as dimensões *demanda psicológica e controle sobre o trabalho* de forma a compor os quadrantes propostos por Karasek e Theörell (1990), verificou-se, na população estudada, uma menor frequência de agentes socioeducadores nos grupos *alta exigência e trabalho passivo*. Os grupos *baixa exigência e trabalho ativo* apresentavam proporções mais elevadas.

4.4.2 Caracterização das variáveis sociodemográficas dos agentes socioeducadores segundo os quadrantes do Modelo Demanda-controle

A Tabela 7 apresenta a caracterização dos agentes socioeducadores segundo os quadrantes do Modelo Demanda-Control e de acordo com as variáveis sociodemográficas.

Tabela 7 - Distribuição dos agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul, por quadrante do Modelo D-C e segundo características sociodemográficas. RS, 2011.

Variáveis Sociodemográficas	MDC								P*
	Baixa Exigência		Trabalho Passivo		Trabalho Ativo		Alta Exigência		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo (n=380)									
Masculino	55	32,7	34	20,2	57	34,0	22	13,1	0,370
Feminino	59	27,8	46	21,7	56	26,4	51	24,1	
Idade (n=372)									
Até 44 anos	55	28,5	47	24,4	55	28,5	36	18,6	0,502
≥ a 45 anos	56	31,3	32	17,8	56	31,3	35	19,6	
Raça/cor (n=372)									
Branca	84	29,4	61	21,3	85	29,7	56	19,6	0,964
Outra	30	31,9	19	20,2	28	29,8	17	18,1	
Escolaridade (n=363)									
Ensino médio	61	36,7	33	19,9	43	25,9	29	17,5	0,062
Graduação	37	23,8	41	26,5	48	31,0	29	18,7	
Pós – graduação	10	23,8	5	11,9	16	38,1	11	26,2	
Situação conjugal (n=379)									
Casado com companheiro	76	31,1	54	22,1	77	31,6	37	15,2	0,06
Solteiro/sem companheiro	37	27,3	26	19,3	36	26,7	36	26,7	
Nº de Filhos (n=381)									
Nenhum filho	16	21,1	19	25	24	31,6	17	22,4	0,472
1 filho	42	34,4	22	18	34	27,9	24	19,7	
2 filhos	31	27	29	25,2	34	29,6	21	18,3	
3 ou mais filhos	25	37,3	10	14,9	21	31,3	11	16,4	

*Teste Qui - quadrado

Nas variáveis da Tabela 7 não foram identificadas diferenças estatísticas significativas, ou seja, não há diferença entre os grupos avaliados. Porém, destaca-se que as maiores frequências estão alocadas nos quadrantes *trabalho ativo* (masculino, idade ≥ a 45 anos, raça branca, graduados/pós-graduados, casados/com companheiro, nenhum filho) e *baixa exigência* (feminino, idade ≥ a 45 anos, raça não branca, ensino médio, casado/com companheiro e três ou mais filhos).

A Tabela 8 apresenta a caracterização dos agentes socioeducadores segundo os quadrantes do Modelo Demanda-Controlle, de acordo com as variáveis hábitos e saúde.

Tabela 8 - Distribuição dos agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul, por quadrante do Modelo D-C e segundo características de hábito e saúde. RS, 2011.

Variáveis Hábitos e Saúde	MDC								p*
	Baixa Exigência		Trabalho Passivo		Trabalho ativo		Alta Exigência		
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Tabagismo (n=379)									
Nunca fumei	59	26,8	54	24,5	63	28,7	44	20,0	0,323
Fumei, mas parei	31	36,0	15	17,5	24	27,9	16	18,6	
Sim, fumo	25	34,7	10	13,9	25	34,7	12	16,7	
Suspeição Alcoolismo CAGE(n=337)									
Não	92	30,6	67	22,3	88	29,2	54	17,9	0,057
Sim	10	27,8	4	11,1	9	25,0	13	36,1	
Horas de sono									
0 a 4 horas	2	12,5	4	25,0	8	50,0	2	12,5	0,493
5 a 8 horas	105	30,7	70	20,5	99	28,9	68	19,9	
9 a 12 horas	8	34,8	6	26,1	6	26,1	3	13,0	
Atividade Física									
Não	71	27,7	53	20,7	75	29,3	57	22,3	0,136
Sim	44	35,2	27	21,6	38	30,4	16	12,8	
Tempo de lazer (n=378)									
Não	14	16,7	12	14,3	31	36,9	27	32,1	<0,0001
Sim	46	44,2	27	26,0	20	19,2	11	10,6	
Às vezes	55	28,9	40	21,1	61	32,1	34	17,9	
Uso de medicação (n=376)									
Não	43	30,7	26	18,6	44	31,4	27	19,3	0,833
Sim	70	29,7	53	22,5	68	28,7	45	19,1	
Necessidade atendimento médico (n=373)									
Não	26	34,2	19	25,0	20	26,3	11	14,5	0,415
Sim	86	29,0	59	19,9	91	30,6	61	20,5	
Acompanhamento psicológico (n=372)									
Não	84	35,0	57	23,8	67	27,9	32	13,3	<0,0001
Sim	29	22,0	22	16,7	42	31,8	39	29,5	

* Teste Qui - quadrado

Dentre as variáveis avaliadas, a necessidade de **acompanhamento psicológico** no último ano e o tempo para lazer apresentaram significância estatística ($p < 0,0001$), evidenciando diferença entre os grupos avaliados. Os agentes socioeducadores que necessitaram de acompanhamento psicológico foram classificados em maior percentual nos quadrantes *trabalho ativo e alta exigência*, enquanto aqueles que não tiveram necessidade foram classificados no quadrante de *baixa exigência*. Aqueles que referiram ter **tempo para lazer** foram classificados com maior percentual no quadrante *baixa exigência* e os que não tinham tempo nos quadrantes *trabalho ativo e alta exigência*.

As demais variáveis não evidenciaram diferença estatística significativa entre os grupos avaliados ($p > 0,05$).

4.4.3 Caracterização das variáveis laborais dos agentes socioeducadores segundo o modelo demanda-controle

A Tabela 9 apresenta a caracterização dos agentes socioeducadores de acordo com os quadrantes do Modelo Demanda-Controlle segundo variáveis laborais.

Tabela 9 – Distribuição dos agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul, por quadrante do Modelo D-C e segundo características laborais. RS, 2011.

(continua)

Variáveis Laborais	MDC								p*
	Baixa Exigência		Trabalho Passivo		Trabalho ativo		Alta Exigência		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tempo de trabalho na instituição									
Até 10 anos	59	28,1	41	19,5	67	31,9	43	20,5	0,498
Mais de 10 anos	56	32,8	39	22,8	46	26,9	30	17,5	
Tempo de trabalho como agente									
Até 12 anos	80	29,6	56	20,7	82	30,4	52	19,3	0,963
Mais de 12 anos	35	31,5	24	21,7	31	27,9	21	18,9	
Turno de trabalho									
Diurno	50	25,9	35	18,2	56	29,0	52	26,9	0,001
Noturno	65	34,6	45	23,9	57	30,3	21	11,2	

(conclusão)

Variáveis Laborais	MDC								p*
	Baixa Exigência		Trabalho Passivo		Trabalho ativo		Alta Exigência		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tempo de trabalho no turno (n=380)									
Até 8 anos	59	28,9	42	20,6	65	31,9	38	18,6	0,744
Mais de 8 anos	56	31,8	38	21,6	47	26,7	35	19,9	
CH semanal (n=381)									
Até 40 horas	76	29,6	53	20,6	75	29,2	53	20,6	0,779
Mais de 40 horas	39	31,5	27	21,8	38	30,6	20	16,1	
Outro emprego (n=35)									
Não	108	31,2	73	21,1	100	28,9	65	18,8	0,504
Sim	7	20,0	7	20,0	13	37,1	8	22,9	
CH outro emprego (n=35)									
Até 20 horas	5	20,0	7	28,0	8	32,0	5	20,0	0,291**
Mais de 20 horas	2	20,0	0	0	5	50,0	3	30,0	
Tempo de trabalho outro emprego (n=35)									
Até 6 anos	6	31,6	7	36,8	5	26,3	1	5,3	0,001**
Mais de 6 anos	1	6,2	0	0	8	50,0	7	43,8	
Escala de trabalho (n=366)									
Suficiente	31	43,1	24	33,3	11	15,3	6	8,3	<0,0001
Insuficiente	78	26,5	55	18,7	97	33,0	64	21,8	
Satisfação local trabalho (n=369)									
Não	38	19,7	42	21,8	63	32,6	50	25,9	<0,0001
Sim	73	41,5	35	19,9	47	26,7	21	11,9	
Capacitação (n=362)									
Não	58	29,1	36	18,2	56	28,1	49	24,6	0,167
Sim	5	38,5	3	23,1	2	15,3	3	23,1	
Às vezes	42	28,0	39	26,0	48	32,0	21	14,0	
Dias de afastamento (n=374)									
Nenhum	46	38,4	25	20,8	36	30,0	13	10,8	0,047
Até 9 dias	39	28,9	30	22,2	39	28,9	27	20,0	
10 a 24 dias	14	22,6	16	25,8	14	22,6	18	29,0	
25 a 99 dias	5	15,6	5	15,6	13	40,6	9	28,2	
100 a 365 dias	9	36,0	2	8,0	9	36,0	5	20,0	

* Teste Qui - quadrado

** Teste Exato de Fisher

Evidenciou-se entre os agentes que trabalham no turno diurno, entre os insatisfeitos com o local de trabalho e entre os que necessitaram de 25 a 99 dias de afastamento do trabalho percentuais maiores no quadrante *trabalho ativo* ($p < 0,05$). Entre os com até seis anos de tempo de trabalho no outro emprego o maior percentual para o quadrante *trabalho passivo* ($p = 0,001$). Entre os agentes do noturno, os que afirmam que o número de trabalhadores na escala de trabalho é suficiente e os satisfeitos com o local de trabalho apresentaram maior frequência no quadrante *baixa exigência* ($p < 0,0001$) e entre aqueles com 10 a 24 dias de afastamento do trabalho maior frequência para o quadrante *alta exigência* ($p = 0,047$).

As demais covariáveis não apresentaram uma significância estatística entre os grupos ($p > 0,05$) quando avaliado os quadrantes do Modelo D-C.

4.5 Caracterização dos distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores

6.5.1 Descrição das frequências absolutas e relativas das questões do SRQ-20

O valor de consistência interna geral dos itens do SRQ-20 foi de 0,86. A prevalência de suspeição para DPM nos agentes socioeducadores dos CASE/RS foi de 50,1%.

Tabela 10 - Distribuição dos agentes socioeducadores do Rio Grande do Sul, segundo respostas positivas ao *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). RS, 2011. (N=381)

Questão do SRQ-20	(continua)	
	SIM	
	n	%
Tem dores de cabeça frequentemente?	182	47,8
Tem falta de apetite?	54	14,2
Dorme mal?	250	55,6
Assusta-se com facilidade?	114	29,9
Tem tremores nas mãos?	65	17,1
Sente-se nervoso tenso ou preocupado?	261	68,5
Tem má digestão?	166	43,6
Tem dificuldade de pensar com clareza?	101	26,5
Tem se sentido triste ultimamente?	169	44,4
Tem chorado mais do que de costume?	80	21,0
Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades diárias?	192	50,4

Questão do SRQ-20	(conclusão)	
	SIM	
	n	%
Tem dificuldade de tomar decisões?	82	21,5
Tem dificuldade no serviço, no emprego (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	170	44,6
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	33	8,7
Tem perdido o interesse pelas coisas?	115	30,2
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimos?	21	5,5
Tem tido a idéia de acabar com a vida?	25	6,6
Sente-se cansado o tempo todo?	169	44,4
Tem sensações desagradáveis no estômago?	170	44,6
Você se cansa com facilidade?	196	51,4

Média= 6,86; Mediana=7; Desvio padrão= 4,68

As questões do SRQ-20 com maior proporção de respostas afirmativas foram: sente-se nervoso, tenso ou preocupado (68,5%); dorme mal (55,6%); cansa-se com facilidade (51,4%) e encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades diárias (50,4%).

4.5.2 DPM em agentes socioeducadores segundo características sociodemográficas, hábitos e saúde

Tabela 11 - Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) em agentes socioeducadores, segundo variáveis sociodemográficas. RS, 2011.

Variáveis Sociodemográficas	DPM				p*
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Sexo (n= 380)					
Masculino	95	56,5	73	43,5	0,018
Feminino	94	44,3	118	55,7	
Faixa etária (N=372)					
Até 44 anos	80	41,5	113	58,5	0,001
≥ a 45 anos	105	58,7	74	41,3	
Raça (N=380)					
Branca	136	47,6	150	52,4	0,137
Outra	53	56,4	41	43,6	
Escolaridade (N=363)					
Ensino médio	86	51,8	80	48,2	0,558
Graduação	75	48,4	80	51,6	
Pós- graduação	18	42,9	24	57,1	

		(conclusão)				
Variáveis Sociodemográficas		DPM				p*
		Não		Sim		
		n	%	n	%	
Situação Conjugal (N=379)						
Casado/com companh.	122	50,0	122	50,0	0,945	
Solteiro/sem companh.	67	49,6	68	50,4		
Nº de filhos (N=380)						
Nenhum filho	40	52,6	36	47,4	0,900	
1 filho	62	50,8	60	49,2		
2 filhos	55	47,8	60	52,2		
3 ou mais filhos	32	47,8	35	52,2		

*Teste Qui- Quadrado

Na Tabela 11, identificaram-se maiores frequências para suspeição de DPM ($p < 0,05$) entre os agentes socioeducadores do sexo feminino (55,7%) e naqueles com idade até 44 anos (58,5%). Para as demais variáveis não se identificou diferenças significativas entre os grupos avaliados e suspeição para DPM ($p > 0,05$).

Tabela 12 - Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) em agentes socioeducadores, segundo variáveis hábitos e saúde. RS, 2011.

		(continua)				
Variáveis Hábitos e Saúde		DPM				p*
		Não		Sim		
		n	%	n	%	
Tabagismo (N=379)						
Nunca fumei	102	46,4	118	53,6	0,180	
Fumei, mas parei	50	58,1	36	41,9		
Sim, fumo	36	50,0	36	50,0		
Suspeição para alcoolismo (CAGE)(n=337)						
Não	160	53,2	141	46,8	0,053	
Sim	13	36,1	23	63,9		
Horas de sono						
0 a 4 horas	5	31,3	11	68,8	0,311	
5 a 8 horas	173	50,6	169	49,4		
9 a 12 horas	12	52,2	11	47,8		
Atividade física						
Não	109	42,6	147	57,4	<0,0001	
Sim	81	64,8	44	35,2		

Variáveis Hábitos e saúde	DPM				p*
	Não		Sim		
	n	%	N	%	
(conclusão)					
Tempo de lazer (n=378)					
Não	21	25,0	63	75,0	<0,0001
Sim	78	75,0	26	25,0	
Às vezes	90	47,4	100	52,6	
Uso de medicação (N=376)					<0,0001
Não	97	69,3	43	30,7	
Sim	91	38,6	145	61,4	
Necessidade atendimento médico (N=373)					<0,0001
Não	57	75,0	19	25,0	
Sim	128	43,1	169	56,9	
Acompanhamento psicológico (n=372)					<0,0001
Não	150	62,5	90	37,5	
Sim	36	27,3	96	72,7	

*Teste Qui- quadrado

Quanto aos hábitos e saúde, verificou-se diferença estatisticamente significativa para suspeição de DPM entre os agentes socioeducadores que não realizavam atividade física (57,4%), os que não possuíam tempo para o lazer (75%), os que faziam uso de medicação (61,4%) e aqueles que necessitaram de atendimento médico (56,9%) ou psicológico (72,7%). Observa-se ainda uma tendência entre os agentes que fazem uso de bebida alcoólica de apresentarem suspeição para DPM (63,9%; $p=0,053$). As demais variáveis não apresentaram diferença significativa entre os grupos avaliados e DPM.

4.5.3 DPM em agentes socioeducadores segundo características laborais

Os percentuais de suspeição de DPM conforme características laborais estão apresentados na Tabela 13.

Tabela 13 - Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) em agentes socioeducadores, segundo variáveis laborais. RS, 2011.

Variáveis Laborais	DPM				p*
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Tempo de Trabalho na instituição					
Até 10 anos	96	45,7	114	54,3	0,072
Mais de 10 anos	94	55,0	77	45,0	
Tempo de trabalho como agente					
Até 12 anos	126	46,7	144	53,3	0,051
Mais de 12 anos	64	57,7	47	42,3	
Turno de trabalho					
Diurno	89	46,1	104	53,9	0,137
Noturno	101	53,7	87	46,3	
Tempo de trabalho turno (N= 380)					
Até 8 anos	102	50,0	102	50,0	>0,999
Mais de 8 anos	88	50,0	88	50,0	
CH semanal					
Até 40 horas	125	48,6	132	51,4	0,489
Mais de 40 horas	65	52,4	59	47,6	
Outro emprego					
Não	173	50,0	173	50,0	0,872
Sim	17	48,6	18	51,4	
CH outro emprego (N=35)					
Até 20 horas	13	52,0	12	48,0	0,521**
Mais de 20 horas	4	40,0	6	60,0	
Tempo de Trabalho outro emprego (N=35)					
Até 6 anos	11	57,9	8	42,1	0,229
Mais de 6 anos	6	37,5	10	62,5	
Escala de trabalho (N=366)					
Suficiente	41	56,9	31	43,1	0,156
Insuficiente	140	47,6	154	52,4	
Satisfação com local trabalho (N=369)					
Não	74	38,3	119	61,7	<0,0001
Sim	112	63,6	64	36,4	
Capacitação (N=362)					
Não	101	50,8	98	49,2	0,204
Sim	9	69,2	4	30,8	
Às vezes	68	45,3	82	54,7	
Dias de afastamento (N= 374)					
Nenhum	74	61,7	46	38,3	0,011
Até 9 dias	67	49,6	68	50,4	
10 a 24 dias	25	40,3	37	59,7	
25 a 99 dias	11	34,4	21	65,6	
100 a 365 dias	10	40,0	15	60,0	

* Teste Qui-quadrado

** Teste Exato de Fisher.

Na tabela 13, observa-se diferença estatisticamente significativa para suspeição de DPM entre os agentes socioeducadores que não estavam satisfeitos com o local de trabalho (61,7%) e os que necessitaram de afastamento do trabalho de 25 a 99 dias por problemas de saúde (65,6%). Verificou-se, ainda, uma tendência entre os agentes que trabalham até 12 anos no cargo de apresentarem suspeição para DPM (53,3%; $p=0,051$). As demais variáveis não apresentaram diferença significativa entre os grupos avaliados e DPM ($p>0,05$).

4.5.4 DPM em agentes socioeducadores segundo níveis de demandas psicológicas, de controle sobre as atividades laborais e apoio social

A prevalência de DPM nos agentes foi avaliada em cada dimensão do modelo demanda-controle.

Tabela 14 - Prevalência de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM), razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança, segundo graus de demandas psicológicas do trabalho, controle sobre o trabalho e apoio social. RS, 2011.

Dimensões MDC	n	%	RP	IC	p
Demanda psicológica					
Baixa*	78	40,0	--	----	
Alta	113	60,8	1,52	1,23 – 1,87	<0,0001
Controle sobre o trabalho					
Baixo	87	56,9	1,25	1,02 – 1,52	0,031
Alto*	104	45,6	---	----	
Apoio social					
Baixo apoio	116	63,4	1,67	1,36 – 2,06	<0,0001
Alto apoio*	75	37,9	--	----	

Nota: * categoria de referência. MDC= Modelo Demanda-Controle RP= Razão de prevalência IC= intervalo de confiança

Entre os agentes socioeducadores classificados como com *alta demanda, baixo controle e baixo apoio social* encontrou-se prevalências mais elevadas e significativas de DPM ($p<0,05$). Os agentes classificados com *alta demanda psicológica* apresentaram uma prevalência 52% mais elevada de DPM quando comparados aos com

baixa demanda psicológica. Aqueles com *baixo controle* apresentaram uma prevalência 25% mais elevada que os com *alto controle* e uma prevalência 67% mais elevada de DPM para os agentes com *baixo apoio social*.

Na Tabela 15, são apresentadas as prevalências de DPM nos diferentes quadrantes do modelo demanda-controle.

Tabela 15 - Prevalência de Distúrbio Psíquicos menores (DPM) em agentes socioeducadores, razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança, segundo quadrantes do modelo demanda-controle. RS, 2011.

Grupos MDC	n	%	RP	IC 95%	p
Baixa exigência*	39	33,9	1,00	--	--
Trabalho passivo	39	48,8	1,44	1,02 – 2,02	0,037
Trabalho ativo	65	57,5	1,70	1,26 – 2,29	0,0003
Alta exigência	48	65,8	1,94	1,43 – 2,63	<0,0001

Identificaram-se prevalências mais elevadas de DPM nos quadrantes *trabalho passivo* (44%); *trabalho ativo* (70%) e *alta exigência* (94%), quando comparado ao quadrante de referência (*baixa exigência*) de forma significativa.

Tabela 16- Distribuição dos agentes socioeducadores de acordo com apoio social, quadrantes do Modelo Demanda-Controlle (MDC) e suspeição de Distúrbios Psíquicos menores (DPM). RS, 2011.

Apoio Social	MDC	DPM		p	
		Não n(%)	Sim n(%)		
Baixo apoio social	MDC	Baixa exigência	16 (53,3)	14(46,7)	0,145
		Trabalho passivo	16(40,0)	24(60,0)	
		Trabalho ativo	20(31,7)	43(68,3)	
		Alta exigência	15(30,0)	35(70,0)	
		Total	67(36,6)	116(63,4)	
Alto apoio social	MDC	Baixa exigência	60(70,6)	25(29,4)	0,079
		Trabalho passivo	25(62,5)	15(37,5)	
		Trabalho ativo	28(56,0)	22(44,0)	
		Alta exigência	10(43,5)	13(56,5)	
		Total	123(62,1)	75(37,9)	

Observa-se na Tabela 16 que apesar dos percentuais serem maiores para suspeição de DPM entre os agentes socioeducadores classificados no quadrante alta exigência e que possuem baixo apoio social, nesta população não foi evidenciada diferença estatística significativa quando comparados ao grupo que possui alto apoio social ($p>0,05$).

4.6 Associação entre os quadrantes do MDC e os DPM

A associação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Control e DPM foi avaliada a partir da análise por correspondência e pela regressão logística.

4.6.1 Análise por correspondência

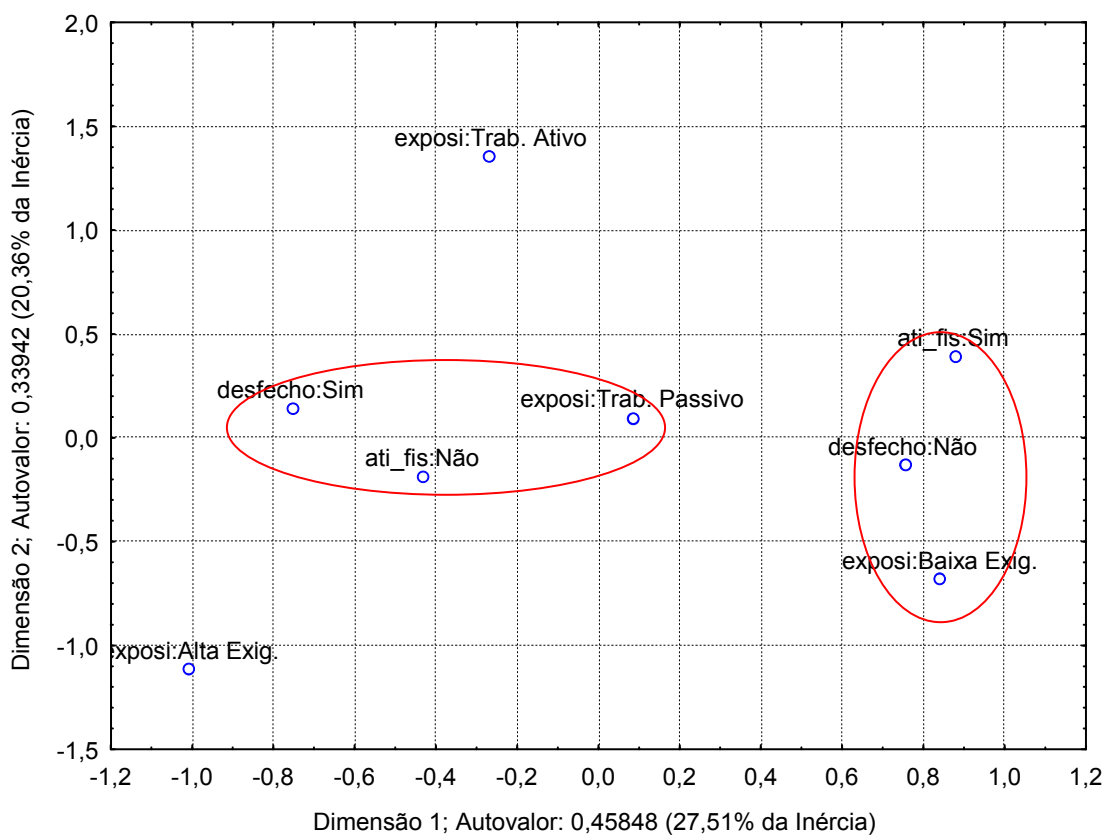


Figura 4 – Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, trabalho passivo e não fazer atividade física nos agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativos do Rio Grande do Sul, RS, 2011.

A Figura 4 evidencia uma relação expressiva entre não desenvolver atividade física, ser classificado no quadrante *trabalho passivo* e ter suspeição para DPM. Ao contrário, os que praticam atividade física foram classificados no quadrante *baixa exigência* e com ausência de DPM.

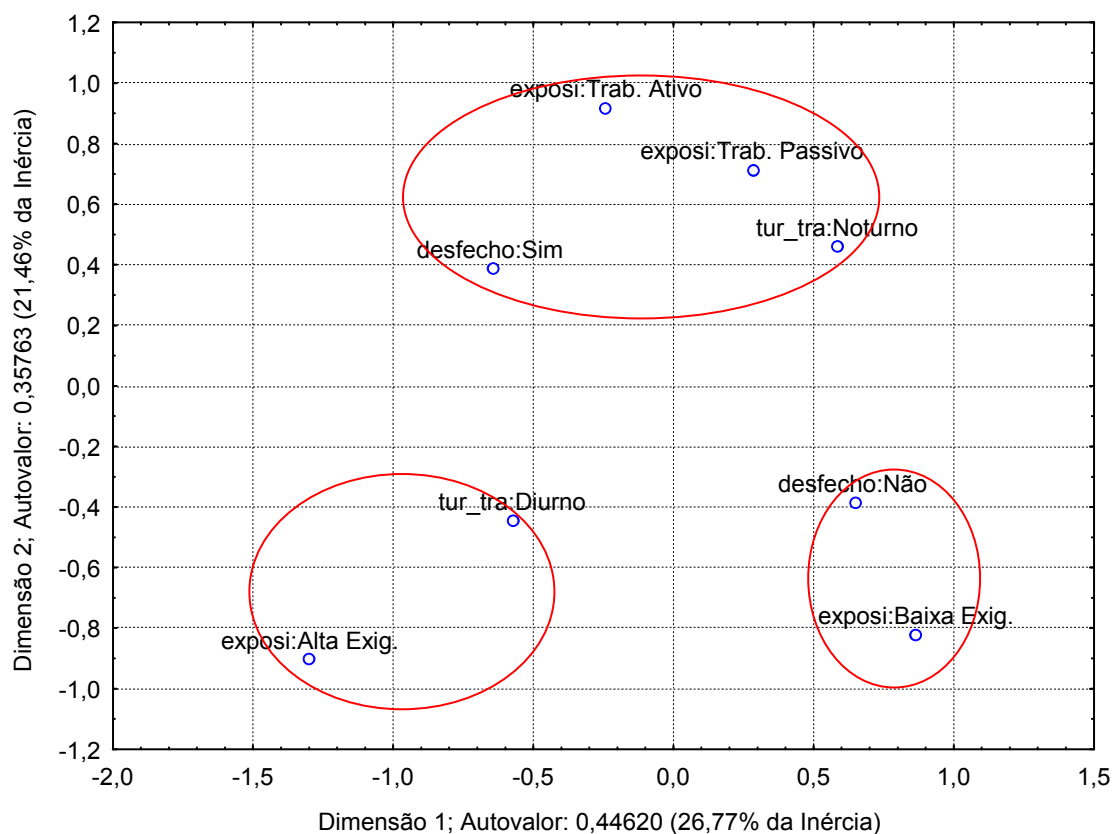


Figura 5 – Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, trabalho ativo e passivo e trabalho noturno nos agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativos do Rio Grande do Sul, RS, 2011.

Na Figura 5 pode-se observar uma relação expressiva entre apresentar suspeição de DPM, trabalhar no turno noturno e ser classificado nos quadrantes *Trabalho Ativo* e *Trabalho passivo*.

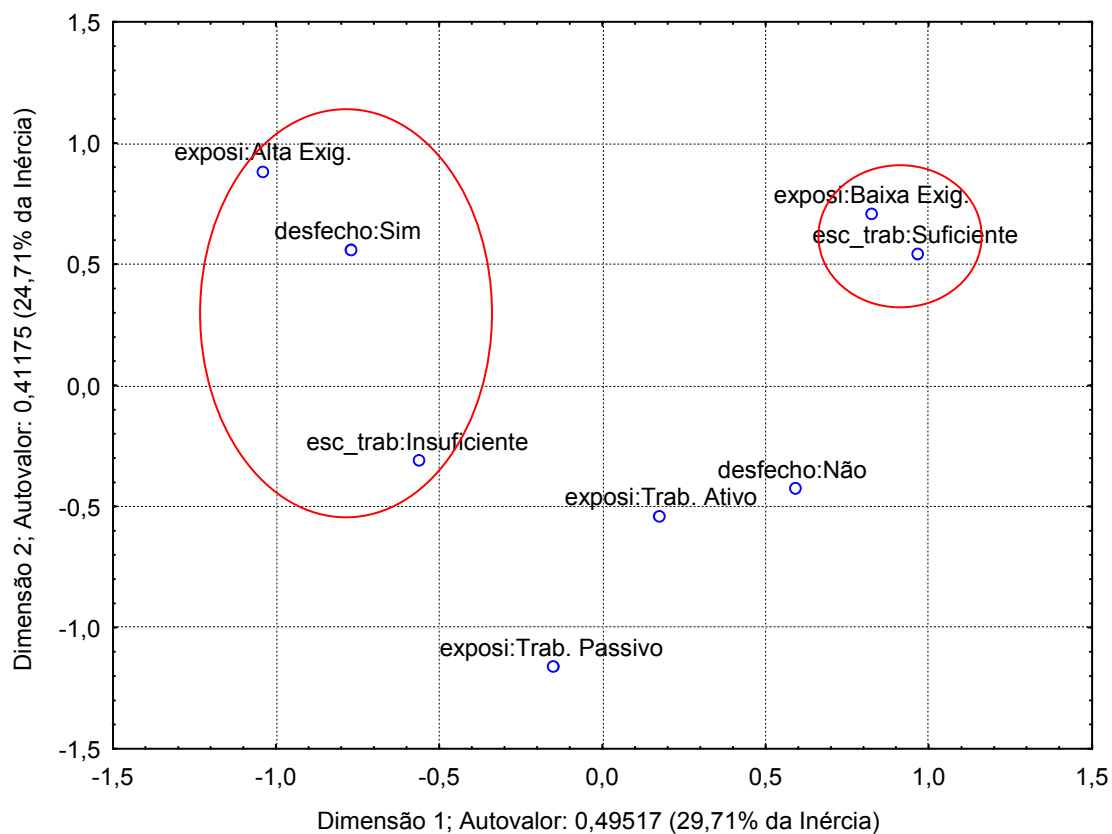


Figura 6 – Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, alta exigência no trabalho e escala de trabalho insuficiente nos agentes sócio-educadores dos Centros de Atendimento Socioeducativos do Rio Grande do Sul, RS, 2011.

Evidencia-se uma relação expressiva entre os trabalhadores que desenvolvem as atividades com uma escala numericamente insuficiente, ser classificado no quadrante *Alta Exigência* e ter suspeição de DPM.

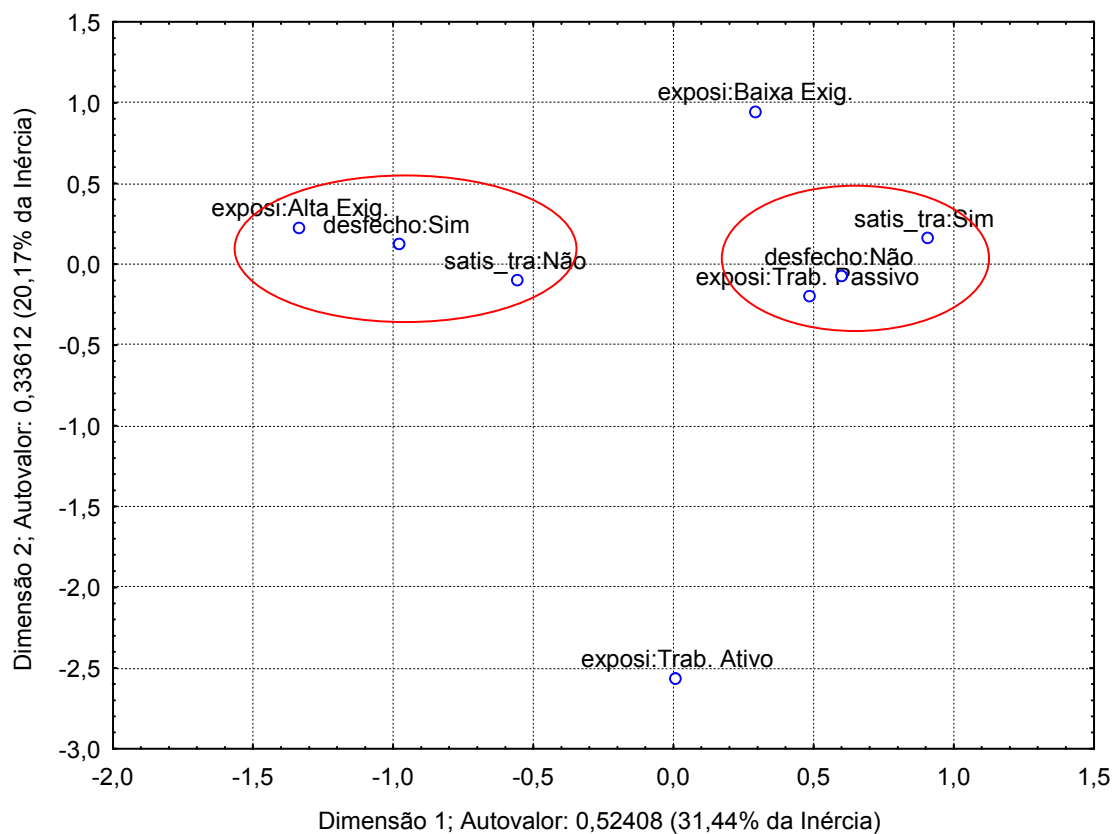


Figura 7 – Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, alta exigência no trabalho e insatisfação com o local de trabalho nos agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativos do Rio Grande do Sul, RS, 2011.

Evidencia-se uma relação expressiva entre não estar satisfeito com o local de trabalho, ser classificado no quadrante *alta exigência* e apresentar suspeição para DPM. Enquanto que os satisfeitos com o local de trabalho e classificados no quadrante *Trabalho passivo* não apresentavam suspeição de DPM.

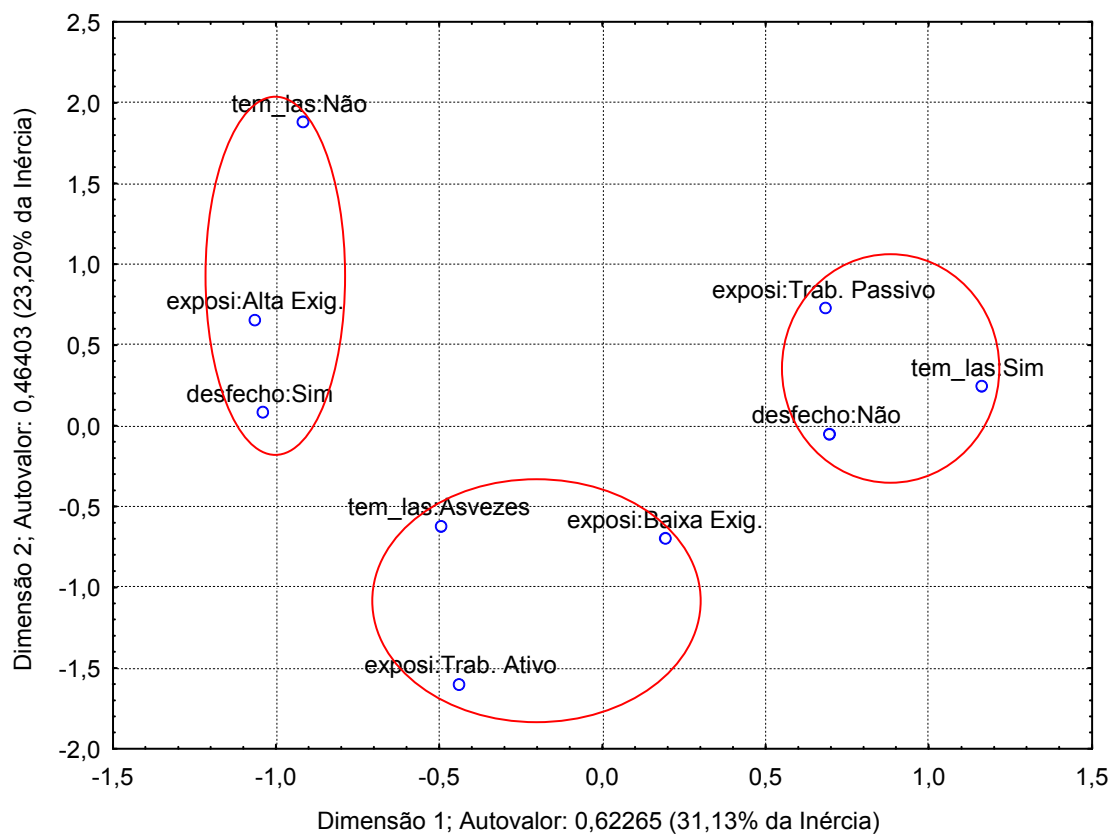


Figura 8 – Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, alta exigência no trabalho e não ter tempo de lazer nos agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativos do Rio Grande do Sul, RS, 2011.

Na Figura 8, evidencia-se relação expressiva entre não ter tempo para o lazer, ser classificado no quadrante *Alta exigência* e ter suspeição de DPM. Enquanto que os trabalhadores que possuem tempo para o lazer, apresentaram relação expressiva com ser classificado no quadrante *trabalho passivo* e não ter suspeição de DPM.

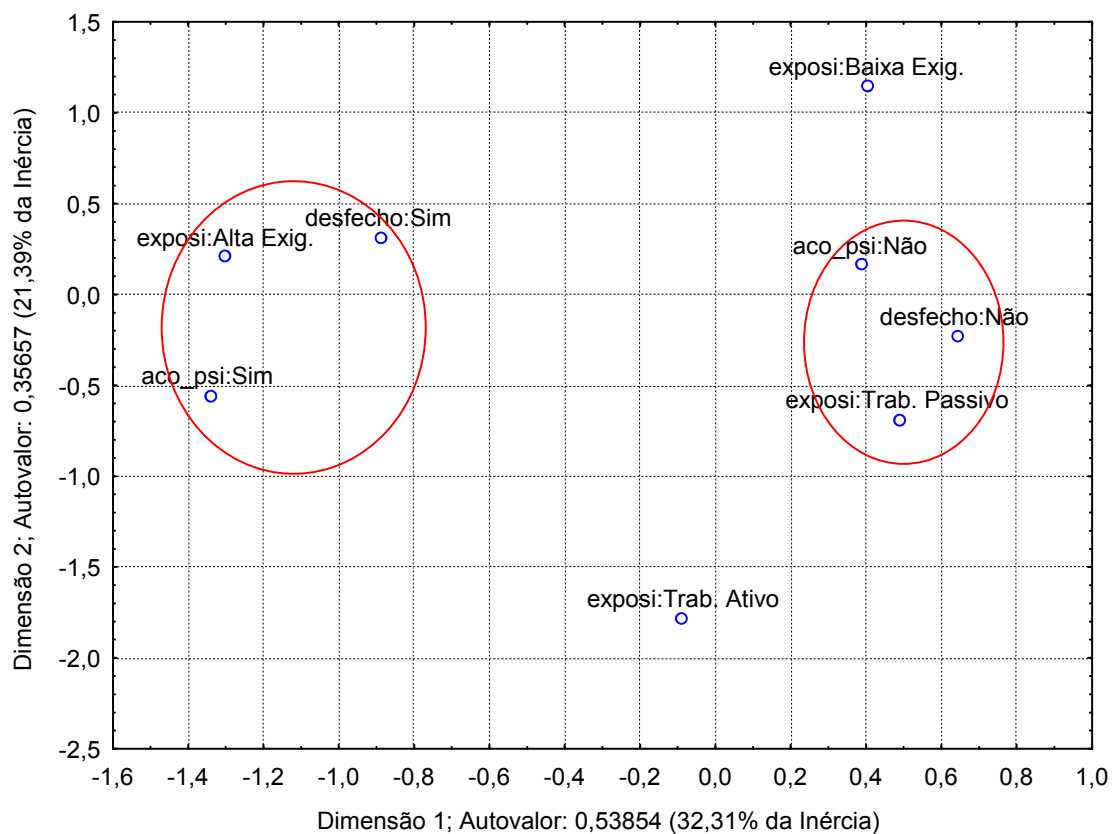


Figura 9 – Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, alta exigência no trabalho e necessidade de acompanhamento psicológico nos agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativos do Rio Grande do Sul, RS, 2011.

Ter suspeição de DPM mostrou uma relação expressiva com ser classificado no quadrante *alta exigência* e necessitar de acompanhamento psicológico no último ano. Já aqueles sem suspeição de DPM apresentaram relação com não necessitar de acompanhamento psicológico e ser classificado no quadrante *trabalho passivo*.

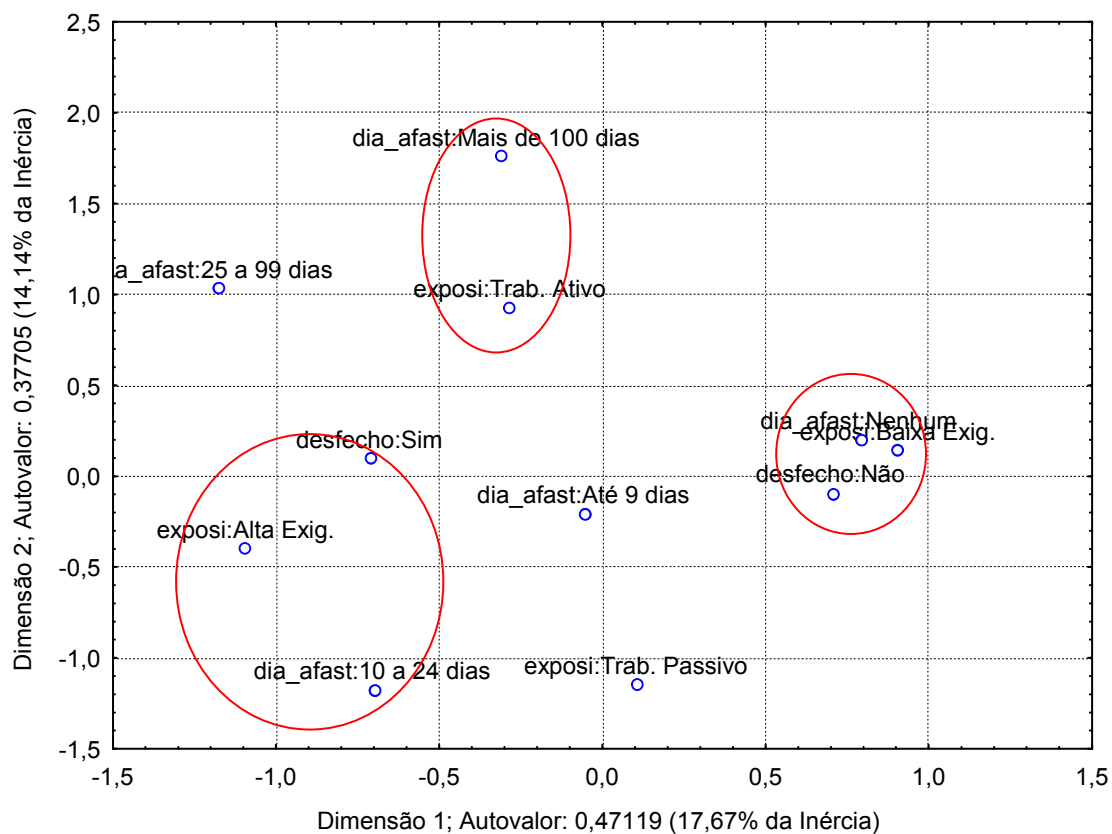


Figura 10 – Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, alta exigência no trabalho e necessidade de afastamento do trabalho nos agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativos do Rio Grande do Sul, RS, 2011.

Evidencia-se uma relação expressiva entre ter suspeição de DPM, ser classificado no quadrante *alta exigência* e necessitar de afastamento do trabalho por 10 a 24 dias. Em contra partida, os que não tiveram suspeição de DPM foram classificados no quadrante *baixa exigência* e sem necessidade de afastamento do trabalho.

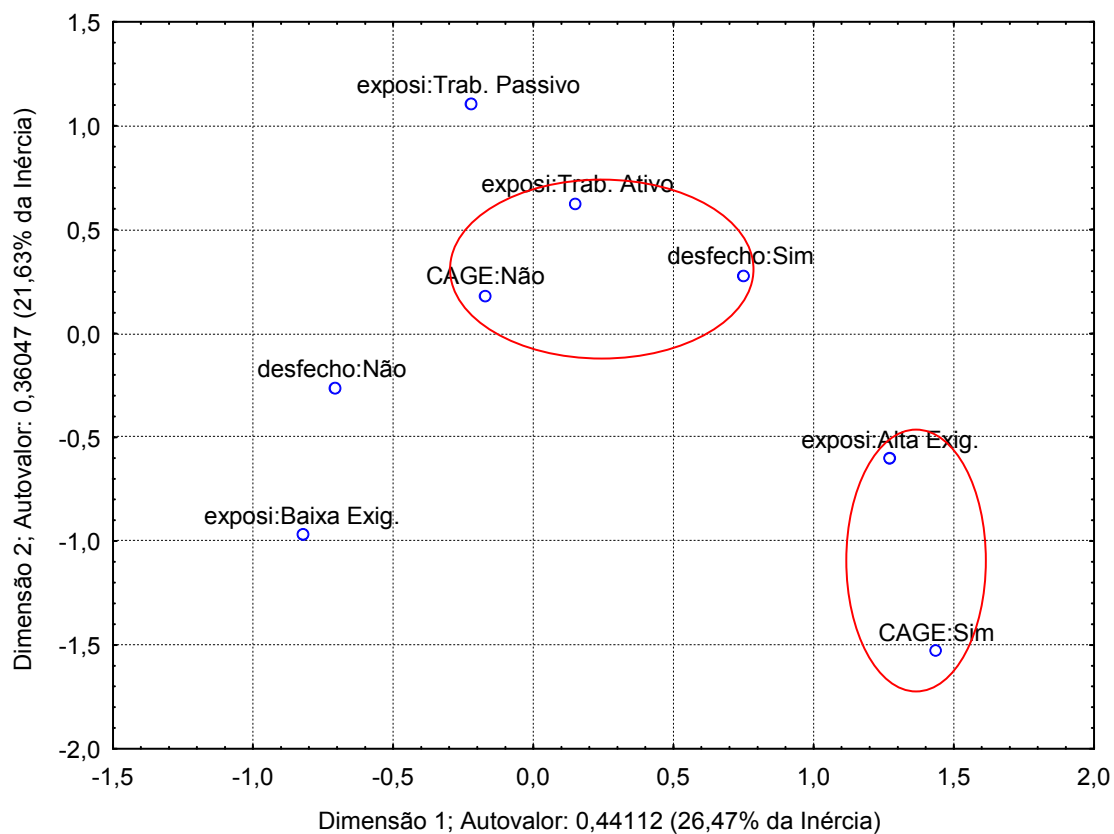


Figura 11 – Associação entre Distúrbios Psíquicos Menores, trabalho ativo e não ter suspeição de alcoolismo (CAGE) nos agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativos do Rio Grande do Sul, RS, 2011.

No que se refere a suspeição de alcoolismo, mostrou haver relação expressiva entre não usar bebida alcoólica, ser classificado no quadrante *trabalho ativo* e ter suspeição de DPM.

4.6.2 Análise multivariada

As análises bruta e ajustadas entre os grupos do Modelo Demanda-Controle e os DPM encontram-se descritas na Tabela 16.

Tabela 17 - Associações bruta e ajustadas entre os quadrantes do Modelo Demanda-controle (MDC) e Distúrbios Psíquicos Menores (DPM). RS, 2011.

MDC	DPM				Hosmer and Lemeshow Test
	BE	TP OR (IC95%)	TA OR (IC95%)	AE OR (IC95%)	
Associação Bruta ^a	1,00	1,85 (1,03-3,32)	2,63 (1,54-4,51)	3,74(2,01-6,94)	
Modelo 1 ^b	1,00	1,66(0,81-3,41)	1,53(0,77-3,03)	1,92(0,81-4,15)	0,192
Modelo 2 ^c	1,00	1,73(0,90-3,32)	1,99(1,09-3,63)	2,05(1,03-4,09)	0,769
Modelo 3 ^d	1,00	1,87(1,01-3,48)	2,47(1,39-4,39)	2,90(1,49-5,63)	0,610

^a Associação bruta= Grupos de demanda-controle.

^b Modelo 1 = Grupos de demanda-controle + CAGE+tempo de lazer + satisfação no trabalho + Escala de trabalho + turno de trabalho + atividade física+ afastamento do trabalho.

^c Modelo 2 = Grupos de demanda-controle + tempo de lazer + satisfação no trabalho + atividade física.

^d Modelo 3= Grupos de demanda-controle + acompanhamento psicológico.

A análise de regressão logística bruta demonstrou que os agentes socioeducadores classificados nos três quadrantes do Modelo Demanda-controle possuem de 1,85 a 3,74 vezes mais chances de desenvolverem DPM do que os do grupo baixa exigência ($p < 0,0001$).

Durante as análises bivariadas, mostraram-se potenciais fatores de confusão (associados tanto à exposição quanto ao desfecho) as variáveis: suspeição de alcoolismo (CAGE), tempo de lazer, satisfação no trabalho, escala de trabalho, turno de trabalho, atividade física, afastamento do trabalho e acompanhamento psicológico. Modelos de regressão logística foram rodados com todas essas variáveis. As variáveis foram sendo retiradas dos modelos conforme o *p valor* fosse se apresentado maior que 25%.

De acordo com o Teste Hosmer e Lemeshow, o Modelo 2 é o que melhor explica a associação. Assim sendo, mesmo após ajustes pelas potenciais variáveis confundidoras (tempo de lazer, satisfação no trabalho, atividade física) as chances dos agentes socioeducadores de serem classificados com DPM permaneceram nos grupos *alta exigência* (OR=2,05; IC95%=1,03-4,09) e *trabalho ativo* (OR=1,99; IC95%=1,09-3,63).

Portanto, constata-se associação positiva entre alta exigência no trabalho, trabalho ativo e distúrbios psíquicos menores nos agentes socioeducadores dos CASE/RS.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo os resultados serão discutidos tomando-se por base as publicações referentes à temática abordada, de forma a responder aos objetivos propostos. Ressalta-se que será feita uma aproximação com trabalhadores de outras categorias profissionais, tendo em vista o baixo número de publicações voltadas para os agentes socioeducadores.

5.1 Considerações sobre os achados sociodemográficos e laborais

Este estudo evidencia maior percentual de **mulheres** entre os agentes socioeducadores. Tal evidência pode causar surpresa, pois, das 13 unidades de atendimento, há somente uma unidade de atendimento de adolescentes do sexo feminino. As demais são de atendimento exclusivo ao adolescente do sexo masculino. Talvez esse fato possa estar relacionado à perspectiva do cuidado e da educação ao adolescente, como é verificado em outros estudos sobre saúde dos trabalhadores de enfermagem (AMARAL, 2006; ARAÚJO et al., 2003; KIRCHHOF et al., 2009; MAGNAGO, 2008; SILVA, 2007), professores de ensino básico (DELCOR et al., 2004; PORTO et al., 2006; REIS et al., 2005) e docentes de ensino superior (ARAÚJO et al., 2005; LEMOS, 2005; TAVARES, 2010)

A média de **idade** dos agentes socioeducadores foi de 44,4 anos ($\pm 8,17$), verificou-se semelhança com média de idade de agentes penitenciários, que foi de 40,2 anos ($\pm 7,7$ d.p.) (FERNANDES et al., 2002). No que tange ao sexo e à idade, destaca-se que, para exercer a função de agentes socioeducadores, é necessário estar preparado para enfrentar situações de violência (entre os adolescentes ou dos adolescentes para com os trabalhadores), de motim, de imobilização de adolescentes, de crises de abstinência de drogas, dentre outras. Nessas situações é necessário que os trabalhadores tenham agilidade e força física, perspicácia e pensamento ágil.

No que se refere à **raça**, de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em maior percentual os agentes socioeducadores se autorreferiram como brancos. Chór e Lima (2005) observam sobre uma certa

preocupação com os erros de classificação em estudos epidemiológicos devido a essas categorias para cor ou raça serem autorreferidas.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD realizada pelo IBGE, em 2009, mostram um crescimento da proporção da população que se declara preta ou parda nos últimos 10 anos. De acordo com o IBGE (2010), a população brasileira ficou assim distribuída em 2009: 48,2% branca, 6,9% preta, 44,2% parda e 0,7% amarela ou indígena. No Rio Grande do Sul, a proporção da população de cor/raça branca é quase o dobro (81,4%) do percentual nacional. Essas estatísticas podem explicar o percentual de brancos evidenciados neste estudo.

No que se refere à **escolaridade** dos agentes, observou-se trabalhadores com níveis educacionais mais elevados do que o exigido para o cargo, que é de ensino médio. Foi verificado um percentual de 54,1% de trabalhadores com graduação e pós-graduação em áreas como: direito, enfermagem, psicologia, pedagogia, serviço social. Em estudo realizado com agentes penitenciários se evidenciou um percentual de 18% de trabalhadores com escolaridade de nível superior (FERNANDES et al., 2002). Tal achado pode ser reflexo da dificuldade de inserção ao mercado de trabalho, e também porque a FASE é uma instituição pública e seus trabalhadores ingressarem via concurso, o que lhes confere certo grau de estabilidade financeira. Além disso, vale ressaltar que a instituição conta com Plano de Carreira, para seus trabalhadores.

O fato de trabalhadores com formação de nível superior exercerem um cargo que exige nível médio pode ser refletido de duas formas: por um lado ser estímulo para maior qualidade no trabalho, satisfação por fazer melhor e ter maior conhecimento; por outro, levar à insatisfação, desmotivação e sobrecarga psicológica adicional, devido a permanecerem em uma função que não condiz com sua qualificação atual. Isso significa que ter nível superior e desempenhar uma função aquém da sua formação pode se traduzir, no longo prazo, em desgaste psicológico para o trabalhador (MAGNAGO, 2008).

Com relação à **situação conjugal**, 64,4% eram casados ou com companheiro e possuíam de um a dois filhos, o que também foi encontrado em estudos com agentes penitenciários (FERNANDES et al., 2002), professores do ensino básico (DELCOR et al., 2004; PORTO et al., 2006; REIS et al., 2005), e enfermeiros (KIRCHOFF, 2009; MAGNAGO, 2008).

Quanto ao **hábito de fumar**, 58,2% referiram nunca terem feito uso de tabaco. Estudos realizados com outros profissionais também evidenciam um pequeno percentual de fumantes: motoristas de caminhão (17,2%), trabalhadores de enfermagem

(10,8%) e professores da rede municipal (7,3%) (MAGNAGO, 2008; REIS et al., 2005; ULHÔA et al., 2010).

Ao ser avaliado o **consumo de bebida alcoólica**, por meio do CAGE, 10,7% apresentaram suspeição para alcoolismo. Esse percentual foi maior do que o encontrado em um estudo com médicos de Salvador (5,8%) (NASCIMENTO et al., 2006), e com professores da rede privada de ensino (1,3%) (DELCOR et al., 2004). No entanto, estudo realizado com agentes penitenciários, utilizando o mesmo instrumento de avaliação, evidenciou que 68,5% deles afirmaram beber atualmente (FERNANDES et al., 2002).

Neste estudo, procurou-se avaliar também os bons hábitos relacionados ao **sono, à prática de atividade física e de lazer**. A avaliação das horas de sono mostrou que, em média, os agentes socioeducadores tinham 6,6 horas de sono/dia ($\pm 1,59$); mínimo=0 e máximo=12horas/dia. Evidenciou-se ainda que 89,8% dormiam de cinco a oito horas de sono. Segundo Souza; Aldrighi e Lorenzi Filho (2005), estudiosos do sono alertam que, apesar de haver uma expectativa generalizada de que se deva dormir pelo menos oito horas por noite, há uma grande variabilidade entre as pessoas quanto à necessidade de sono. Essa variabilidade depende, além do sexo e idade, de características pessoais.

Reimão (1997) fala em perfis de dormidores curtos (que precisam de menos de cinco horas de sono/dia), dormidores longos (que necessitam de mais de 10 horas sono/dia), matutinos (que dormem e acordam cedo) e vespertinos (que dormem e acordam tarde). Por isso é importante estar informado sobre esses perfis de sono, respeitando-os na estruturação da rotina diária. Muitas vezes, a discrepância entre o número esperado e o número real de horas de sono pode ser apenas decorrente de uma expectativa irrealista com relação às horas necessárias de sono.

No que tange à prática de **atividade física regular**, 67,2% dos agentes socioeducadores não as realizavam. De acordo com Nahas (2003), os estudos brasileiros têm revelado que 58% das pessoas adultas no país não conseguem atender às exigências mínimas quanto à prática de atividades físicas. É importante ressaltar que, de modo geral, o sedentarismo aumenta o risco de doença cardíaca isquêmica, diabetes mellitus, câncer de cólon, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, osteoporose, doenças do sistema musculoesquelético, sintomas de ansiedade e depressão (*US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996*).

E, com relação ao **tempo de lazer**, 50% dos agentes socioeducadores afirmaram às vezes dispor de tempo. No estudo de Fernandes et al. (2002), 76,5% dos agentes penitenciários afirmaram possuir tempo para lazer. Ao participar de atividades de lazer,

sejam elas físicas ou socioculturais, o indivíduo acaba por promover a sua sociabilidade, além de beneficiar-se com uma saúde melhor, tanto mental quanto física. Nesse sentido, o lazer e as atividades físicas funcionariam como descarregadores de estresse, ansiedade e depressão, promovendo a melhoria do bem-estar e da autoestima, além de evitar o isolamento social (RIOS et al., 2011).

A associação de poucas horas de sono e falta de atividade física e de lazer pode contribuir significativamente para o adoecimento psíquico dos trabalhadores.

Na avaliação quanto ao **uso de medicação**, 62,8% dos agentes faziam uso de algum medicamento. Destes, 92% os usavam por indicação médica. Dentre os medicamentos mais utilizados estavam: anti-hipertensivos, antidepressivos, ansiolíticos, analgésicos, anti-inflamatórios, hormônio tireoideano.

Esses dados vão ao encontro dos resultados evidenciados quanto à necessidade atendimento médico e de acompanhamento psicológico (79,6% e 35,5%, respectivamente). A percepção da **necessidade de atendimento médico** e de **acompanhamento psicológico** pode estar relacionada com aspectos do processo de trabalho dos agentes, como ritmo acelerado de trabalho, risco de agressão, constante estado de alerta e tensão.

No que se refere ao **tempo de trabalho na instituição e na função**, verificou-se a maior frequência de agentes socioeducadores com até 10 anos de trabalho na instituição (média=10,7±4,96; mínimo=alguns meses; máximo=37 anos) e com até 12 anos como agentes socioeducadores (média 12,2±5,79; mínimo=alguns meses e máximo=42anos). Cabe ressaltar que os agentes socioeducadores muitas vezes possuem um primeiro contato com a FASE, por meio de contrato emergencial. O que pode justificar o tempo de trabalho na instituição inferior ao tempo de trabalho como agente. Em outros estudos verificaram-se dados semelhantes: com agentes penitenciários o tempo médio de trabalho na unidade penitenciária foi de 7,5 anos (\pm 6,2) e de 10,3 anos (\pm 5,8) na função (FERNANDES et al., 2002); com professores da rede municipal de ensino de Vitória da Conquista, o tempo médio de trabalho na instituição foi de 10,4 (\pm 6,7) anos (REIS et al., 2005). Já, em estudo com trabalhadores de enfermagem, revelou-se uma média de tempo na função mais elevada (14,4 anos) e de oito anos no setor de trabalho (MAGNAGO, 2008).

O **turno de trabalho** que apresentou maior frequência de trabalhadores foi o diurno, semelhante ao que ocorre com os trabalhadores de enfermagem (ALEXANDRE e BENATTI, 1998; GURGEIRA, ALEXANDRE e CORRÊA FILHO, 2003; MAGNAGO, 2008). O turno diurno é o período em que a demanda é maior, pois se concentram as

atividades que exigem maior atenção dos agentes socioeducadores. Nesse período do dia é quando ocorrem as oficinas, as visitas de familiares, os atendimentos da equipe técnica, a necessidade de transporte do adolescente para atividades externas (audiências e atendimentos diversos). Já no noturno, geralmente, os adolescente estão encerrando suas atividades escolares ou de oficinas, retornando para os dormitórios. Neste turno, os agentes acompanham os adolescentes em atividades de lazer, de alimentação e higiene, mantendo-os monitorados. Por vezes, ocorrem as revistas gerais (revistas sem agendamento) nos dormitórios.

O **tempo de trabalho na instituição** e **no cargo** podem ser denominados de experiência profissional. Nesse sentido, o conhecimento sobre o local de trabalho e as funções a serem exercidas talvez possam ser traduzidos em maior segurança, confiança e melhor relacionamento com a equipe, diminuindo o estresse laboral (MAGNAGO, 2008).

No que tange à **carga horária semanal** de trabalho, 67,5% dos agentes socioeducadores trabalhavam até 40 horas semanais (Média=44,4 horas ($\pm 9,8$ d.p.); mínimo= 6 e máximo= 99). Essa média de horas de trabalho semanais encontra-se semelhante em outros estudos com servidores públicos (FERNANDES et al., 2002; MAGNAGO et al., 2010; REIS et al., 2005).

Os achados deste estudo com relação à carga horária devem ser “olhados” com cuidado, pois é possível que eles estejam super ou subestimados pelos agentes socioeducadores. Segundo o regimento de trabalho dos agentes socioeducadores, a carga horária semanal é de 40 horas. É importante ressaltar que 32,5% deles faziam uma carga horária maior do que 40 horas semanais. Isso provavelmente se deve ao número de horas extras realizadas. Para estes, confirma-se uma realidade laboral de duplicação de plantões, possivelmente para completar a escala de trabalho ou como forma de melhorar a remuneração. Muitas vezes, essa carga horária maior torna os trabalhadores de certa forma institucionalizados também, podendo resultar na redução do convívio social e familiar.

Grando et al. (2006), em estudo com agentes socioeducadores, refere que as horas extras podem ser consideradas uma carga muito importante e que exerce influência na saúde desses trabalhadores, pois eles relatam extensas jornadas de trabalho, que em determinados momentos eram realizadas por convocação e, em outros, por necessidade financeira dos trabalhadores. Seligmann- Silva (2011) refere que, quanto maior a jornada de trabalho, menor é o tempo de convívio familiar, maior o cansaço e maior será a interferência na qualidade do relacionamento do trabalhador com

seus familiares. Ainda, relata que, quando o trabalho é noturno, a necessidade de dormir durante o dia e a ausência durante a noite perturbam o convívio familiar.

No que se refere à **satisfação com a remuneração**, obteve-se um percentual médio de 55,6% ($\pm 20,14$). Nesse sentido, Seligmann-Silva (1994) coloca que, na situação brasileira, existem fatores que propiciam a dominação do trabalhador, como os baixos salários, que fazem com que os adicionais de insalubridade, periculosidade, ou ainda as horas extras tornem-se complementos salariais. A autora faz reflexões sobre a monetarização do risco em que há o pagamento por suportar situações de insalubridade e penosidade no trabalho, ao invés de se melhorar as condições de trabalho. Isso faz com que haja a articulação de mecanismos psicológicos e psicossociais de negação do próprio risco, favorecendo o êxito da dominação (Seligmann-Silva, 1994).

O estudo mostrou que 9,2% dos agentes socioeducadores possuíam **outro emprego**, havia mais ou menos seis anos. Outros estudos realizados com agentes penitenciários e professores de rede municipal evidenciaram que cerca de um terço afirmou ter outro emprego (FERNANDES et al., 2002; REIS et al., 2005).

Como um importante percentual de agentes possuía formação universitária e pós-graduação (54,1%), a busca por outro emprego pode estar relacionada a novos desafios, ao uso de suas aptidões e formação. Além disso, possuir outro emprego pode ser interpretado por um lado como fator de motivação, no sentido de que o indivíduo pode desenvolver maior autonomia e poder de decisão; porém, por outro lado, pode ser um fator de desgaste para os trabalhadores, à medida que se torne uma sobrecarga de trabalho. Principalmente, se somado ao percentual de insatisfação com o número de trabalhadores na escala de trabalho (80,3%), aos percentuais de insatisfação com o local de trabalho (52,3%) e de falta de capacitação (55%).

A falta de **capacitação** ou realização de treinamento por parte da instituição também foi verificada em estudo com agentes penitenciários, evidenciando que menos da metade deles (44%) realizou treinamento ou capacitação para o exercício da função (FERNANDES et al., 2002). Frente à complexidade da atividade laboral exercida pelos agentes socioeducadores, permeada por riscos como ameaça, violência física e psicológica, fica evidente a necessidade de preparo para exercer esta função. Além disso, esse cargo exige habilidade nas relações interpessoais, pois existe a necessidade de comunicação e interlocução entre os agentes e equipe técnica (enfermagem, dentista, médico, assistente social), equipe diretiva (direção das unidades), os adolescentes, e também com os familiares dos internos. Nesse sentido, a capacitação destes trabalhadores torna-se indispensável para que os mesmos possam realizar seu trabalho

com maior autonomia nas decisões a serem tomadas, evitando assim situações de violência e desgaste no trabalho.

Esse desgaste pode levar os agentes ao adoecimento e a afastamentos do trabalho, como foi verificado neste estudo, onde 68% deles necessitaram ficar **afastados das atividades laborais** de nove a 365 dias, no último ano. Dado que merece atenção por parte da instituição e dos próprios trabalhadores.

5.2 Considerações sobre os trabalhadores segundo as dimensões demanda psicológica e controle sobre o trabalho

Como mencionado anteriormente, o Modelo D-C aborda concomitantemente duas dimensões psicossociais do trabalho: o controle e a demanda psicológica. A combinação dos diferentes níveis (alto e baixo) dessas dimensões resulta em quatro experiências básicas no trabalho: *alta exigência* (alta demanda psicológica e baixo controle), *trabalho ativo* (alta demanda psicológica e alto controle), *trabalho passivo* (baixa demanda e baixo controle) e *baixa exigência* (baixa demanda e alto controle).

Neste estudo, quando combinados a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho para gerar os quadrantes do Modelo D-C, constatou-se que a maior frequência dos agentes socioeducadores foi no quadrante *baixa exigência* (30,2%), seguido dos quadrantes *trabalho ativo* (29,7%), *trabalho passivo* (21,0%) e *alta exigência* (19,2%).

De uma forma geral, não há convergência quanto aos percentuais em cada quadrante em estudos com diversas populações avaliadas a partir do Modelo D-C. Em estudos com a Enfermagem foi encontrado maior percentual nos quadrantes *trabalho passivo* (ARAÚJO, 1999; MAGNAGO, 2008), *trabalho ativo* (SILVA, 2007) e *alta exigência* (AMARAL, 2006).

Nos estudos de Araújo (1999), Amaral (2006) e Silva (2007), o trabalho envolvendo *alta exigência* esteve associado à ocorrência de doença psíquica menor em trabalhadores de enfermagem, confirmando a principal predição do Modelo D-C de que o trabalho em *alta exigência* concentra os maiores risco à saúde dos trabalhadores.

Os resultados deste estudo corroboram os de um estudo com professores do ensino básico, em que os quadrantes *baixa exigência* e *trabalho ativo* concentraram cada um cerca de um terço dos pesquisados (PORTO et al.,2006). Destaca-se que essas duas categorias apresentam alto controle sobre o próprio trabalho, o que propicia ao trabalhador maiores possibilidades de decisão e uso de habilidades.

No que se refere aos **dados sociodemográficos** dos agentes, não houve diferença estatística entre os grupos. Porém, destaca-se que as maiores frequências de agentes estão alocadas nos quadrantes *trabalho ativo* (ser do sexo masculino, ter idade \geq a 45 anos, ser da raça branca, ser graduado/pós-graduado e não ter filho) e *baixa exigência* (ser do sexo feminino, ser da raça não branca, ter ensino médio, ser solteiro e ter três ou mais filhos).

Apesar de não haver significância estatística, é importante salientar a evidência de que os agentes socioeducadores com graduação e pós-graduação foram classificados em maior percentual no quadrante *trabalho ativo* (31,0% e 38,1% respectivamente), enquanto que aqueles com ensino médio foram classificados no quadrante *baixa exigência* (36,7%). A situação dos graduados se encontrarem em maior percentual no *trabalho ativo* ocorreu também em estudo com trabalhadores de enfermagem (MAGNAGO, 2008). O *trabalho ativo* é aquele que permite ao trabalhador ampla possibilidade de decisão sobre como e quando desenvolver suas tarefas e a usar a sua potencialidade intelectual. É um trabalho que traz aprendizado e crescimento e os desfechos psicológicos são benéficos (KARASEK e THEÖRELL, 1990).

O fato de agentes socioeducadores que possuem nível superior encontrarem-se em maior percentual no quadrante *trabalho ativo* talvez possa ser explicado por se tornarem mais reflexivos com relação às atividades laborais, além de perceberem sua atuação com o adolescente ou mesmo com a chefia de forma diferente, utilizando seus conhecimentos específicos a fim de darem conta das demandas do trabalho.

No que se refere aos **hábitos e saúde**, a necessidade de acompanhamento psicológico no último ano e o tempo para lazer apresentaram significância estatística ($p < 0,0001$) entre os grupos avaliados.

Os agentes socioeducadores que necessitaram de **acompanhamento psicológico** foram classificados em maior percentual nos quadrantes *trabalho ativo e alta exigência* (31,8%; 29,5% respectivamente), enquanto que os que não tiveram necessidade foram classificados no quadrante de *baixa exigência* (35%). Isso significa que o maior percentual de trabalhadores que precisa de acompanhamento psicológico encontra-se com alta demanda psicológica. Em exposição prolongada, essas demandas, quando associadas ao baixo controle sobre o trabalho, podem desencadear o adoecimento físico ou psíquico nos trabalhadores (KARASEK e THEÖRELL, 1990), suscitando a necessidade de acompanhamento e intervenção do profissional psicólogo ou psiquiatra.

Nesse sentido, cabe ressaltar algumas características do trabalho do agente socioeducador como: pressão do tempo, o alto nível de concentração, constante estado

de alerta, a necessidade de esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores (por exemplo, os cuidados à saúde, audiências, entre outros). Essas são situações constantes no cotidiano desses trabalhadores e que contribuem para os altos níveis de demanda psicológica.

Estudo realizado por Carmo (2010), com o objetivo de compreender o cotidiano do adolescente em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade, identifica situações de conflitos entre agentes e adolescentes. Situação que evidencia um cotidiano laboral dos agentes permeado por momentos de tensão que resultam em diferentes formas de violência, inclusive a física, de ambas as partes (adolescentes e agentes). Essas situações são manifestações visíveis da tensão vivenciada nesse ambiente.

Os agentes que referiram ter **tempo para lazer** foram classificados com maior percentual no quadrante *baixa exigência* (44,2%), e os que não tinham tempo nos quadrantes *trabalho ativo* (36,9%) e *alta exigência* (32,1%). Em estudo com trabalhadoras de enfermagem também foi encontrada associação entre tempo insuficiente para lazer e *alta exigência* no trabalho (82,7%) (ARAÚJO et al., 2003). Principalmente as atividades físicas e de lazer atuam como mecanismos compensatórios diante do estresse, da angústia e da ansiedade, agindo como aliviadores das tensões, proporcionando prazer relaxamento e bem-estar (RIOS et al., 2011)

A alta exigência no trabalho configura as reações mais adversas da tensão psicológica (fadiga, ansiedade, depressão e doenças físicas), e esse fenômeno de tensão ocorre em diversas profissões no mundo moderno (KARASEK e THEÖRELL, 1990). Ao contrário, de acordo com Karasek e Theörel (1990, p. 36), as pessoas que se encontram em baixa exigência no trabalho são “realmente mais felizes e saudáveis do que a média no trabalho”. Ainda, os autores referem menor risco de doenças, devido à liberdade de decisão no trabalho, o que permite ao indivíduo responder aos desafios da melhor maneira, e porque há relativamente poucos desafios para enfrentar.

As demais variáveis – horas de sono, tabagismo, atividade física, uso de medicação, necessidade de atendimento médico e suspeição para alcoolismo – não evidenciaram diferença estatística significativa entre os grupos avaliados ($p > 0,05$).

No que se refere ao **turno de trabalho**, os resultados deste estudo evidenciaram que os trabalhadores do diurno apresentaram diferenças percentuais significativas para a classificação no quadrante *alta exigência* (26,9%, $p = 0,001$), quando comparados aos do noturno (11,2%). Esses resultados corroboram com os de estudo realizado com trabalhadores de enfermagem, onde foi constatado que trabalhadores do diurno estavam mais expostos ao estresse de *alta exigência* (SILVA, 2007). Porém, divergem de outro

estudo que evidenciou que os trabalhadores de enfermagem do noturno apresentaram maiores percentuais para *trabalho passivo* (33,5%) e *alta exigência* (24%) (MAGNAGO, 2008).

Especificamente quanto ao trabalho diurno dos agentes nos CASEs, há uma necessidade de maior contingente de trabalhadores para atender às atividades propostas neste turno (higienização, escola, oficinas, atividades de lazer, visitas, consultas, entre outras). É nesse período também que os agentes precisam dispensar mais atenção, devido à grande circulação de pessoas na unidade, entre elas: os familiares, os servidores e os próprios adolescentes. Nesse sentido, esse turno apresenta um ritmo de trabalho mais acelerado, necessitando atenção e estado de alerta constante e, muitas vezes, exigindo tomada de decisões com rapidez e precisão. Estas são cargas psíquicas que podem favorecer a tensão e o desgaste desses trabalhadores.

Os agentes socioeducadores que possuem maior tempo em outro emprego (há mais de seis anos) estão alocados em sua maioria nos quadrantes *trabalho ativo* e *alta exigência* (50,0% e 43,8% respectivamente). Os grupos em que eles se encontram são os quadrantes com elevados níveis de demanda psicológica. Segundo Karasek e Theorell (1990), as demandas psicológicas do trabalho têm um impacto maior nos resultados de saúde.

Quando o trabalhador opta por manter mais de um vínculo empregatício, ele também acaba por reduzir seu tempo de lazer e de convívio familiar (MAGNAGO, 2008). Ainda, este acúmulo de trabalho e responsabilidades advindas da dupla jornada “pode aumentar as sobrecargas do trabalho e trazer consequências nocivas à saúde do trabalhador” (MAGNAGO, 2008, p. 126).

Destaca-se, ainda, que os agentes socioeducadores com tempo de trabalho em outro emprego de até seis anos, e aqueles que relataram escala de trabalho suficiente foram classificados, predominantemente, em *trabalho passivo* (36,8%; 33,3% respectivamente). O *trabalho passivo* também é uma situação de trabalho nociva, pois pode gerar perda de habilidades e desinteresse por parte do trabalhador (ALVES et al., 2004).

O fenômeno de aprendizagem negativa e a perda gradual de habilidades produzidas pelo *trabalho passivo* conduzem a níveis de atividades de lazer e políticas mais baixos do que a média fora deste tipo de trabalho. A perda das habilidades, a falta de motivação no trabalho, as restrições rígidas no ambiente de trabalho, impedindo os trabalhadores de experimentar suas próprias ideias a fim de melhorar o processo de trabalho, podem significar um cenário de trabalho extremamente desmotivante e, a

longo prazo, resultar na perda da motivação no trabalho e também interferir na produtividade (KARASEK e THEÖRELL, 1990).

Os agentes que consideram ser insuficiente o quantitativo de trabalhadores na **escala de trabalho** e os insatisfeitos com o **local de trabalho** foram classificados predominantemente em *trabalho ativo* (33,0%, 32,6%; $p < 0,001$). Para Karasek e Theorell (1990, p.35), “as situações desafiadoras, típicas do trabalho profissional, necessitam de níveis mais altos de desempenho, porém sem tensão psicológica, que correspondem aos trabalhos ativos”. Pesquisa em populações suecas e americanas mostrou que, no grupo de trabalhadores aonde o controle e a demanda psicológica são elevados, o trabalhador é mais ativo nas atividades populares e de lazer fora do trabalho, apesar das exigências do trabalho pesado (KARASEK e THEORELL, 1990 p.35). Porém, alguns estudos têm demonstrado que os trabalhadores de enfermagem que se encontram em *trabalho ativo* também estão fortemente expostos a adoecimentos psíquicos (AMARAL, 2006; ARAÚJO et al., 2003; ARAÚJO, GRAÇA e ARAÚJO, 2003; SILVA, 2007).

No que se refere aos **dias de afastamento do trabalho** por problemas de saúde, destacaram-se aqueles que necessitaram de até nove dias e de 100 a 365 dias, classificados predominantemente no *trabalho ativo* (28,9% e 36,0% respectivamente); de 25 a 99 dias, classificados em *trabalho ativo* (40,6%); e de 10 a 24 dias de afastamento o maior percentual foi alocado no grupo *alta exigência* (29,0%). Cabe ressaltar que os trabalhadores que necessitaram de afastamento do trabalho por motivo de saúde encontram-se nos grupos com altos níveis de demanda psicológica.

Alguns estudos têm verificado que afastamentos de curta duração podem fornecer dados a respeito do estado de saúde de um grupo de trabalhadores, como também podem estar relacionados a fatores da organização do trabalho, como duração da jornada, turnos e autonomia no trabalho, entre outros (FISCHER, CALAME, DETTLING, 2000; MONCADA, 2000). Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário em Minas Gerais apontou que o crescente número de afastamentos do trabalho tem relação, mesmo que parcial, com a elevada carga psicológica e física decorrente do trabalho (REIS et al., 2003)

5.3 Considerações acerca dos Distúrbios Psíquicos Menores

A prevalência de DPM em 50,1% dos agentes socioeducadores foi superior à encontrada em estudo realizado por Fernandes et al.(2002) com agentes penitenciários (30,7%), por Braga, Carvalho e Binder (2010) com trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu/SP (42,6%), por Araújo et al. (2003) com profissionais da enfermagem (33,3%), por Porto et al. (2006) com professores de educação infantil, ensino fundamental de escolas privadas e públicas municipais em Vitória da Conquista (44%), e por Cavagione et al. (2009) com motoristas de transporte de carga (33%).

Entretanto, estudo realizado por Reis et al. (2005) com professores da rede municipal de Vitória da Conquista apresentou prevalência de DPM superior (55,9%) à dos agentes socioeducadores. Talvez a semelhança dos percentuais desses dois estudos possa estar relacionada à atuação tanto dos agentes quanto dos professores com uma população de adolescentes e, também, pelo fato de os agentes socioeducadores possuírem um papel pedagógico na instituição.

Segundo o Programa de Execução de Medidas Socioeducativas (PEMSEIS), o agente é participante das ações pedagógico-terapêuticas, por meio de sugestões que visem a eficiência destas (RIO GRANDE DO SUL, 2002 b). Ainda, Volpi e Saraiva (1998) relatam que os agentes envolvidos na efetivação das medidas socioeducativas têm a missão de proteger, garantir o conjunto de direitos e educar, oportunizando ao adolescente uma vida em sociedade.

Ao serem avaliadas individualmente, as questões do SRQ-20 apresentaram-se com maior frequência de respostas afirmativas: *“sente-se nervoso, tenso ou preocupado”*; *“dorme mal”*; *“cansa-se com facilidade”*; *“encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades diárias”*. Destacam-se também *“tem se sentido triste ultimamente”*, *“tem dificuldade no serviço, no emprego (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)”*, *“tem perdido o interesse pelas coisas”*, *“sente-se cansado o tempo todo”* e *“tem sensações desagradáveis no estômago”*. Essas questões também foram apresentadas de forma semelhante em estudos com docentes do Município de Vitória da Conquista (REIS et al., 2005).

Os transtornos mentais se apresentam quando há um desequilíbrio entre as exigências do meio do trabalho e a capacidade de adaptação do sujeito, tornando maiores os sentimentos de inutilidade, alimentando a sensação de adoecimento intelectual, falta de imaginação e, conseqüentemente, afetando o comportamento produtivo (DEJOURS, 1987). Para Seligmann - Silva (2011), o trabalho pode tanto fortalecer a saúde mental, quanto levar a distúrbios que podem expressar-se

coletivamente, ou também individuais por meio de manifestações psicossomáticas ou psiquiátricas.

Neste sentido, é importante considerar o percentual de 6,6% (n=25) de agentes que responderam afirmativamente para a questão do SRQ-20 “*Tem tido a idéia de acabar com a vida?*”. Esse dado traz a tona o grau de sofrimento desses trabalhadores e, principalmente, a reflexão sobre a emergência de se pensar em estratégias para minimizar esse sofrimento. Para que se possa identificar sinais de possibilidades de tentativa de suicídio, e promover a manutenção da vida dos agentes é necessário a instituição propor momentos de escuta sensível, em que eles possam expressar seus sentimentos, necessidades e desejos. Assim, além de minimizar o sofrimento esse espaço pode proporcionar bem-estar, e auxiliar na resolução de conflitos do trabalhador.

De acordo com Seligmann- Silva (2011), no Brasil, poucos estudos sobre suicídios relacionados ao trabalho tem sido publicados, apesar de estarem presentes em nossa sociedade. A autora assinala para a necessidade urgente de medidas preventivas para superar formas perversas de gestão, que são reveladas como responsáveis pelos eventos fatais.

Características como ser do **sexo feminino** (55,7%) e com **faixa etária** até 44 anos (58,5%) mostraram serem significativas para suspeição de DPM entre os agentes socioeducadores. A maior prevalência de DPM em mulheres é observada em outros estudos brasileiros com trabalhadoras de enfermagem (33,3%) (ARAÚJO, 2003) e em unidade de emergência (27,5%) (PINHO e ARAÚJO, 2007), na população feminina de Pelotas/RS (34,2%) (COSTA et al., 2002) e em funcionárias de uma Universidade do Rio de Janeiro (34,4%).

Lurdemir (2000) destaca a inserção feminina no mercado de trabalho como limitada, devido às responsabilidades domésticas e familiares, tendo o emprego que ser adaptado a essas funções. Nesse sentido, quando o emprego não se adapta a essas necessidades, pode ser nocivo à saúde das mulheres.

Neste estudo, observou maior percentual de mulheres desenvolvendo a função de agente socioeducadora nos CASE/RS. Fernandes et al. (2002) destaca que, por razões culturais, as mulheres são mais vulneráveis às tensões do trabalho em penitenciárias, o que reflete em menor capacidade para reagir a essas tensões. O autor relata a necessidade imperiosa de manter a autoridade, fato que pode ser altamente desgastante para elas. Essas tensões ocorrem nas penitenciárias, porém o sistema de medidas socioeducativas mantém uma estrutura e tensões muito semelhantes às de um

presídio. As mulheres que ali trabalham necessitam impor sua autoridade e, muitas vezes, também sua força física.

Por outro lado, estudo realizado por Carmo (2010), com adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, aponta para o envolvimento e preocupação das agentes socioeducadoras em conseguir emprego para os adolescentes após o cumprimento da medida. Essa situação foi manifestada pelos adolescentes, o que evidencia o envolvimento dessas trabalhadoras com o aspecto pedagógico e de reinserção social dos adolescentes.

Todas essas situações abordadas assinalam diferentes aspectos do trabalho feminino nos CASEs que podem ou não favorecer o desenvolvimento de distúrbios psíquicos. As agentes precisam executar suas tarefas rotineiras, mas estendem seu compromisso laboral para além da instituição, exercendo muitas vezes um triplo papel: profissional, social e de cuidado, o que pode contribuir para o seu desgaste psíquico.

Com relação a exercer força física, a suspeição para DPM esteve associada com a falta de **atividade física** e de **tempo para lazer**. Com relação a não realizarem atividade física, os resultados corroboram com os outros estudos (FERNANDES et al., 2002; NASCIMENTO SOBRINHO et al. 2006). De acordo com Fernandes et al. (2002), a associação entre DPM, indisponibilidade de tempo para lazer e ausência da realização de esporte pode revelar a importância dessas atividades na redução das tensões advindas do ambiente de trabalho. Ou ainda o contrário, aqueles que não realizam atividades de lazer, apresentam DPM, o que leva ao isolamento, sintomas depressivos, ansiedade e tristeza.

Em estudo realizado com os agentes socioeducadores sobre cargas de trabalho, eles relataram a necessidade de realizar imobilizações dos adolescentes e extensas jornadas de trabalho (GRANDO et al., 2006); esse relato denota a importância de um bom condicionamento físicos dos trabalhadores dessa categoria.

Os agentes que utilizavam **medicação**, que necessitavam de **atendimento médico** e que precisavam de **acompanhamento psicológico** no último ano apresentaram diferença estatisticamente significativa na ocorrência de DPM, quando comparados aos que não necessitaram de nenhum desses artifícios.

Tendo em vista que, dentre os medicamentos mais utilizados pelos agentes foram citados os antidepressivos (n=63) e os ansiolítico (n=29), isso remete para o uso em decorrência de sintomas de DPM. É sabido que os DPM designam sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas

somáticas, que demonstram ruptura do funcionamento normal do indivíduo (GOLDBERG e HUXLEY, 1993).

No que se refere ao atendimento psicológico, ele pode decorrer da necessidade de existir um espaço onde este trabalhador possa expor suas angústias, medos, ansiedades, tanto relacionados ao trabalho quando à vida privada, e assim buscar em um profissional psicólogo o apoio para minimizar os potenciais desencadeadores desses sintomas.

Ainda a necessidade de uso de medicamentos e de atendimento médico e psicológico pode estar relacionada às cargas de trabalho e ao alto grau de sofrimento psíquico no trabalho, pela percepção de desvalorização por parte da instituição em desenvolver políticas de saúde no trabalho, pelas péssimas condições de trabalho e pela falta de infraestrutura, as quais foram identificadas por Grandó et al. (2006).

A **satisfação com o local de trabalho** mostrou relação significativa com a suspeição de DPM. Ou seja, os agentes socioeducadores insatisfeitos com o local de trabalho apresentaram maior percentual de DPM (61,7%). A insatisfação no trabalho leva a consequências como absenteísmo, diminuição do rendimento, rotatividade de mão de obra mais elevada, reclamações e greves, tendo um efeito negativo sobre a saúde mental e física dos trabalhadores (FERNANDES, 1996).

Em se tratando de absenteísmo, o **afastamento do trabalho** por problemas de saúde apresentou associação com suspeição para DPM. Nesse sentido, a OMS adverte que as doenças mentais são responsáveis por cinco das dez principais causas de afastamento do trabalho no Brasil – sendo a primeira delas a depressão. As LER/DORT e os transtornos mentais estão entre as causas mais frequentes de afastamento no trabalho entre os brasileiros (BRASIL, 2001). No Rio Grande do Sul, os transtornos mentais são a segunda maior causa de notificações de doenças relacionadas ao trabalho (CENTRO ESTADUAL EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2010).

É importante destacar que, neste estudo, os agentes com **suspeição para alcoolismo (CAGE)** apresentaram maior percentual (63,9%; $p=0,053$) de DPM. O uso abusivo de álcool e drogas constitui um problema grave de saúde pública, sendo diretamente relacionado à produção de acidentes e de violência. A interação álcool/trabalho tem suscitado preocupações, por conta do efeito direto sobre o sistema nervoso central e periférico, produzindo alterações de importantes funções da cognição, principalmente em atividades que exigem alto grau de atenção, concentração e raciocínio para o seu bom desempenho (LACERDA, 2011), como é o caso dos agentes socioeducadores.

5.4 Considerações sobre a associação entre os quadrantes do Modelo Demanda-Controle e distúrbios psíquicos menores

Este estudo teve como hipótese geral que o trabalho executado sob *altas demandas psicológicas e baixo controle* sobre a atividade laboral associa-se positivamente à ocorrência de distúrbio psíquico menor em agentes socioeducadores dos CASE/RS.

Ao ser avaliado o percentual de DPM entre agentes socioeducadores segundo os quadrantes do Modelo D-C, observou-se que a prevalência de DPM foi mais elevada no quadrante de maior exposição (*alta exigência*), seguida pelos quadrantes *trabalho ativo e passivo*.

A principal predição estabelecida nesse modelo é que a maioria das reações adversas (fadiga, ansiedade, doenças físicas) das exigências psicológicas ocorre quando a demanda do trabalho é alta e o controle baixo (*alta exigência*) (KARASEK e THEORELL, 1990). Essa predição foi confirmada neste estudo, evidenciando a associação positiva entre o trabalho em *alta exigência* e DPM.

Os agentes socioeducadores expostos simultaneamente a *altas demandas psicológicas e a baixo controle no trabalho* (trabalho em *alta exigência*) apresentaram duas vezes mais chances (OR=2,05; IC95%=1,03-4,09) de ocorrência de DPM do que aqueles não expostos (*baixa exigência*). Outros estudos apresentaram associação entre trabalhadores em *alta exigência* com chances maiores de terem suspeição para DPM, mesmo após ajustes pelas potenciais variáveis confundidoras (ARAÚJO; GRAÇA e ARAÚJO, 2003; ARAÚJO et al., 2003; KIRCHHOF et al., 2009; SILVA, 2007; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; TAVARES, 2010)

No entanto, os agentes socioeducadores classificados no quadrante *trabalho ativo* também apresentaram quase duas vezes mais chances (OR=1,99; IC95%=1,09-3,63) para suspeição de DPM, quando comparados aos agentes alocados no quadrante *baixa exigência*. Estudos apontaram, igualmente, o *trabalho ativo* como o quadrante associado à suspeição para DPM (ARAÚJO; GRAÇA e ARAÚJO, 2003; ARAÚJO et al., 2003; SILVA, 2007; TAVARES, 2010).

O fato de que o maior percentual desses trabalhadores encontra-se exposto a situações de *altas demandas psicológicas* pode se configurar como preocupante, visto que a alta demanda psicológica no trabalho predispõe ao adoecimento, e é descrita em alguns estudos como a variável desse modelo que melhor se identifica com a ocorrência

de DPM (ARAÚJO et al., 2003; BRAGA; CARVALHO e BINDER, 2010; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006).

Neste estudo, semelhante aos estudos citados no parágrafo anterior, o alto controle parece não ter minimizado os efeitos negativos da alta demanda psicológica na saúde mental dos trabalhadores. Experimentos laboratoriais realizados por Honig e Staddon (1977, *apud* Landsbergis, 1988) afirmaram que altas demandas poderiam bloquear os reforços provenientes do alto controle, uma vez que demandas elevadas aumentavam o esforço de resposta. Nesse contexto, demonstra-se certa interdependência dos fatores demanda e controle, principalmente no que se refere ao *trabalho ativo* (ARAÚJO; GRAÇA e ARAÚJO, 2003).

Outro aspecto importante, relacionado ao desgaste em situações de alto controle assinalado por Araújo; Graça e Araújo (2003), é que os altos níveis de controle implicam no crescimento das responsabilidades decorrentes do aumento de autonomia, o que por sua vez pode provocar maior tensão, interferindo negativamente na saúde dos trabalhadores.

Outras duas hipóteses foram testadas nesta dissertação, a fim de verificar a associação entre cada componente do Modelo D-C (*demandas psicológicas e controle*) e a ocorrência de DPM em agentes socioeducadores dos CASE/RS. Nesse sentido, as hipóteses formuladas de que os agentes com baixo controle sobre o seu próprio trabalho e com alta demanda psicológica apresentariam prevalência mais elevada de DPM foram ratificadas. Identificou-se que os agentes socioeducadores classificados com *alta demanda psicológica* apresentaram uma prevalência 52% mais elevada de DPM, quando comparados aos com *baixa demanda psicológica*. E aqueles com *baixo controle* apresentaram uma prevalência 25% mais elevada do que os com *alto controle*.

Portanto, esses resultados convergem para a assertiva de que as condições de trabalho dos agentes socioeducadores dos CASE/RS impõem desgaste danoso, com consequências para a saúde psíquica desses trabalhadores.

A presença de *apoio social* tem sido associada aos melhores níveis de saúde, pois elevados níveis de apoio agem como fator de proteção diante dos riscos de doenças provocadas, por exemplo, pelo estresse (FONSECA e MOURA, 2008). Então, o fato de o trabalhador possuir apoio social no ambiente de trabalho torna-se um fator de proteção tanto da saúde física quanto da saúde mental deste indivíduo, o que inclui os distúrbios psíquicos menores. As relações de apoio no trabalho, tanto por parte dos colegas quanto das chefias, favorecem para a resolução de problemas, e conseqüentemente contribuem

para a redução do estresse, além de favorecerem o bem-estar e a saúde dos trabalhadores. Assim sendo, é uma relação de apoio mutuamente benéfica.

Nesta pesquisa, a maior parcela de agentes socioeducadores foi classificada no grupo com *baixo apoio social* (63,4%). Verificou-se que 70% dos agentes classificados no quadrante *alta exigência* e com *apoio social baixo* apresentam suspeição para DPM. Por outro lado, outra importante observação deste estudo foi a de que 56,5% dos agentes classificados em alta exigência, apesar de referirem *alto apoio social*, apresentaram suspeição de DPM.

Grando et al. (2006), em estudo com agentes socioeducadores, constatou que o relacionamento interpessoal era problemático entre esses trabalhadores. Os agentes revelaram dificuldades no trabalho em equipe, além do déficit de recursos humanos. Esses relacionamentos interpessoais conflituosos dificultam as relações de apoio no trabalho.

5.5 Considerações sobre condições de trabalho, saúde do trabalhador e promoção da saúde

Este estudo abordou os aspectos psicossociais do trabalho – demandas psicológicas e controle sobre o trabalho e suas repercussões na saúde de trabalhadores. Nesse sentido, faz-se necessário realizar algumas considerações/reflexões sobre as condições do trabalho e a saúde do trabalhador.

O trabalho na vida dos indivíduos é rico em significados, tanto no sentido individual como social, é um meio de prover subsistência, criar sentidos existenciais e contribuir na estruturação da identidade e da subjetividade (TOLFO e PICCININI, 2007). O trabalho ainda pode ser fonte de prazer, reconhecimento, *status*, representar inserção social, porém também pode levar ao desequilíbrio, desajustes e ao adoecimento (DEJOURS, 1997).

Nesse sentido, tem-se discutido muito, nas últimas décadas, sobre as formas como a organização, as condições e o processo de trabalho interferem na saúde dos trabalhadores, seja fortalecendo a saúde, seja desencadeando ou determinando processos patológicos (MAGNAGO, 2008). De acordo com Dejours (2007), as condições de trabalho acabam afetando mais o corpo dos trabalhadores, pois elas podem ocasionar o

desgaste, o envelhecimento e doenças somáticas. Já a organização do trabalho atua em nível do funcionamento psíquico.

O trabalho é parte integrante da vida do ser humano. Essa relação se dá com a produção de significações psíquicas e de construção de relações sociais, onde há uma mediação entre o psíquico e o social. O trabalho então pode ser ou não nocivo, mas ele se torna perigoso, dependendo da forma como é organizado e realizado pelo homem.

O Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador do Rio Grande do Sul (SIST/RS), em 2009, obteve 24.533 agravos notificados, sendo que 93,3% foram de acidentes de trabalho (AT) e 6,7% por doenças ocupacionais. Dentre as doenças ocupacionais, os transtornos mentais são a segunda causa de adoecimento notificado (9,3%), superada somente pelas Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) (55,1%) (CENTRO ESTADUAL EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 2010).

Os distúrbios relacionados à saúde mental vêm crescendo em um ritmo muito acelerado, entre todas as categorias de trabalhadores. Estima-se que até 2020 os afastamentos permanentes do trabalho por transtornos mentais sejam superiores aos por doença cardiovascular ou osteomuscular (CORGONZINHO, 2000).

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, na América Latina, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas. O fato de não se notificar as doenças relacionadas ao trabalho dificulta o acesso às informações sobre a real situação de saúde dos trabalhadores, prejudicando o planejamento e implementação das ações de saúde do trabalhador (BRASIL, 2004).

A partir da Lei 8.080, de 1990, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde do trabalhador foi incluída como parte integrante dos serviços de vigilância (sanitária e epidemiológica). Essa lei descreve a saúde do trabalhador como um conjunto de atividades, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, destinados à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores. Também visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), em vigor desde 2004, foi desenvolvida a fim de contemplar as exigências do Sistema Único de Saúde de reduzir acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante ações de promoção, reabilitação e vigilância na área da saúde. A política ainda visa garantir que o trabalho seja realizado em “condições que contribuam para a melhoria da qualidade de

vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental” (BRASIL, 2004, p. 4).

Na modernidade, vários órgãos e países têm se preocupado com a importância de práticas éticas que envolvam os trabalhadores. A Declaração de Seul, em 2008, sobre segurança e saúde no trabalho, afirma que um ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito humano fundamental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

Houve avanços na legislação, desde a implantação do SUS, porém as práticas em relação à saúde do trabalhador ainda demonstram muitas lacunas e dificuldades na efetivação da política de saúde do trabalhador. Isso ocorre, principalmente, devido à fragmentação das ações relacionadas à saúde do trabalhador (CAVALCANTE et al., 2008). Nesse contexto, é fundamental que o governo, gestores e os empregadores possam investir em ações que promovam a saúde, ou ainda que contribuam para a efetivação da política de saúde do trabalhador.

O ambiente laboral pode ser considerado um espaço privilegiado para que os trabalhadores e gestores planejem e coloquem em prática ações com vistas à promoção e proteção da saúde. Essa iniciativa proporciona a responsabilização compartilhada entre os coordenadores, chefias e trabalhadores (MAGNAGO, 2008).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) considera o ambiente laboral como um ambiente de prioridade para a promoção da saúde no século XXI. Um contexto laboral saudável é fundamental não somente para os trabalhadores, mas também para favorecer a motivação, produtividade, o espírito de satisfação no trabalho e a qualidade de vida global (CASAS e KLIJN, 2006).

Portanto, a forma como está organizado o trabalho tem relação direta com o bem-estar, ou o risco de adoecimento dos trabalhadores. Nesse sentido, quando a organização do trabalho é saudável, oferecendo uma certa liberdade para o trabalhador, com relações mais abertas, democráticas, é possível o processo de reconhecimento, prazer e transformação do sofrimento (MENDES, 2008).

A promoção da saúde deve estar articulada aos serviços de segurança e saúde do trabalhador, a fim de proporcionar não somente o tratamento de doenças advindas do trabalho, mas ações que possam promover o bem-estar biopsicossocial dos trabalhadores.

5.6 Implicações dos resultados do estudo para a Enfermagem

No que se refere aos desafios impostos pelas questões de saúde do trabalhador, Minayo-Gomes e Thedim-Costa (1997) relatam ser uma tarefa coletiva, que necessita do empenho de várias esferas, como as instituições públicas, a sociedade civil, e principalmente as instâncias organizativas de trabalhadores.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador como uma instância pautada na promoção da saúde e que deve envolver vários atores sociais (trabalhadores, organizações, gestores, cidadãos em geral), busca a integração desses cidadãos para construir melhorias nas condições de trabalho, visando à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores. Isso significa que todos somos corresponsáveis pelo impacto que o trabalho tem em nossas vidas.

Neste sentido, os resultados desta dissertação possibilitam aos enfermeiros e aos gestores um panorama sobre as possíveis repercussões do trabalho na saúde dos agentes socioeducadores, em especial quanto aos distúrbios psíquicos menores. O percentual de 50,1% de suspeição para esses distúrbios assinala a necessidade de se propor melhorias nas condições de trabalho, bem como de se buscar coletivamente a resolução para situações que possam ser nocivas à saúde psíquica dos agentes.

Sinaliza, ainda, para a necessidade de um Serviço de Saúde do Trabalhador efetivo, composto por uma equipe multiprofissional, que inclua questões pertinentes a temática avaliada neste estudo, no sentido de que seja realizado a implantação/implementação de ações que promovam a saúde dos profissionais atuantes nos CASEs, dentre eles, os agentes socioeducadores.

Os enfermeiros integrantes da FASE, profissionais que participam da elaboração do Programa de Execução de Medidas Socioeducativas, podem tornar-se parceiros na efetivação da PNSST, a fim de que a organização do trabalho e as condições oferecidas ao trabalhador dessa instituição possam contribuir para a saúde dos mesmos.

Salienta-se que todos os profissionais de enfermagem, independente da categoria, têm o compromisso com a sensibilização para questões pertinentes à saúde do trabalhador, à promoção e manutenção da integridade física e psíquica dos trabalhadores em geral (RIBEIRO, 2008).

Ainda, com relação à responsabilidade da enfermagem no campo da saúde do trabalhador, cabe ressaltar que é um campo que necessita de trabalho integrado, que se desenvolva de forma articulada entre trabalhadores, profissionais da saúde, gestores e organizações do trabalho. Azambuja; Kerber, e Kirchhof (2007) referem que, além de estabelecer parcerias com os trabalhadores para a efetivação das ações em vigilância em

saúde do trabalhador, existe a necessidade de buscar a inserção da população na luta por melhorias nas políticas que direcionam a saúde do trabalhador.

5.7 Limitações do estudo

Uma das limitações deste estudo se refere às características das pesquisas seccionais, pois não é possível concluir com segurança a respeito de relações causais em função do aspecto temporal entre exposição e desfecho (KLEIN e BLOCH, 2005).

Outro aspecto limitante poderia ter sido com relação ao uso de questionário autoaplicável na coleta de dados, pois ele possibilita o preenchimento parcial, ou incompleto, por motivo de esquecimento, ou de pular questões sem perceber, mais do que as outras formas de coleta de dados. Importante salientar que, nas questões referentes ao SRQ-20 e às dimensões demanda e controle, todas as alternativas foram respondidas pelos agentes.

A lacuna de estudos com agentes socioeducadores apresentou-se como uma grande limitação na discussão dos resultados, pois foi necessário realizar comparações e referenciar estudos com outras populações, como: agentes penitenciários, motoristas de caminhão, professores, enfermeiros docentes, enfermeiros assistenciais.

Outro aspecto que pode ter influenciado nos resultados encontrados se refere ao relato autorreferido dos itens de avaliação de DPM. Essa informação pode ter sido influenciada pela percepção de cada trabalhador sobre seu estado geral nos últimos 30 dias, levando em consideração fatores pessoais, individuais, psicológicos, ou ainda relacionados ao trabalho. Além disso, alguns sintomas menos frequentes ou intensos podem ter sido esquecidos e não informados pelos agentes socioeducadores. Porém, o SRQ-20 é um instrumento que deve ser autorrespondido e é recomendado pela OMS para ser utilizado no rastreamento de DPM (GONÇALVES; STEIN e KAPCZINSKI, 2008).

O fato do Modelo Demanda-Controlle ter sido desenvolvido originalmente para utilização em indústrias, apesar da intenção de que seu uso fosse generalizado, implica em ele não necessariamente leva em conta as peculiaridades da natureza de determinado trabalho (GRIEP et al., 2009).

No trabalho dos agentes socioeducadores, a questão “Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?” pode não ter

tido a compreensão exata quanto ao termo “produzir muito”, pois, na realidade deles, o trabalho não gera um produto palpável, concreto, ou que possua valor de uso ou de troca. Esse fato pode ter levado alguns agentes a não perceberem a intensidade e o ritmo exigidos pelo seu trabalho.

Destaca-se, ainda, que por este ser um estudo transversal, a medida de associação utilizada (*Odds Ratio*) pode ter superestimado a força da associação.

6 CONCLUSÕES

Este estudo permitiu investigar a demanda psicológica e o controle sobre o trabalho e sua associação com os Distúrbios Psíquicos Menores em agentes socioeducadores dos CASEs do Rio Grande do Sul. A partir dos resultados obtidos nesta dissertação, assinalam-se algumas conclusões e considerações.

- Quanto às características sociodemográficas da população estudada:

- 55,8% eram do sexo feminino;
- a média de idade foi de 44,4 anos ($\pm 8,17$);
- 75% de raça branca;
- 54,3% possuíam graduação ou pós-graduação;
- 64,4% eram casados ou com companheiro;
- 62,4% tinham de um a dois filhos.

- Quanto às características de hábitos e saúde da população estudada:

- 58,2% nunca fumaram;
- 89,3% não possuíam suspeição para alcoolismo;
- 89,8% dormiam de 5 a 8 horas por dia;
- 67,2% não realizavam atividade física regularmente;
- 50,3% referiram que às vezes têm tempo para lazer;
- 62,8% faziam uso de algum tipo de medicamento;
- 92% faziam uso de medicamento com indicação médica;
- 79,6% necessitaram de atendimento médico no último ano;
- 35,5% necessitaram de acompanhamento psicológico.

- Quanto às características laborais da população estudada:

- 55,1% tinham até 10 anos de trabalho na instituição;
- 70,1% trabalhavam até 10 anos como agentes;
- 50,7% trabalhavam no turno diurno;
- 53,7% tinham até oito anos no mesmo turno de trabalho;
- 67,5% realizavam uma carga horária semanal de até 40 horas;
- 9,2% possuíam outro emprego;
- 71,4% dos que possuíam outro emprego apresentaram carga horária no outro emprego de até 20 horas;
- 53,4% trabalhavam havia pelo menos seis anos no outro emprego;

- 55,0% afirmaram não receber capacitação ou treinamento;
- 80,3% referiram escala de trabalho insuficiente;
- 52,3% não se encontravam satisfeitos com o local de trabalho;
- 36,1% necessitaram até nove dias e 16,6% de 10 a 24 dias de afastamentos do trabalho devido a problemas de saúde.

- Quanto à exposição do estudo (quadrantes do Modelo D-C):

- 60,8% dos agentes socioeducadores possuíam alta demanda psicológica;
- 56,9% possuíam baixo controle sobre o trabalho;
- 63,4% possuíam baixo apoio social;
- 30,2% foram classificados no quadrante baixa exigência;
- 21,0% foram classificados no quadrante trabalho passivo;
- 29,7% foram classificados no quadrante trabalho ativo;
- 19,2% foram classificados no quadrante alta exigência;
- 31,8% dos agentes socioeducadores que necessitaram de acompanhamento psicológico estão classificados no trabalho ativo, e 25,9% no de alta exigência ($p<0,0001$);
- 36,9% dos agentes socioeducadores que não possuíam tempo para lazer foram classificados no trabalho ativo, e 32,1% na alta exigência ($p<0,0001$);
- mostraram-se associados ao trabalho ativo: trabalhar no turno diurno (29,0%; $p=0,001$), há mais de seis anos em outro emprego (50,0%; $p=0,001$), estar insatisfeito com o local de trabalho (33,0%; $p=0,001$) e necessitar de 25 a 99 dias de afastamento do trabalho (40,6%; $p=0,047$).

- Quanto à prevalência de distúrbios psíquicos menores em agentes socioeducadores dos CASEs do Rio Grande do Sul:

- a prevalência global de suspeição para DPM foi de 50.1%;
- 55,6% dos agentes socioeducadores dormiam mal;
- 68,5% dos agentes socioeducadores sentiam-se nervosos, tensos ou preocupados;
- 50,4% dos agentes socioeducadores encontravam dificuldade em realizar com satisfação suas atividades diárias;
- 51,4% dos agentes socioeducadores se cansavam com facilidade;
- mostraram-se associadas à suspeição de DPM: ser do sexo feminino (55,7%; $p=0,018$), ter idade até 44 anos (58,5%; $p=0,001$), não realizar atividade física (57,4%; $p<0,0001$), não possuir tempo para o lazer (75%; $p<0,0001$), fazer uso de medicação (61,4%; $p<0,0001$), necessitar de atendimento médico (56,9%; $p<0,0001$) e

de acompanhamento psicológico (72,7%; $p < 0,0001$), não estar satisfeito com o local de trabalho (61,7%; $p < 0,0001$) e necessitar de 25 a 99 dias de afastamento do trabalho (65,6%; $p = 0,011$).

- Quanto à associação entre exposição e desfecho:

- as prevalências mais elevadas de DPM se apresentaram nos quadrantes *trabalho passivo* (44%) ($p = 0,037$); *trabalho ativo* (70%) ($p = 0,0003$) e *alta exigência* (94%) ($p < 0,0001$);

- a análise de correspondência evidenciou associação entre ser classificado em *alta exigência* no trabalho, apresentar suspeição para DPM e escala de trabalho insuficiente, insatisfação com o local de trabalho, falta de tempo para o lazer, necessidade de acompanhamento psicológico e de afastamento do trabalho por 10 a 24 dias. Aos classificados em *trabalho passivo* com suspeição de DPM mostrou-se associada a falta de atividade física. Já o trabalho noturno evidenciou relação expressiva com os agentes classificados em *trabalho passivo e ativo* com suspeição de DPM;

- após o ajuste pelas potenciais variáveis de confundimento, a análise de regressão logística demonstrou que os agentes socioeducadores do quadrante *alta exigência* possuíam aproximadamente duas vezes mais chances de serem classificados com DPM do que os do quadrante baixa exigência ($OR = 2,05$; $IC95\% = 1,03-4,09$). Demonstrou ainda que os agentes socioeducadores alocados no quadrante *trabalho ativo* apresentaram aproximadamente duas vezes mais chance para DPM com relação ao quadrante de referência ($OR = 1,99$; $IC95\% = 1,09-3,63$).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tem-se observado um crescente número de estudos relacionados à saúde psíquica de trabalhadores. Dentre as profissões estudadas estão a enfermagem, professores, trabalhadores da rede básica, dentistas, motoristas de caminhão e médicos. Este trabalho se propôs estudar a associação entre as demandas psicológicas e o controle no trabalho e o desenvolvimento de DPM em agentes socioeducadores dos CASE/RS.

A questão de pesquisa deste estudo foi: ***existe associação entre altas demandas psicológicas no trabalho e baixo controle do trabalhador sobre a atividade laboral e desenvolvimento de DPM em agentes socioeducadores dos CASE/RS?***

Em resposta às questões de pesquisa, evidenciou-se que a prevalência global de DPM foi elevada (50,1%), bem como se constatou a associação positiva e significativa entre alta demanda psicológica, baixo controle sobre o trabalho e a ocorrência de DPM. Ou seja, os agentes socioeducadores que desenvolvem atividades em um local de trabalho considerado de *alta exigência* têm chances maiores de desenvolver DPM, quando comparados aos agentes que desenvolvem atividades em um ambiente de baixa exigência. Ainda, foi verificado que os agentes socioeducadores em *trabalho ativo* também apresentam maiores chances de desenvolver DPM, quando comparados aos agentes em situação de baixa exigência.

Esses resultados confirmam o pressuposto do Modelo D-C, principalmente no que diz respeito às demandas psicológicas terem reflexos negativos na saúde dos trabalhadores. Assim, neste estudo as altas demandas psicológicas parecem ter influência negativa no trabalho dos agentes socioeducadores, independente de possuírem ou não alto controle sobre o trabalho.

O trabalho do agente socioeducador apresenta peculiaridades que merecem destaque e que talvez expliquem esses resultados, como: a imprevisibilidade, o risco de agressão, as responsabilidades do papel de educador, o estado de alerta constante e a atenção, o ritmo acelerado de trabalho, a necessidade de preparo físico para situações de contenção e rapidez nas tomadas de decisão. Essas características apontam para as elevadas exigências psicológicas que fazem parte do cotidiano laboral desses trabalhadores. E elas se mostraram associadas a maior desgaste e tensão, que se traduzem no trabalhador como cansaço, esquecimento, insônia, somatizações, ansiedade características dos DPMs.

Esses resultados trazem contribuições para a saúde pública, mais especificamente para o campo da saúde do trabalhador, tendo em vista que os DPMs constituem um importante problema de saúde que, muitas vezes, leva ao absenteísmo, tem consequências e reflexos econômicos para o sistema de saúde, para as instituições ou empresas, bem como aos próprios trabalhadores. O estudo traz um panorama do trabalho e sua repercussão na saúde psíquica dos agentes socioeducadores e fornece subsídios para a implementação de ações de promoção à saúde. Nesse sentido, a partir dos resultados obtidos, assinalam-se algumas considerações que podem ser importantes na melhoria das condições de trabalho e na redução de doenças como os DPMs nessa população.

No âmbito das instituições FASE e CASE:

- Implantar/implementar um Serviço de Segurança e Saúde do Trabalhador (SSST), com atendimento multiprofissional e multidisciplinar, de forma a:

* facilitar a avaliação das causas dos problemas ligados ao desgaste do trabalhador, seja físico e ou psicológico (DPM e somatizações);

* reconhecer precocemente sinais de doenças advindas do trabalho, e realizar acompanhamento precoce;

* promover ações de educação em saúde que possam minimizar as repercussões do estresse nos ambientes de trabalho;

* promover atividades de sensibilização, educação e orientação (campanhas, grupos) para os trabalhadores, com o intuito de estabelecer parcerias na prevenção de acidentes e doenças do trabalho e,

* desenvolver ações que promovam a saúde dos trabalhadores (atividades de lazer, integração, participação, atividade física).

- Desenvolver atividades de gestão participativa, no intuito de integrar os agentes socioeducadores no processo organizacional da instituição, como atuantes na resolução de problemas;

- proporcionar aos agentes socioeducadores e demais trabalhadores da instituição ambiente saudável para trabalho, com ginástica laboral e atividades de integração;

- realizar acompanhamento periódico dos trabalhadores no que diz respeito às condições de saúde;

- realizar educação continuada, cursos de aperfeiçoamento e atualizações, a fim de melhorar as condições de trabalho e possibilitar maior segurança no exercício da atividade laboral.

No âmbito dos agentes socioeducadores:

- Refletir criticamente sobre o seu processo de trabalho, como forma de agir em prol de melhorias das condições de trabalho;
- perceber-se como membros da instituição e corresponsáveis pelas melhorias nas condições de trabalho e mudanças da organização do trabalho em benefício da saúde dos trabalhadores;
- buscar uma organização do trabalho mais flexível, que permita a criatividade e a expressão da subjetividade do sujeito;
- atentar para sinais como ansiedade, tristeza, cefaleias, má digestão, sensações desagradáveis no estômago, não banalizá-los, procurando assistência;
- construir coletivamente ações de promoção à saúde e de prevenção num processo permanente de (re)conhecer situações de risco presentes no ambiente laboral, objetivando a promoção e a manutenção da saúde dos agentes socioeducadores;
- participar ativamente das atividades de promoção à saúde propostas pela instituição.

No âmbito da enfermagem dos CASEs:

- planejar e executar, quando de sua competência, ações de promoção da saúde dos trabalhadores, e de prevenção de agravos (atividades de integração, cursos, atividades de atualização, ginástica laboral, grupos);
- manter ações de vigilância contínua e sistemática, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde;
- realizar parcerias que possam contribuir em ações de saúde para o trabalhador (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador);
- atentar para as condições de saúde dos trabalhadores das unidades, notificando as doenças diagnosticadas ao Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador (SIST), com o intuito de nutrir o sistema, e, a partir dessas informações, obter o perfil do adoecimento, traçando metas de atenção à saúde;
- estar atenta e vigilante às condições e ao ambiente de trabalho, a fim de poder realizar intervenções relacionadas à saúde do trabalhador, com o objetivo de proporcionar bem-estar e melhor qualidade de vida aos trabalhadores.

No âmbito das instituições formadoras:

- promover envolvimento precoce do acadêmico (graduação e nível técnico) com as questões da Saúde dos Trabalhadores em geral, a fim de que ele possua um olhar

crítico sobre essas questões e, ao atuar nas instituições, possa desenvolver ações de promoção da saúde do trabalhador;

- formar profissionais competentes tanto tecnicamente quanto envolvidos nas questões de saúde do trabalhador;

- oferecer momentos de discussão sobre a temática da saúde do trabalhador, seja em disciplinas obrigatórias, optativas, fóruns ou debates;

- sensibilizar o aluno a ser atuante nos conteúdos que envolvem a saúde do trabalhador, a fim de que ele possa, quando enfermeiro ou técnico em enfermagem, perceber seu ambiente de trabalho de forma reflexiva, e por consequência possa intervir em benefício dos trabalhadores.

No âmbito dos pesquisadores:

- Desenvolver mais pesquisas com os agentes socioeducadores com o intuito de aprofundar os conhecimentos sobre o processo de trabalho, sobre as demandas psicológicas do trabalho dos agentes socioeducadores, questões de violência no trabalho, entre outros aspectos. Essas pesquisas poderão contribuir para organizar e sistematizar o conhecimento, além de fornecer aos sujeitos informações atualizadas que venham favorecer a busca por melhorias das condições de saúde e trabalho.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: RIBEIRO Maria Celeste Soares (Org.). **Enfermagem e Trabalho: Fundamentos para a atenção á saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari. 2008.

ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI M. C. C. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Rev Latino-amEnfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 6, n. 2, p. 65-72, abril, 1998.

ALVES, M. G. M. **Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde**. 2004. 259f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da “Job Stress Scale” adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 164-71, 2004.

AMARAL, T. R. do. **Dimensões psicossociais do trabalho da enfermagem e os distúrbios psíquicos menores em unidades críticas**. 2006. 127p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2006.

APTEL, M. O.; CNOCKAERT, J. M. **Stress and work related musculoskeletal disorders of the upper extremities**. France: TUTB NEWLETTER, n.19-20, September (special issue), p.50-6, 2002.

AQUINO, E. M. L. **Gênero, trabalho e hipertensão arterial: um estudo de trabalhadoras de enfermagem em Salvador, Bahia**. 1996. 175f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 1996.

ARAÚJO, E. G. S. A educação para a saúde dos trabalhadores no contexto da acumulação flexível: novos desafios. **Rev. Trab. Educ. e Saúde**. v. 2, n.2; p. 251-270. 2004.

ARAÚJO, T. M. **Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem**. 1999. 210f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 1999.

ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda- Controle. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n.4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a21v8n4.pdf> Acesso em : 18 de outubro de 2009.

ARAÚJO, T. M. et al . **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 4, Aug. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php> . Acesso em: 8 de novembro de 2010.

AZAMBUJA, E. P.; KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. v.41, n. 3;p. 355-62. 2007.

BAZON, M.; BIASOLI-ALVES, Z. A transformação de monitores em educadores: uma questão de desenvolvimento. **Psicologia: Reflexão & Crítica**. v. 13,n. 1, 199-204. 2000.

BENTES. A. L. S. **Tudo como dantes no Quartel de Abrantes**: estudo das interações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. 1999. 141f. Dissertação de mestrado (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro. 1999.

BONGERS, P. M. et al. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. **Scand J Work Environ Health**, v. 19, n. 5, p. 297-312, oct., 1993.

BONGERS, P. M.; KREMER, A. M.; LAAK, J.T. Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow, or hand/wrist?: A review of the epidemiological literature. **Am. J. Ind. Medicine**, v. 41, n. 5, p. 315-42, may., 2002.

BRAGA, L. C. de; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Working conditions and common mental disorder among primary health care workers from Botucatu, São Paulo State. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.15, n. 1, p.1585-1596. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php> . Acesso em 09 de Novembro de 2010.

BRASIL. Constituição Federal. 1988. Disponível em: http://www.dji.com.br/constituicao_federal/ec020.htm Acesso em: 06 de novembro de 2011.

_____. **Constituição Federal. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 07 de outubro de 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Porto Alegre: UFRGS. 1996. Disponível em: < <http://www.bioetica.ufrgs.br/res.196/96.html> > Acesso em: 15 set.2006

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho; manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília: MS, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador.** Brasília: MS, 2004.

CARMO, D. R. P. **O cotidiano do ser adolescente que cumpre medida socioeducativa:** desvelado possibilidades assistenciais de enfermagem. 2010. 82f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

CASAS, S. B.; KLIJN, T. P. Promoción de la salud y um entorno laboral saludable. **Rev. Latino-am. Enf.** Ribeirão Preto (SP), v. 14, n. 1, p. 136-41, jan./fev., 2006.

CAVAGIONI, L. C. et al. Agravos à saúde, hipertensão arterial e predisposição ao estresse em motoristas de caminhão. **Rev. Esc. Enferm. USP;** v. 43, n. 2, p. 1267-1271; 2009.

CAVALCANTE C. A. A. et al. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v. 10, n.1, p. 241-248, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm> Acesso em: 01 de novembro de 2011.

CENTRO ESTADUAL EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Boletim Epidemiológico.** v.12, n. 1, mar., 2010.

CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de Transtornos Mentais Menores em Estudantes Universitários. **Estudos de Psicologia.** v. 10, n. 3, p. 413-420. 2005.

CHÓR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-94, out. 2005.

COOPER, G. L. **Handbook of stress, medicine and health**. Boca Raton: Ed. CRC Press. p. 3-25. 1996.

CORGONZINHO, I. Saúde mental, trabalho e o descompasso tupiniquim. **Revista saúde mental e trabalho**. Belo Horizonte. UFMG. n. 1, ano 1, p. 5-15, ago.2000.

COSTA, Juvenal Soares Dias da et al . Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 2, ago. 2002 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php> . Acesso em 08 de novembro de 2010.

COSTA A. G., LURDERMIR A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 21, n. 1, p. 73-79. 2005.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA-FILHO N.; MARI J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas do Brasil. **Rev Psiquiatr. Clín.** v. 26, n. 5, p. 246-56, set- out,1999.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré; 1987.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.1999.

_____. **A carga do trabalho**. In: BETIOL, M. I. S.(Coord.) Psicodinâmica do trabalho - Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas. 2007.

DELCOR, N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 187-196, 2004.

FACCHINI L. H. **Uma contribuição da epidemiologia**: o modelo de determinação social aplicado a saúde do trabalhador. In: Buschinelli J. T. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes. p. 178-86. 1993.

FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M. da. Impacto dos aspectos psicossociais do trabalho na qualidade de vida dos professores. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 31, n. 1, Mar. 2009 .

FERNANDES, J. D. et al. Saúde Mental e Trabalho: Significados e Limites de Modelos Teóricos. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 14, n. 5, set-out, 2006.

FERNADES, R. C. P. et al. Trabalho e cárcere: um estudo com agentes penitenciários da Região Metropolitana de Salvador, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 8, n. 3, p. 807-816, mai-jun, 2002.

FERNANDES, E. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador: Casa de Qualidade Editora. Ltda.1996.

FIELD, A. **Descobrimdo a estatística usando o SPSS**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

FISHER, J.E.; CALAME, A.; DETTLING, A. C. Objectifying psychomental stress in the workplace – an example. **Int Arch Occup Environ Health**. v. 73, n.(suppl), p. 46-52, 2000.

FONSECA, I. S. S.; MOURA, S. B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão . **Revista Eletrônica Internacional de La Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología**. n.15. Dic.2008. Disponível em: <http://www.psicolatina.org/15/apoio.html>
Acesso em: 15 de outubro de 2011.

FRANKENHAEUSER, M. **A biopsychosocial approach to work life issues**. In: JV Johnson & G Johansson (Orgs.). *The psychosocial work environment work organization, democratization and health – essays in memory of Bertil Gardell*. Baywood Publishing Company, Nova York. 1991. p. 49-60.

GLINA, D. M. R. et al. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cad. de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 17, n. 3, p. 607-616, 2001.

GOLDBERG D, HUXLEY P. **Common mental disorders - a bio-social model**. 2 ed. London: Tavistock/Routledge; 1993.

GONÇALVES, D, M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview dor DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 380-390, fev. 2008.

GRANDO, M. K. et al. **As cargas de trabalho em um Centro de Apoio Sócio-Educativo**. Online Braz. J.nurs.(Online). v.5, n. 1, 2006.

GREENACRE, M. J. **Practical Correspondence Analysis**. New York: Barnett V. 2005.

GRECO, P. B. T. et al. Utilização do Modelo Demanda-Controle de Karasek na América Latina: uma pesquisa bibliográfica. **R. Enferm. UFSM**. v. 1, n. 2, p. 272-81, 2011.

GRIEP, R. H. et al. The psychometric properties of demand-control and effort-reward imbalance scales among Brazilian nurses. **Int Arch Occup Environ Health**. v. 82, p. 1163–1172, 2009.

GUIDO, L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. 2003. 197f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GURGUEIRA, G. P.; ALEXANDRE, N. M. C.; CORREA FILHO, H. R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enf.**, Ribeirão Preto (SP), v. 11, n. 5, p. 608-13, set./out., 2003.

HAIR, Jr. J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. New York: Wiley, 2000.

IACOPONI E.; MARI, J. J. Reliability and factor structure of the Portuguese version of Self-Reporting Questionnaire. **Int. J. Soc. Psychiatry**. v. 35, p. 213-22. 1998.

JOHNSON, E. O. et al. **Mechanisms of stress**: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. **Neurosci Biobehav Rev.**, v. 16, n. 2, p. 115-30, 1992.

JOSEPHSON, M. et al. Musculoskeletal symptoms and job strain among nursing personnel: a study over a three year period. **Ocup. Environ. Med.**, v. 54, n. 9, p. 681-5, sep., 1997.

KARASEK, R. A.; THEÖRELL, T. **Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life**. New York: Basic Books; 1990.

KIRCHHOF, A. L. C. et al . Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, June 2009 .

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. **Estudos seccionais**. In: MEDRONHO, R. et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 493.

LACERDA, A. C. F. **Vulnerabilidades, consumo de álcool e crime em policiais condenados no Rio de Janeiro**. In: Congresso internacional da ISMA-BR, 2011, Porto Alegre. Anais ISMA BR. Porto Alegre.2011. CD-ROM

LANDSBERGIS, P. Occupational stress among health care workers: a test of job demands-control model. **J. Organ. Behav.** v. 9:217-39, 1988.

LEMOS, J. C. **Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em professores universitários**. 2005. 137f. Tese. (Doutorado em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2005.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e TMC: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 19, n. 6, p. 1713-1720, 2003.

LOPES, L. F. D., et al. **Caderno Didático: Estatística Geral**- Santa Maria: UFSM, 3 ed., CCNE, 2008.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Qualidade de vida no trabalho**: A busca de um trabalhador omnilateral. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 46, out/Nov. 1994, Porto Alegre: Cben, 1994.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, Apr. 2001 .

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. **Cad. de Saúde Pública**, v.16,n.3, p. 647-659, 2000.

MACEDO, L. E. T. et al. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, por problemas de saúde, no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 2327-36, out., 2007.

MACHADO, J. M. H. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.10, n. 4, p.987-92, 2005.

MAGNAGO, T. S. B. S. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem**. 2008. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Ana Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,2008.

MARAGNO, L., et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 22, n. 8, p. 1639-48, ago. 2006.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SQR-20) in primary care in the city of São Paulo. **Brit. Jour. of Psych.** v. 148: p. 23-26, 1986.

MARTINS, D. A.; GUIMARÃES, L. A. M. **O modelo de estresse ocupacional demanda controle (“job strain model”)**. In: GUIMARÃES, L. A. M. e GRUBITS, S. (Orgs). Saúde mental e trabalho. vol. 2. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Braz. J. Med. Biol. Res.**v. 16,p.215-8, 1983.

Mc EWEN, B. S. Protective and damaging effects of stress mediators. **The New England Journal of Medicine**.v. 338, n. 3, p. 171 – 179, 1998.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004.

MENDES, A. M. B.; ABRAHÃO, J. I. Organização do trabalho e vivências de prazer e sofrimento do trabalhador: abordagem psicodinâmica. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília (DF). v. 12, p.179-84, 1996.

MENDES, A. M. **O sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008. 184p.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA, C. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**. v. 13, n. 2,p. 21-32, 1997.

MONCADA, S. **Continguts del treball i incapacitat temporal en la cohort “Casa Gran” de treballadors de l’ayuntament de Barcelona**. 1985 [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2000.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3.ed. Londrina: Midiograf. 2003.

NASCIMENTO SOBRINHO. C. L. et al . Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, Jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em 8 de novembro de 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais**. /OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN. 26 p. 2010.

PINHO, O. S; ARAÚJO, T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Rev. enferm. UERJ**, v. 15, n. 3, p. 329-336, jul.-set, 2007.

PORTO, L. A. et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 818-26, 2006.

REIMÃO, R. Durma bem. Dicas para uma noite de sono feliz. São Paulo: Atheneu; 1997.

REIS, R. J. dos et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**. v. 37, n. 5, p. 616-23, 2003.

REIS, E. J. F. B. de et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 2, n. 5, p.1480-1490, set-out, 2005.

RIBEIRO Maria Celeste Soares (Org.). **Enfermagem e Trabalho: Fundamentos para a atenção á saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari. 2008.

RICHARDSON, K. M.; ROTHSTEIN, H. R. Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. **Journal of Occupational Health Psychology**. v. 13, n. 1, p. 69-93, 2008.

RIO GRANDE DO SUL . **Diário Oficial do Estado nº101 de 29/05/02**. Porto Alegre. 2002a. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id325.htm> Acesso em: 12 de outubro de 2009.

_____. **I Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e de Semiliberdade do Rio Grande do Sul (PEMSEIS)**. Porto Alegre. 2002b. Disponível em: <http://www.fase.rs.gov.br/arquivos/1189084873pemseis.pdf> Acesso em: 12 de outubro de 2009.

_____. SJDS. **Secretaria da Justiça e do Desenvolvimento Social: Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Rio Grande do Sul (FASE-RS)**. Porto Alegre. 2009. Disponível em: <http://www.fase.rs.gov.br/portal/index.php> Acesso em: 06 de outubro de 2009.

_____. **Minuta- Programa de Execução de Medidas Socioeducativas de Internação e de Semiliberdade do Rio Grande do Sul (PEMSEIS) Revisado**. Porto Alegre. 2010. Disponível em: <http://www.fase.rs.gov.br/arquivos> Acesso em: 30 de agosto de 2011.

RIOS, L. C. et al. Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**. Porto Alegre. v.33, n. 2, p. 98-102, 2011.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ. Editora Cortez. 1994

_____. **Trabalho e desgaste mental: O direito de ser dono de si mesmo**. Rio de Janeiro: UFRJ. Editora Cortez. 2011.

SCISLESKI, A. **Governando vidas matáveis: as relações Entre a saúde e a justiça dirigidas a Jovens em conflito com a lei**. 2010. 102f. Tese. (Doutorado em Psicologia)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PUCRS. Porto Alegre, 2010.

SILVA, E.; GUERESI, S. **Adolescentes em conflito com a lei: situação do atendimento institucional no Brasil**. Texto para discussão n: 979. Ipea, Brasília. 2003.

SILVA, J. L. L. **Estresse e transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem**. 2007. 184f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2007.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicol. Soc.** Porto Alegre. v.18, n.1, Apr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em 15 Outubro de 2009.

SOUZA, C. L.; ALDRIGHI, J. M; LORENZI FILHO, G. Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 51, n. 3, p. 170-6, 2005.

TAVARES, J. P. **Distúrbios psíquicos menores em enfermeiros docentes.** 2010. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

TAVARES, J. P. et al. Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do *self report questionnaire*. **R. Enferm. UFSM.** v. 1, n. 1, p. 113-123, jan-abr. 2011.

TIRONI, M. O. S. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade.** v. 19, Edição Especial. n. 1: 38-46, 2007.

ULHÔA, M. A. et al. Distúrbios Psíquicos Menores e condições de trabalho em motoristas de caminhão. **Rev. Saúde Pública.** v. 44, n. 6, p. 1130-1136, 2010.

US Department of Health and Human Services - Physical Activity and Health. **HHS Press Office** 202. p.690, 1996.

VOLPI, M.; SARAIVA, J. B. C. **Os adolescentes e a lei:** para entender o direito dos adolescentes, a prática de atos infracionais e a sua responsabilização. São José Costa Rica: ILANUD/Comissão Européia, 1998.

ZANELLI, J. C. (Coord.). **Estresse nas Organizações de trabalho-Compreensão e Intervenções baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed. 2010.

WHO, M. P. **A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ):** Division of Mental Health World Health Organization Geneva. 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Relação de publicações sobre Modelo D-C

Referências da pesquisa bibliográfica realizada sobre Modelo Demanda- Controle na América Latina
1- FOGAÇA, M. C. et al . Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. Rev. bras. ter. intensiva , São Paulo, v. 21, n. 3, Aug. 2009 .
2- MAGNAGO, T. S. B. S.. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhador de enfermagem . 2008. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2008.
3-CUSATIS, N. R.; LIPP, M. E. N.. Construção e validação da escala de estressores ocupacionais das linhas de produção. Fisioter. Bras. v. 8, n. 6, p.396-404, nov.-dez. 2007.
4-JUAREZ-GARCIA, A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. Salud pública Méx , Cuernavaca, v. 49, n. 2, abr. 2007 .
5-TIRONI, M. O. S. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. Rev. Assoc. Med. Bras. [online] . vol.55, n.6, p. 656-662, 2009.
6- ALVES, M. G. M. et al . Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde: Estudo Pró-Saúde (Pro-Health Study) Job strain and hypertension in women: Estudo Pro-Saúde. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 43, n. 5, Oct. 2009 .
7- SIMÃO, A. A. G.; SIQUIRA J. A. C.; FERREIRA, C. A.; MASTINI, D. P.. Estresse em uma Unidade de Terapia Intensiva. Nursing (São Paulo), v.11, n.125,468-471, out. 2008.
8- PORTO, L. A. et al.. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. Rev. Saúde Pública , v. 40, n. 5, p. 818-26, 2006
9-NASCIMENTO SOBRINHO , C. L. et al Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública ; v. 22, n. 1, p. 131-140, jan. 2006.
10- ARAUJO, T. M.; GRACA, C. C.; ARAUJO, E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controle. Ciênc. saúde coletiva , São Paulo, v. 8, n. 4, 2003 .
11-ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev Saúde Pública ., v. 37, n. 4, p. 424-433, ago, 2003.
12- ARAÚJO, T. M.. Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras de enfermagem. Salvador. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). 1999. 211 f. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador.1999.
13-DALAROSA, M. G.; LAUTERT, L.. Acidente com material biológico no trabalhador de enfermagem em um hospital de ensino: estudo caso-controle. Rev. gaúch. enferm. v. 30, n.1, p.19-26, mar. 2009.
14- SCHMIDT, D. R. Costa et al . Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. Texto contexto - enferm. , Florianópolis, v. 18, n. 2, June 2009 .
15- MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. Estresse, Aspectos Psicossociais do Trabalho e Distúrbios Musculoesqueléticos em Trabalhadores de Enfermagem. Rev. enferm. UERJ . V.17, n.1, jan.-mar. 2009.
16- BARRIENTOS-GUTIERREZ, T.; MARTINEZ-ALCANTARA, S.; MENDEZ-RAMIREZ, I.. Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la Prueba de Síntomas Subjetivos de Fatiga en trabajadores mexicanos. Salud pública Méx , Cuernavaca, v. 46, n. 6, dez. 2004 .
17- GIL-MONTE, P. R; GARCÍA-JUESAS, J. A.; HERNÁNDEZ, M. C. Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: a study in nursing professionals. Interam. j. psychol. v. 42, n.1, p.113-118, abr. 2008.
18- BRITO, A.S.. Estresse e acidentes no trabalho: Estudo Pró-Saúde. Rio de Janeiro. . 2007. 156 f. Tese (Doutorado em Medicina Social). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2007.
19- JUAREZ-GARCIA, A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. Salud pública Méx , Cuernavaca, v. 49, n. 2, abr. 2007
20- REIS, E. J. F. B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública , v.21, n. 5, p. 1480-1490, 2005.
21- FISCHER, F. M. et al . Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 39, n. 2, Apr. 2005 .
22- ALVES, M. G.M.. Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde. Rio de Janeiro. 2004, 259 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.
23- CERON-MIRELE et al . Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la Ciudad de México. Salud pública Méx , Cuernavaca, v. 39, n. 1, Jan. 1997 .
24- SILVA, R. R.. Uma análise da pressão no trabalho, da liberdade e do apoio social entre servidores de um tribunal.

Cad. psicol. soc. trab; v.12, n.1, p.123-135, jun. 2009
25- SAMPAIO, R. F. et al . Avaliação da capacidade para o trabalho e estresse em uma empresa de transporte coletivo de Belo Horizonte, Brasil. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009 .
26- ALVES, M. G. M. et al . Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. Rev. Saúde Pública , São Paulo, v. 38, n. 2, Apr. 2004 .
27- AGUIAR, O. B.. Aspectos psicossociais do impedimento laboral por motivos de saúde em trabalhadores de cozinhas industriais. Rio de Janeiro. 2009. 206 p. Tese (Doutorado em Medicina Social). a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2009
28- FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.. Impacto dos aspectos psicossociais do trabalho na qualidade de vida dos professores. Rev. Bras. Psiquiatr. , São Paulo, v. 31, n. 1, Mar. 2009 .
29- REIS, Eduardo J. F. Borges dos et al . Docência e exaustão emocional. Educ. Soc. , Campinas, v. 27, n. 94, Apr. 2006 .
30- KIRCHHOF, A. L. C. et al . Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. Texto contexto - enferm. , Florianópolis, v. 18, n. 2, June 2009 .
31-PINHO, P. S. ARAÚJO, T. M.. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. Rev. Enferm. UERJ .v.15, n. 3, p.329-336,jul-set.2007.
32- DELCOR, N. S. et al . Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Feb. 2004
33- MAGNAGO, T. S.; LISBOA, M. T; GRIEP, R. H. ; KIRCHHOF, A. L; GUIDO, L. A. Psyc hosocial aspects of work and musculoskeletal disorders in nursing workers. Rev Lat -Am Enfermagem .v.18, n.3,p.429-35, May-Jun. 2010.
34-BRAGA L. C; CARVALHO L. R; BINDER M. C. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Cien Saude Colet . v.15, n. 1, p.1585-96, jun, 2010.
35-SILVA, A. A; SOUZA, J. M.; BORGES, F. N.; FISCHER, F. M. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. Rev Saude Publica . v.44, n.4, p.718-25, Aug.2010.

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PESQUISA SOBRE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM
AGENTES SOCIOEDUCADORES DOS CENTROS DE
ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL**

(circulação restrita)

AUTOPREENCHÍVEL

INSTRUÇÕES

**Para complementar o questionário, pedimos a você para responder às perguntas
que se seguem.**

**Responda após ler devagar cada pergunta até o final e todas as
opções de resposta.**

Qualquer dúvida, consulte o entrevistador.

Obrigado pela colaboração!

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO																															
A1. Data da entrevista	___/___/___																														
A2. Unidade em que trabalha:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>CASE Santa Maria</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>CASEM Santa Maria</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>CASE Caxias do Sul</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>CASEMI Caxias do Sul</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>CASEFE</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>Padre Cacique</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>POA I</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>POA II</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td>CIP</td><td style="text-align: right;">9</td></tr> <tr><td>CSE</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td>Novo Hamburgo</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>Santo Ângelo</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>Uruguaina</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>Pelotas</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>Passo Fundo</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> </table>	CASE Santa Maria	1	CASEM Santa Maria	2	CASE Caxias do Sul	3	CASEMI Caxias do Sul	4	CASEFE	5	Padre Cacique	6	POA I	7	POA II	8	CIP	9	CSE	10	Novo Hamburgo	11	Santo Ângelo	12	Uruguaina	13	Pelotas	14	Passo Fundo	15
CASE Santa Maria	1																														
CASEM Santa Maria	2																														
CASE Caxias do Sul	3																														
CASEMI Caxias do Sul	4																														
CASEFE	5																														
Padre Cacique	6																														
POA I	7																														
POA II	8																														
CIP	9																														
CSE	10																														
Novo Hamburgo	11																														
Santo Ângelo	12																														
Uruguaina	13																														
Pelotas	14																														
Passo Fundo	15																														

A1 ___

A2 ___

BLOCO B – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO											
B1. Data de nascimento:	___/___/___										
B2. Sexo:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Masculino</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Feminino</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> </table>	Masculino	1	Feminino	2						
Masculino	1										
Feminino	2										
B3. Escolaridade:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Ensino Médio</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Graduação</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Pós-Graduação</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </table>	Ensino Médio	1	Graduação	2	Pós-Graduação	3				
Ensino Médio	1										
Graduação	2										
Pós-Graduação	3										
B4. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Branca</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Preta/negra</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Parda</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Amarela</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Indígena</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> </table>	Branca	1	Preta/negra	2	Parda	3	Amarela	4	Indígena	5
Branca	1										
Preta/negra	2										
Parda	3										
Amarela	4										
Indígena	5										
B5. Situação conjugal:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Casado(a) ou companheira(o)</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Solteiro(a) ou sem companheira(a)</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Viúvo(a)/separado ou divorciado</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> </table>	Casado(a) ou companheira(o)	1	Solteiro(a) ou sem companheira(a)	2	Viúvo(a)/separado ou divorciado	3				
Casado(a) ou companheira(o)	1										
Solteiro(a) ou sem companheira(a)	2										
Viúvo(a)/separado ou divorciado	3										
B6. Número de filhos:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Nenhum</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Um filho</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Dois filhos</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Três filhos</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Mais de três filhos</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> </table>	Nenhum	0	Um filho	1	Dois filhos	2	Três filhos	3	Mais de três filhos	4
Nenhum	0										
Um filho	1										
Dois filhos	2										
Três filhos	3										
Mais de três filhos	4										
B7. Média de horas de sono nas 24 horas:	___ horas										
B8. Prática regular de atividade física (3x/semana):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Não</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Sim</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> </table>	Não	0	Sim	1						
Não	0										
Sim	1										
B9. Tempo de prática de atividade Física Regular:	___ meses										

B1 ___

B2 ___

B3 ___

B4 ___

B5 ___

B6 ___

B7 ___

B8 ___

B9 ___

BLOCO C – PERFIL PROFISSIONAL			
As questões que seguem se referem ao seu trabalho NESTA instituição.			
C1. Qual seu turno de trabalho?	Diurno 1 Noite 2		C1__
C2. Há quanto tempo trabalha nesse turno?	__ __ meses __ __ anos		C2__ __ __ __
C3. Carga horária semanal de trabalho:	__ __ horas		C3__ __
C4. Tempo de trabalho nesta instituição:	__ __ Meses __ __ Anos		C4__ __ __ __
C5. Na <u>maior parte do tempo</u> o número de pessoas na escala de trabalho é:	Suficiente 1 Insuficiente 2		C5__
C6. Tempo em que trabalha como agente socioeducador:	__ __ meses __ __ Anos		C6__ __ __ __
C7. Você está satisfeito com o local onde trabalha?	Não 0 Sim 1		C7__
C8. Você tem tido tempo para o lazer?	Não 0 Sim 1 Às vezes 2		C8__
C9. Possui outro emprego:	Não 0 Sim 1		C9__
C10. Carga horária semanal desse outro emprego	__ __ horas		C10__ __
C11. Tempo total de trabalho no outro emprego	__ __ anos		C11__ __
C12. Circule o percentual que corresponde ao seu grau de satisfação com a sua remuneração			C12__ __ __
	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%		
C13. Você recebe treinamentos, e/ou cursos de capacitação ?	Não 0 Sim 1 Às vezes 2		C13__

BLOCO D - JOB STRESS SCALE (ALVES et al., 2004)	
Agora, temos algumas perguntas sobre características de seu trabalho.	
Da) Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca	Da__
Db) Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca	Db__
Dc) Seu trabalho exige demais de você?	
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca	Dc__
Dd) Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	
1 <input type="checkbox"/> Frequentemente 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Nunca ou quase nunca	Dd__

De) O seu trabalho costuma lhe apresentar exigências contraditórias ou discordantes?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

De__

Df) Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

Df__

Dg) Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

Dg__

Dh) Seu trabalho exige que você tome iniciativas?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

Dh__

Di) No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

Di__

Dj) Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

Dj__

Dl) Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

- 1 Frequentemente 2 Às vezes 3 Raramente 4 Nunca ou quase nunca

Dl__

A seguir, por favor, responda até que ponto você concorda ou discorda das seguintes afirmações a respeito de seu ambiente de trabalho.

Dm) Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.

- 1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo 4 Discordo totalmente

Dm__

Dn) No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.

- 1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo 4 Discordo totalmente

Dn__

Do) Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.

- 1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo 4 Discordo totalmente

Do__

Dp) Se eu não estiver num bom dia, meus colegas me compreendem.

- 1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo 4 Discordo totalmente

Dp__

Dq) No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.

- 1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo 4 Discordo totalmente

Dq__

Dr__

Dr) Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

1 Concordo totalmente 2 Concordo mais que discordo 3 Discordo mais que concordo 4 Discordo totalmente

BLOCO E – SELF-REPORT QUESTIONNAIRE - 20 (MARI e WILLIAMS, 1986)

As questões seguintes dizem respeito a informações sobre teu estado geral nos ÚLTIMOS 30 DIAS.

	Não	Sim	
E1. Tem dores de cabeça frequentemente?	0	1	E1__
E2. Tem falta de apetite?	0	1	E2__
E3. Dorme mal?	0	1	E3__
E4. Assusta-se com facilidade?	0	1	E4__
E5. Tem tremores nas mãos?	0	1	E5__
E6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	0	1	E6__
E7. Tem má digestão?	0	1	E7__
E8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	0	1	E8__
E9. Tem se sentido triste ultimamente?	0	1	E9__
E10. Tem chorado mais do que o costume?	0	1	E10__
E11. Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades diárias?	0	1	E11__
E12. Tem dificuldade em tomar decisões?	0	1	E12__
E13. Tem dificuldade no serviço, no emprego? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)	0	1	E13__
E14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0	1	E14__
E15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	0	1	E15__
E16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	0	1	E16__
E17. Tem tido a ideia de acabar com a vida?	0	1	E17__
E18. Sente-se cansado o tempo todo?	0	1	E18__
E19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	0	1	E19__
E20. Você se cansa com facilidade?	0	1	E20__

BLOCO F – HÁBITOS E SAÚDE

F1. Você fuma?	Nunca fumei	0	F1__
	Fumei, mas parei	1	
	Sim, fumo	2	
F2. Número de cigarros consumidos por dia			F2__

As questões F3 a F6 estão relacionadas ao consumo de bebida alcoólica.											
F3. Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?											F3__
										Não 0	
										Sim 1	
F4. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?											F4__
										Não 0	
										Sim 1	
F5. Você se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebida alcoólica?											F5__
										Não 0	
										Sim 1	
F6. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã, para diminuir o nervosismo ou ressaca?											F6__
										Não 0	
										Sim 1	
F7. Nos últimos sete dias , você teve dor ou desconforto em alguma destas regiões: pescoço, ombros, membros superiores, costas, quadril e membros inferiores? Em caso afirmativo, suponha que a maior dor que você já sentiu tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com X um número na escala de 0 a 10 representando quantos pontos você daria para sua dor.											F7__ __
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ausência de dor										Dor mais intensa que já senti	
F8. Faz uso de alguma medicação (qualquer tipo de medicação)?											F8__
										Não 0	
										Sim 1	
F9. Se sim, qual?											F9__ __ __

F10. O uso da medicação foi por indicação:											F10__
										Médica 1	
										Conta própria 2	
F11. No último ano , precisou de atendimento médico?											F11__
										Não 0	
										Sim 1	
F12. No último ano , precisou de acompanhamento psicológico?											F12__
										Não 0	
										Sim 1	
F13. Quantos DIAS INTEIROS você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame, no último ano?											F13__
										Nenhum 0	
										Até 9 dias 1	
										De 10 a 24 dias 2	
										De 25 a 99 dias 3	
										De 100 a 365 dias 4	

OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Projeto de Pesquisa: “Distúrbios Psíquicos Menores em Agentes Socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul”

Pesquisadora: En^ª Mestranda em Enfermagem Patrícia Bitencourt Toscani Greco

Orientadora/ Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Local da Coleta de Dados:

Eu....., informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, e que aceito participar da pesquisa “**Distúrbios Psíquicos Menores em Agentes Socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul**”, de autoria de Patrícia Bitencourt Toscani Greco, que tem como objetivo geral investigar a demanda psicológica e controle sobre o trabalho e sua associação com os Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) em agentes socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul.

A justificativa para a realização desta pesquisa dá-se pelo fato de a maior parte dos estudos publicados sobre desgaste no trabalho e DPM avaliarem trabalhadores de outras áreas, e, tendo em vista que os agentes socioeducadores compõem uma profissão estressante, a investigação acerca dos agentes socioeducadores é um assunto que merece ser explorado. Esta pesquisa não envolve nenhum tipo de benefício direto (financeiro) ao informante, exceto o conhecimento da sua realidade de trabalho.

Ressalta-se que a sua participação nesta pesquisa pode causar algum tipo de desconforto ao refletir sobre as exigências do trabalho, especialmente no que tange aos Distúrbios Psíquicos Menores. Em caso de desconforto, você poderá interromper o preenchimento e optar por retomá-lo em outro momento, ou não.

A coleta de dados será por meio de um questionário autoaplicável com questões fechadas referentes à exposição (quadrantes do modelo demanda-controle), ao desfecho (DPM), a covariáveis sociodemográficas e laborais. Essas informações serão agrupadas com outras fornecidas por outros colegas, de modo que não serei identificado. Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados, ficando estes (os pesquisadores) comprometidos em apresentarem o relatório final nesta instituição, para que possamos, efetivamente, conhecer a nossa realidade.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de:

- receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- a qualquer momento, retirar meu consentimento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa.

Além disso:

- os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº 196/96 sobre pesquisas em seres humanos;

- minha participação é isenta de despesas e minha assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de ____ de 2011

Assinatura do informante e N° do RG

Patrícia Bitencourt Toscani Greco

Pesquisadora Orientanda

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Pesquisadora Orientadora

Para maiores informações:

Mestranda Patrícia Bitencourt Toscani Greco. Tel: (55) 91666847. e-mail: pbtoscani@hotmail.com

Profª. Dra. Tânia S. B. S. Magnago. Tel: (55)3220 8263; e-mail: tmagnago@terra.com.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE D - Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança de Dados**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Projeto de pesquisa: “TRABALHO E DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES EM AGENTES SOCIOEDUCADORES DO CENTRO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL”

Orientadora: Prof^a. Dr^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Autora: Enf^a. Patrícia Bitencourt Toscani Greco

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE, PRIVACIDADE E SEGURANÇA DE DADOS

Os pesquisadores envolvidos na produção de dados da pesquisa intitulada “**Distúrbios Psíquicos Menores em Agentes Socioeducadores dos Centros de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul**” comprometem-se com as questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações irão compor um banco de dados e somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas por um período de cinco anos, e sob a responsabilidade da Prof^a Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, na sala 1339, do Departamento de Enfermagem da UFSM. Após esse período, os questionários serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 15/12/2010, com o número do CAAE: 0333.0.243.000-10

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago

Patrícia Bitencourt Toscani Greco

Santa Maria, RS,.....dede 2011

ANEXOS





SECRETARIA DA JUSTIÇA E DOS DIREITOS HUMANOS
FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SÓCIO-EDUCATIVO DO RIO GRANDE DO SUL

AUTORIZAÇÃO

A Presidência da Fundação de Atendimento Sócio-Educativo do Rio Grande do Sul (FASE-RS) declara conhecer o teor do projeto de pesquisa intitulado "Trabalho e distúrbios psíquicos menores em monitores do Centro de Atendimento Sócio-Educativo", a ser desenvolvido por Patricia Bitencourt Toscani Greco, estudante do Mestrado em Enfermagem da UFSM, e autoriza sua realização de acordo com o projeto apresentado.

Porto Alegre, 21 de fevereiro de 2010


Jaelza Mesquita Andrade Pires
Presidente

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pro-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	--

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Distúrbios psíquicos menores em monitores dos centros de atendimento sócio-educativo do rio grande do sul

Número do processo: 23081.019161/2010-08

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0333.0.243.000-10

Pesquisador Responsável: Tania Solange Bosi de Souza Magnago

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP;

Janeiro /2012 - Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 14/12/2010

Santa Maria, 15 de Dezembro de 2010.



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.