

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
JANE MARIA MOTTA STRADIOTTI

**QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE GERAL DOS SERVIDORES  
PENITENCIÁRIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

CAMPO GRANDE- MS  
2014

JANE MARIA MOTTA STRADIOTTI

**QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE GERAL DOS SERVIDORES  
PENITENCIÁRIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia da saúde.

Orientação: Professora Doutora Heloísa Bruna Grubits Freire.

CAMPO GRANDE- MS  
2014

## Ficha Catalográfica

S895q                      Stradiotti, Jane Maria Motta  
Qualidade e vida e saúde Geral dos Servidores Penitenciários do  
Estado de Mato Grosso do Sul/ Jane Maria Motta Stradiotti;  
orientação Heloisa Bruna Grubits Freire , 2014, 164f, + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom  
Bosco, Campo Grande, 2014.

1.Qualidade de vida no trabalho 2.Saúde 3. Servidores  
Penitenciários

I. Grubits, Heloisa Bruna Freire      II. Título

CDD – 155.4

A dissertação apresentada por JANE MARIA MOTTA STRADIOTTI, intitulada “QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE GERAL DOS SERVIDORES PENITENCIÁRIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Professora Dra. Heloísa Bruna Grubits Freire  
(orientadora / UCDB)

---

Professora Dra. Sônia Grubits  
(UCDB)

---

Professora Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães  
(UCDB)

---

Professor Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza  
(UNIGRAN)

Campo Grande, MS      /      / 2014.

A Deus,

Aos meus pais, Ayrton Dias da Motta e Ione da Motta, pelo exemplo de luta e simplicidade.

Ao sogro Pedro Stradiotti (*in memoriam*) e Maria Stradiotti, pelo afeto e carinho.

Aos meus irmãos, pelo amor.

Ao meu esposo, Pedro Stradiotti Junior, pela compreensão e companheirismo.

E a minha filha Kamila, pelo exemplo da busca incansável de seus ideais.

## **AGRADECIMENTOS**

A Universidade Católica Dom Bosco e ao Programa de Pós Graduação Mestrado em Psicologia, na pessoa da Dra. Sônia Grubits, pela oportunidade de realização do curso.

Ao Comitê de Ética e Pesquisa da UCDB, na pessoa do Dr. Frei Márcio Luis Costa.

Ao professor Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza e Dra. Heloísa Helena Grubits Freire, pela orientação precisa, e sobretudo, pela constante amizade, dedicação e estímulo.

Aos professores do mestrado Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza, Dra. Sônia Grubits, Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, Dra. Andrea Scisleski, Dra. Anita Guazzelli Bernardes, Dr. Márcio Luis Costa, Dra. Luciene Pinho de Almeida, Dra. Heloísa Bruna Grubits Freire, pelo apoio, orientação e aprimoramento do saber.

Aos funcionários da secretaria do mestrado em especial a Luciana Fukuhara, pela presteza, responsabilidade, colaboração e amizade.

Ao Dionatas Godoy da Reitoria UCDB, pela amizade e carinho.

Aos colegas de curso, pela amizade e bons momentos do convívio.

Ao Lucas Rasi, estatístico, pela análise de dados.

Ao Paulo Henrique Zanin, revisor do trabalho e amigo especial.

Ao Diretor Presidente da AGEPE, Coronel Deusdete Souza de Oliveira Filho e colaboradores que tornaram possível a realização deste trabalho.

A equipe de Recursos Humanos AGEPE, pelo apoio e disponibilidade dos dados institucionais.

Ao Willians Douglas Llopis, pela amizade, companheirismo e incentivo.

A minha família, esposo e filha que tiveram a paciência e compreensão de aguardar a construção desta meta.

Aos servidores penitenciários, fonte inspiradora, que tão prontamente disponibilizaram-se a participar, tornando possível a concretização desta pesquisa.

A todos que me apoiaram, até mesmo com o silêncio respeitoso, o meu obrigada.

*“...Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde.*

*E por pensarem ansiosamente no futuro esquecem do presente de forma que acabam por não viver nem o presente nem o futuro.*

*E vivem como se nunca fossem morrer... e morrem como se nunca tivessem vivido.”*

*(Dalai Lama)*

## RESUMO

**Introdução.** O Servidor Penitenciário de MS, após o período probatório de três anos, possui estabilidade funcional e com isso financeira. Apesar da situação estável, alguns servidores podem estar insatisfeitos com as atividades que realizam, mas por vantagens como a estabilidade permanecem no desempenho dessas funções. Esse fator, dentre outros, pode desencadear no servidor problemas emocionais e dificuldade de manter a qualidade de vida e a saúde geral, comprometendo a capacidade laboral. **Objetivo.** Avaliar a qualidade de vida (QV) dos Servidores Penitenciários do Estado de Mato Grosso do Sul em relação às condições de trabalho e a saúde geral. **Método.** Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa de corte transversal. No universo 1302 servidores ativos da Agência Estadual de Administração Penitenciária (AGEPEN), em média, 18% dos funcionários nos dois últimos anos (2011, 2012), estavam afastados por problemas de saúde, foram avaliados 120 servidores, sendo 10 como piloto. Foram convidados a participar 110 servidores de carreira, das três áreas de atuação: custódia, assistência e perícia e administração e finanças, pertencentes aos três graus da hierarquia funcional: agentes, oficiais e gestores, com aproveitamento integral dos dados coletados. Para a coleta de dados aplicaram-se três instrumentos: questionário sócio-demográfico, questionário de Saúde Geral de Goldberg e o questionário de qualidade de vida geral WHOQOL-abreviado. Após inserção na Plataforma Brasil, recepção e a devida autorização para a realização da pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e autorização do dirigente da AGEPEN, os dados foram coletados no próprio local de trabalho com os servidores que concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente os dados foram tabulados e analisados. Para a análise descritiva estatística foram utilizados os seguintes testes: Teste de diferenças de médias; Teste de análise de variância (ANOVA); Teste de correlação Linear de *Pearson* e Teste *Qui Quadrado*. **Resultados.** O perfil dos profissionais em relação ao questionário sócio demográfico foram: sexo (64,5% F, 35,5% M); grau de instrução (fundamental 1,8%, médio 12,8%, superior 43,1% e pós graduados 42,2%); estado civil (casados 48,2%, divorciados 19,1%, solteiros 18,2%, união estável 12,7% e viúvos 1,8%); imóvel (alugado 15,5%,



próprio 81,8% terceiros 2,7%); renda pessoal (suficiente 54,6%, insuficiente 45,4%); função (agente 31,8%, oficiais 41,8% e gestores 26,4%); tempo afastado do serviço (33,3%); outra fonte de renda (29,6%); remédio para dormir (16,7%). Os resultados do instrumento WHOQOL-abreviado demonstraram que quanto maior grau de instrução menor a qualidade de vida no domínio psicológico; os casados apresentam melhor QV; quanto maior a renda pessoal melhor QV; oficiais melhor QV; afastamento do serviço menor QV; quem utiliza remédio para dormir menor QV, quem dorme mais melhor QV. No QSG-60, os homens apresentam melhores resultados de SG em relação as mulheres; quem possui residência própria melhor SG; renda pessoal suficiente melhor SG; Oficial melhor SG em relação a agentes e oficiais; não afastamento do serviço melhor SG; os que não possuem outra fonte de renda melhor SG; tomam remédio para dormir maior comprometimento da SG; número maior de filhos melhor SG; maior tempo profissional melhor SG, os que não possuem distúrbios do sono melhor SG. **Conclusão.** Os participantes possuem uma percepção significativa da capacidade laboral. A presente pesquisa poderá contribuir como suporte na elaboração do plano de ações a serem implementadas na execução da política penal voltada aos servidores, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças e consequentemente melhor QV e SM.

**Palavras-chave:** Saúde mental; QSG-60; Servidor Público; Qualidade de Vida; WHOQOL-abreviado.

## ABSTRACT

**Introduction.** The Civil Servant of Mato Grosso do Sul, after a three-year probation period, has his/her job guaranteed and consequently reaches financial stability. Despite that comfortable situation, some servants might feel unhappy with their attributions but for their convenience they remain working. This dissatisfaction is a factor, among others, that can lead the servant to emotional problems and to difficulty in keeping his/her quality of life and health, even compromising his/her working skills.

**Objective.** Assessing the quality of life and among the civil servants working in penal institutions in Mato Grosso do Sul – AGEPEN, their relationship with the work conditions as well as their general health state. **Method.** It's a descriptive survey based on quantitative data. Among 1302 active servants in AGEPEN, 18% of them are on sick leave every year. 120 servants were then assessed but 10 of them were used as test pilots being warned about their contribution to the survey, so their samples were not used in the statistics calculus. The remaining 110 servants that had already concluded their probation period came from the 3 working areas: investigation and assistance, administration and finances and finally custody. They belonged to the 3 ranks of job hierarchy: agents, officers and managers. Their data were fully used in the survey. To collect the data three instruments were used: a socio-demographic questionnaire, Goldberg General Health questionnaire and WHOQOL- short questionnaire. After inserting the data in PlataformaBrasil and receiving permission from both the Ethics and Research Committee of Universidade Católica Dom Bosco and the director of AGEPEN, the data were collected in the work site of the servants that agreed to take part in the survey and signed the Free Consent Term. Later on the data were processed and analyzed to compose this master thesis. For the statistical analyzes 3 tests were applied: Average absolute deviation, Pearson's correlation and Chi-square distribution.

**Results.** The socio-demographic questionnaire checked the following variables : sex (64,5% F, 35,5% M); education level ( primary school 1,8%, high school 12,8%, college 43,1%, graduate school 42,2%); marital status ( married 48,2%, divorced 19,1%, single 18,2%, live-in 12,7%, widowed 1,8%); housing(rented 15,5%, owned 81,8%, other 2,7%); personal income (sufficient 54,6%, insufficient 45,4%), job hierarchy ( agents 31,8%, officers 41,8%, managers 26,4%); time away from work

(33,3%); other income source (29,6%); sleeping pills (16,7%). The results of WHOQOL- short questionnaire showed : the higher the education level the worse the quality of life (QL); married ones have the best QL; the higher the personal income the higher the QL; officers have the best QL; those in sick leave have the worst QL. The results of Goldberg General Health questionnaire were: men have better general health (GH); those who owns a house have the best GH; having sufficient income better GH; officials have the best GH; not being away from work leads to better GH; those who don't have another income source have the best GH; those who take sleeping pills have the worst GH; the higher the number of children the better GH; the longer they have been working the better GH; those who don't have sleep disturbs have better GH. **Conclusion.** The participants have a significant perception of their quality of life and their general health state relationship with their working capacity. This survey will contribute as a support for creating a plan to implement a policy of actions in favor of the servants in order to improve their health , prevent diseases and consequently improve their quality of life.

**Key words:** Mental Health; QSG-60; Civil Servants; Quality of Life; Abbreviated-WHOQOL.

## LISTAS DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição de frequência e porcentagem das variáveis sociodemográficas da amostra.....	80
TABELA 2 - WHOQOL- abreviado e domínios.....	85
TABELA 3 - WHOQOL-abreviado e variáveis sociodemográficas .....	90
TABELA 4 - WHOQOL-abreviado e relação grau de instrução .....	91
TABELA 5 - WHOQOL-abreviado em relação ao estado civil .....	93
TABELA 6 - WHOQOL-abreviado em relação a renda pessoal .....	94
TABELA 7 - WHOQOL-abreviado em relação a função .....	96
TABELA 8 - WHOQOL-breviado em relação ao tempo afastado .....	97
TABELA 9 - WHOQOL-abreviado em relação ao uso de remédio para dormir...99	
TABELA 10 - WHOQOL – abreviado em relação as horas dormidas .....	103
TABELA 11 - Questionário de Saúde Geral do Goldberg e fatores.....	106
TABELA 12 - QSG-60 e variáveis sóciodemográficas .....	107
TABELA 13 - QSG-60 em relação a variável sexo .....	107
TABELA 14 - QSG-60 em relação ao imóvel .....	112
TABELA 15 - QSG-60 em relação a renda pessoal .....	114
TABELA 16 - QSG-60 em relação a função .....	115
TABELA 17 - QSG-60 em relação se esteve afastado.....	116
TABELA 18 - QSG-60 em relação a outra fonte de renda .....	117
TABELA 19 - QSG-60 em relação a horas dormidas .....	119
TABELA 20 - QSG-60 em relação a remédio para dormir .....	122
TABELA 21 - QSG-60 em relação a idade .....	125
TABELA 22 - QSG-60 em relação ao número de filhos .....	127
TABELA 23 - QSG-60 em relação a pessoas sob responsabilidade.....	128
TABELA 24 - QSG-60 em relação ao tempo de serviço .....	129

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	40
FIGURA 2 - Superlotação do sistema penitenciário Sulmatogrossense .....	50
FIGURA 3 - Gráfico da carreira penitenciária.....	58
FIGURA 4 - Gráfico das funções penitenciárias.....	59
FIGURA 5 - Gráfico perfil do servidor penitenciário por sexo no MS.....	82
FIGURA 6 - Servidor penitenciário .....	86

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESUP-	Associação Brasileira de Estudos Sociais do Uso de Psicoativos
AGEPEN-	Agência Estadual de Administração do sistema Penitenciário
CF-	Constituição Federal
CFP-	Conselho Federal de Psicologia
CID-	Classificação Internacional das Doenças
CNJ-	Conselho Nacional de Justiça
CNCP-	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
COVEP-	Coordenadoria das Varas de Execução Penal
CPI-	Comissão Parlamentar de Inquérito
DEPEN-	Departamento Penitenciário Nacional
DOP-	Diretoria de Operações (AGEPEN)
DSP-	Departamento do Sistema Penitenciário
FUNPEN-	Fundo Penitenciário Nacional
IBCCRIM-	Instituto Brasileiro de Ciências Criminais
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-	Índice de Desenvolvimento Humano
INP-	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LEP-	Lei de Execução Penal
MPE-	Ministério Público Estadual
MS-	Mato Grosso do Sul
MJ-	Ministério da Justiça
NEIP-	Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Psicoativos
OMS-	Organização Mundial de Saúde
ONU-	Organização das Nações Unidas
PL-	Projeto de Lei
PNUD-	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano
PRONASCI-	Plano Nacional de Segurança Pública
RDH-	Relatório de Desenvolvimento Humano
RH-	Recursos Humanos
RIBUP-	Regimento interno básico das unidades penais (Decreto 12.140, de 17.08.2006)

SENASP-	Secretaria Nacional de Segurança Pública
SINSAP-	Sindicato dos Agentes Penitenciários de Mato Grosso do Sul
QSG-	Questionário de Saúde Geral de Goldberg
QV-	Qualidade de vida
TJ-	Tribunal de Justiça
UCDB-	Universidade Católica Dom Bosco
UNB-	Universidade de Brasília
USP-	Universidade de São Paulo
WHOQOL-	World Health Organization Quality of Life- Instrumento de Avaliação da Qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	18
<b>2. QUALIDADE DE VIDA</b>	24
2.1 QUALIDADE DE VIDA : EVOLUÇÃO DO CONCEITO	25
2.2 MEDIDAS EM QUALIDADE DE VIDA	32
2.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: WHOQOL BREVE	34
<b>3. SAÚDE</b>	36
3.1 SAÚDE	37
3.2 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	39
3.3 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE	42
3.4 AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL: QSG-60	44
<b>4. SERVIDORES PENITENCIÁRIOS</b>	47
4.1 SOBRE A PRISÃO: HISTÓRICO	48
4.2 O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO	49
4.3 A AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE MATO GROSSO DO SUL	56
4.4 SERVIDORES PENITENCIÁRIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL	57
4.5 SEGURANÇA PENITENCIÁRIA: CARREIRA	60
<b>5. OBJETIVOS</b>	64
5.1 OBJETIVO GERAL	65
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	65
<b>6. HIPÓTESES</b>	66
<b>7. MÉTODO</b>	68
7.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	69
7.2 LOCAL DA PESQUISA	69
7.3 PARTICIPANTES	70
7.3.1 Critérios de inclusão	70
7.3.2 Critérios de exclusão	70
7.4 INSTRUMENTOS	71
7.4.1. Questionário sócio-demográfico	71
7.4.2. WHOQOL- abreviado	71



7.4.3. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG-60) .....	74
7.5. PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	75
7.6. ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	78
<b>8. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>79</b>
8.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	80
8.2 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-ABREVIADO E DOMÍNIOS .....	85
8.3 WHOQOL-ABREVIADO E VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS .....	90
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>131</b>
<b>10. CONCLUSÃO .....</b>	<b>138</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>160</b>
Apêndice a- Questionário Sóciodemográfico .....	161
Apêndice b-Termo Consentimento Livre Esclarecido.....	163
<b>ANEXOS .....</b>	<b>165</b>
Anexo a - Questionário WHOQOL- abreviado.....	166
Anexo b - Autorização para realização da pesquisa CEP .....	170
Anexo c - Autorização da AGEPEN para realização da pesquisa.....	172



A experiência vivenciada em ambiente prisional, durante 25 anos no serviço público na área de assistência e perícia, como técnica penitenciária, dirigente de unidades prisionais, possibilitou a percepção do quanto os servidores penitenciários tem sua saúde e a Qualidade de Vida (QV) expostas a riscos e suscetível a desgastes físicos e emocionais comparados a outras ocupações da atividade pública Estadual, por executarem suas atividades laborais em ambientes insalubres, superlotados, expostos à doenças, bem como escassez de políticas públicas voltadas a discussão deste tema que parece invisível ou visto de modo estigmatizado pela sociedade e o próprio Estado.

Ao estudar a qualidade de vida do indivíduo, faz-se necessário entender qual o significado da expressão QV ou, pelo menos, refletir sobre os conceitos mais utilizados no momento.

A Organização Mundial de Saúde define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Nessa definição se incluem seis domínios principais; saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (THE WHOQOL GROUP, 1994).

Nas últimas décadas, a preocupação quanto ao bem estar e a qualidade de vida no ambiente de trabalho, tornou-se popular. Os estudos e interrogações sobre o assunto têm levado a muitas conclusões sobre o envolvimento do trabalhador com sua atividade (LIPP, 1996).

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e engloba vários significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, contendo o momento histórico, a classe social e a cultura a que as pessoas pertencem. A concepção sobre QV transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada ao modo, condições e estilos de vida e de outro, inclui as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana (CASTELLANOS, 1997).

A qualidade de vida está sendo amplamente debatida na sociedade contemporânea e permeando todas as áreas do conhecimento devido à sua gama de significados e por refletir experiências, valores individuais e coletivos, constituindo-se um conceito social e cultural desejável nas políticas de saúde (SCATOLLIN, 2006).

Quanto a Saúde Mental, segundo a OMS (2004), pesquisas demonstram que a mesma pode ser afetada por políticas públicas e práticas de saúde, moradia, educação e cuidados com filhos. Isso aumenta a necessidade de se avaliar a efetividade de políticas e intervenções de práticas em saúde nas diversas áreas.

São muitas as definições sobre Saúde Mental. Segundo a *World Health Organization* (2001), a Saúde Mental foi definida em distintas culturas, de diversas maneiras, como um conceito que abarca, entre outros aspectos: o bem estar subjetivo, a percepção da própria eficácia, a autonomia, a competência e a auto-realização das capacidades intelectuais e emocionais. A partir de uma perspectiva transcultural, é quase impossível chegar a uma definição consensual sobre SM. Admite-se, entretanto, que o conceito é mais amplo que a simples ausência de transtornos mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A Saúde Mental para Pasquali e colaboradores (1996) é definida em termos dos desvios de índices comportamentais da pessoa em relação a uma população. Os autores afirmam que várias síndromes clínicas e processos patológicos definem a ausência de SM.

O Ministério da Saúde do Brasil afirma que a saúde do trabalhador constitui uma área da saúde pública que tem como objeto o estudo a intervenção e as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos, a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho e dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A Saúde é um direito fundamental, reconhecido por todos os foros mundiais e em todas as sociedades. Saúde e qualidade de vida são dois temas estreitamente relacionados (BUSS, 2003). Apesar das controvérsias, a SM pode ser entendida como o estado de bem estar que permite aos indivíduos realizar suas habilidades, enfrentar o estresse normal da vida diária, trabalhar de maneira produtiva e frutífera e fazer uma contribuição significativa às suas comunidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de se conhecer a qualidade de vida e saúde geral dos servidores penitenciários, bem como as possibilidades que

poderão concorrer para a melhoria das condições da qualidade de vida e saúde destes profissionais.

A administração Penitenciária de Mato Grosso do Sul, tem como missão institucional “a aplicação da Legislação pátria, em especial da Lei de execução penal, de acordo com a sentença judicial, visando a ressocialização dos custodiados, proporcionando condições de reintegração e convivência em sociedade”. Para o cumprimento desta tarefa específica e peculiar, conta com 1.302 servidores, distribuídos em três áreas de atuação sendo elas: segurança e custódia (1024), administração e finanças (191) e assistência e perícia (87). Os servidores estão distribuídos na sede administrativa e escola penitenciária situados na capital, 7 patronatos penitenciários e 43 unidades prisionais distribuídos na capital e interior do Estado, sendo 18 municípios, que compõe a estrutura organizacional da autarquia, concentrando-se na capital 541 servidores e no interior 761 servidores (AGEPEN, 2013).

Percebe-se a partir do exposto que, o serviço público, apesar de representar estabilidade funcional e econômica, promovendo a segurança de receber proventos e direitos, observa-se que alguns servidores podem apresentar desmotivação e insatisfação no desempenho de suas atribuições, muitas vezes desempenhando funções que não estão de acordo com sua expectativa, acarretando, problemas emocionais como ansiedade ou depressão, estresse, distúrbio do sono e dificuldade em manter o bom desempenho e qualidade de vida no serviço.

Esta pesquisa pode contribuir social e economicamente com o Estado e em especial com os servidores, considerando que é de conhecimento público o elevado número de afastamentos do labor, por trabalharem em situações com alto nível de estresse, jornadas excessivas de trabalho, pela falta de efetivo de servidores, com isso, desencadeando afastamentos por problemas de saúde, onerando o Estado e o contribuinte.

Ao estudar a SM e QV destes servidores será possível conhecer um pouco mais este ambiente funcional e como o desempenho institucional contribui ou prejudica sua QV e saúde. A missão é bastante complexa daquela de quem cuida da pessoa em situação de prisão, pois a realidade pela qual passa a sociedade brasileira em relação à questão da custódia e a necessidade urgente de reformulações no processo de encarceramento nacional, provoca muitas

interrogações sobre o papel e a eficácia deste sistema que necessita de mudanças estruturais.

Discorreremos sobre a temática do servidor penitenciário, para conhecer e caracterizar o seu perfil sócio demográfico, que por algum motivo a sociedade entendeu que deve removê-lo para a prisão, e que o agente ressocializador é o servidor penitenciário. O servidor é fundamental para a sobrevivência da organização, não só pela sua força de trabalho, mas também e principalmente, por ser responsável pelo funcionamento estatal.

A atenção prestada ao capital humano apresenta reflexos positivos, constatados por meio da diminuição das licenças saúde, resultando em economia aos cofres públicos e manutenção do quadro funcional da unidade prisional, evitando sobrecarga de trabalho para outros, sendo que imediata ou tardiamente poderiam vir a requerer atendimento à saúde por sintomas ocupacionais. Assim sendo, esta pesquisa objetiva avaliar a QV e SG de servidores penitenciários, da Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário de Mato Grosso do Sul e a fundamentação deste trabalho está distribuído em capítulos.

O primeiro capítulo, a introdução, aborda a estrutura e dinâmica dos servidores penitenciários, bem como sua vivência cotidiana em ambiente prisional na AGEPEN e a execução das atividades laborais nas unidades penais.

O segundo capítulo desta dissertação contempla a evolução do conceito de qualidade de vida, as medidas de qualidade de vida e discorre sobre o instrumento de coleta de dados WHOQOL – abreviado, utilizado neste estudo para avaliar a QV dos servidores penitenciários.

O terceiro capítulo inicia-se com a contextualização do conceito de saúde, discorre sobre os determinantes sociais de saúde, a prevenção e a promoção de saúde, apresenta conceitos de saúde mental e saúde geral com base no Questionário de Saúde Geral de Goldberg - QSG-60, que baseia-se na análise de cinco fatores: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral para avaliar a ausência de SM e prevenção e promoção de saúde.

O quarto capítulo apresenta um breve histórico sobre a primeira menção de prisão no Brasil e sobre a situação atual do sistema prisional brasileiro. A seguir, apresenta a instituição AGEPEN, sua constituição, quadro de servidores, carreira

penitenciária e número de estabelecimentos penais. O Quinto capítulo contém os objetivos e sexto as hipóteses.

O sétimo capítulo discorre sobre os aspectos metodológicos que embasam a presente pesquisa, o método utilizado, o local da pesquisa, os participantes, os critérios de inclusão e exclusão, os procedimentos e aspectos éticos da pesquisa, os instrumentos de pesquisa e análise estatística.

O oitavo capítulo apresenta os resultados e a discussão. Os capítulos seguintes apresentarão as considerações finais e a conclusão.





## 2.1 QUALIDADE DE VIDA: EVOLUÇÃO DO CONCEITO

O significado da expressão “qualidade de vida” tem sido investigado por filósofos, desde a antiguidade, com relatos até mesmo antes da era Cristã, descobertos pelo desenvolvimento histórico cultural da humanidade.

Sócrates (469-399 a.C.) mencionava que o importante não era o tempo de vida, mas sim, o modo como se vive (VIDO; FERNANDES, 2007). Porém, para Beck e colaboradores (1999) o termo QV surgiu antes de Aristóteles, sendo primeiro vinculado à palavra “felicidade e virtude”, as quais, quando obtidas, proporcionavam ao indivíduo “vida boa”.

Aristóteles (384-322 a.C.) em escritos como *Nicomachean Ethics* (aproximadamente 350 a.C.), referiu-se à relação entre a “vida boa ou bem estar” e felicidade, porém concluiu que há divergências sobre o significado de felicidade, podendo variar de indivíduo para indivíduo, bem como, de momento para momento, dependendo das experiências vividas.

Os primeiros trabalhos envolvendo qualidade de vida foram desenvolvidos nos Estados Unidos em 1920, por Walter Shewhart, Edwards Deming e Joseph Juran, que trabalhavam no *Bell Company* (ZANON, 2001). Com a união das palavras qualidade e vida, o termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez por Cecil Pigou (WOOD-DAUPHINEE, 1999), ao escrever o livro *The economics of welfare*, em que se abordava o impacto das ações governamentais na vida dos indivíduos de classes menos favorecidas; o termo não teve repercussão e caiu no esquecimento.

A Organização das Nações Unidas (ONU, 1950) com o final da segunda grande guerra, preocupada com as condições de vida dos países membros, fez uma recomendação para que fossem estudadas as variáveis que interferiam nessas condições. Assim, na década de 1950, investigadores clínicos, epidemiologistas, cientistas sociais e estatísticos, passaram a conduzir pesquisas de medidas de atributos humanos, denominados de “boa vida”.

Em 1950, a expressão ressurgiu como um fator de crítica ao crescimento econômico sem limites e como preocupação pelas consequências dessa atividade, que repercutiu na exaustão dos recursos naturais e poluição cada vez maiores do meio ambiente. Tais efeitos devastadores do crescimento econômico colocariam em

risco as condições futuras para uma “boa vida”. Assim, ressurgiu a preocupação com a qualidade de vida.

O conceito de “boa vida” foi usado referindo-se às conquistas de bens materiais como: possuir casa própria, carro, aparelhos eletrônicos e outros, sendo, posteriormente, ampliado, para medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente, não importando se tal riqueza estava bem distribuída, um problema ainda atual na maioria dos países, principalmente nos emergentes ou subdesenvolvidos, onde a concentração de riquezas fica nas mãos de poucos (FLECK, 1999).

As pesquisas de cunho social e econômico vieram dominar a área do conhecimento e o primeiro referencial utilizado foi o de relacionar o Produto Interno Bruto (PIB) à “boa vida”. Tal aspecto foi criticado por muitos cientistas sociais, que salientavam que essa riqueza medida pelo PIB não era distribuída equitativamente pela população (RATTNER, 1977, 1979) e ganha notoriedade quando em 1964, o presidente dos Estados Unidos da América do Norte, Lyndon Johnson, referindo-se ao sistema bancário norte americano, utilizou a palavra qualidade de vida para dizer que “os objetivos (de bem estar da população) não podem ser medidos por meio do balanço dos bancos e sim, por meio da QV que proporciona às pessoas” (FLECK, 1999).

Paschoal (2000) afirma que na década de 1950, Samuel H. Ordway e Fairfield Osborn escreveram livros respectivamente, recursos e o sonho americano: incluindo uma teoria dos limites ao crescimento (1953) e os limites da terra (1957), em que apontavam os perigos da exaustão dos recursos não-renováveis e questionavam a crença no progresso tecnológico e econômico.

Os anos se passaram e o conceito se ampliou, para significar, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social (saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual) e, assim, descrever com maior proximidade e veracidade as condições de vida da população. Os indicadores, também se ampliam: mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídios, homicídios, acidentes), saneamento básico, nível da poluição, condições de moradia e trabalho, qualidade do transporte, lazer e outros (PASCHOAL, 2000).

Segundo Paschoal (2002), a quantidade de indicadores mostra-se potencialmente infinita, fato constatado pela quantidade de instrumentos existentes

para avaliar a QV, assim como a variabilidade de entendimento do que seja QV. Embora todos fossem indicadores importantes para avaliar e comparar qualidade de vida entre os países, regiões e cidades (qualidade de vida objetiva), não eram suficientes para medir a QV dos indivíduos, pessoas que se inseriam diferentemente naquela sociedade e que podiam se distanciar de forma importante do índice médio da população como um todo.

Ainda, segundo Paschoal (2000) os seguintes aspectos principais da vida, devem ser considerados: a) o aspecto experimental da vida, isto é, a soma total das sensações, percepções, emoções, humores e atos cognitivos de uma pessoa; b) as atividades realizadas na vida, isto é, a soma total das ações de uma pessoa; c) as realizações na vida, isto é, a soma total dos resultados das ações de uma pessoa; d) os eventos na vida, aqueles de que o indivíduo está ciente ou que são atribuídos a ele; e) as circunstâncias da vida, aquelas de que o indivíduo está ciente ou que são atribuídas a ele. Refere que não se consegue estudar todos os aspectos da vida de uma pessoa, deve-se fazer alguma seleção dos atributos relacionados a vida, cuidando para que tal seleção seja a melhor possível. A vida plena contém todos os elementos mencionados, ou seja, a soma total das experiências, das realizações, bem como todos os eventos e circunstâncias atribuídos à pessoa.

A partir da década de 1960, inicia-se a preocupação em avaliar a QV percebida pela pessoa, o quanto as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade de suas vidas (QV subjetiva), passou-se a valorizar, então, a opinião dos indivíduos. O “dono da vida” é quem deveria avaliar a qualidade de sua vida (PASCHOAL, 2000).

Abrams (1973) conceitua qualidade de vida como “o grau de satisfação ou insatisfação, entendido pela pessoa, com vários aspectos de sua vida”; outra definição que também surgiu naquele ano foi a de DalKey e Rourke (1973): “É a sensação de bem estar de uma pessoa, sua satisfação ou insatisfação com a vida, ou sua felicidade ou infelicidade”; em 1987, outras conceituações aparecem – a de Sartorius: “é expressa em termos de distância entre a posição de uma pessoa e seus objetivos, a satisfação se refere a conquista de um objetivo ou à sensação de aproximação dele”, e a de Cella e Cherin, que a entendem como: “o grau em que as pessoas realizam seus objetivos de vida”. No ano de 1994, aparecem outras formulações sobre QV, como a de Sandoe e Kappel (1994): “é o quanto a vida de uma pessoa vale a pena para a própria pessoa”, e a de Bjork e Roos (1994): “é a

resposta emocional do indivíduo à sua situação, de acordo com algum padrão ético sobre como viver a boa vida”.

Diante dessa multidimensionalidade que o conceito de QV engloba, uma grande variedade de conceitos aparece, no decorrer dos anos.

Dentro desse novo posicionamento de estudar a QV do indivíduo, faz-se necessário entender qual o significado da expressão QV. Para tanto, se inicia pelo entendimento do significado das palavras que compõem a expressão QV.

Para Prazeres, o termo qualidade é definido como:

"Um substantivo feminino do latim: *qualitatis* - o que caracteriza alguma coisa; o que faz com que uma coisa seja tal como se a considera; caráter; índole; o que constitui o modo de ser das coisas; essência, natureza; prosperidade; excelência; virtude; talento; disposição moral ou intelectual; importância; gravidade de alguma situação de algum negócio; natureza; caracteres valorizadores ou depreciadores (PRAZERES, 1996, p. 333)."

O termo qualidade é discutido por Mora (1994), inicialmente a partir de uma reflexão feita por Aristóteles, que o entendia como uma característica do ser, não representando, portanto, conotação valorativa, mas sim descritiva dos fenômenos ou objetos a que se refere.

Já o termo “vida” é definido no dicionário Ferreira (2010) como:

"Existência; espaço de tempo que decorre desde o nascimento até a morte; biografia; conjunto de propriedades e qualidades, graças às quais animais e plantas, ao contrário dos organismos mortos ou de matéria morta bruta, se mantêm em contínua atividade, manifestada em funções orgânicas, tais como metabolismo, o crescimento, a reação a estímulos. A adaptação ao meio, a reprodução e outras; estado ou condição dos organismos, que se mantêm nessa atividade desde o nascimento até a morte; o tempo da existência ou de funcionamento de uma coisa: a vida de um automóvel, por exemplo (Ferreira, 2010, p. 530)."

Ao mencionar “vida”, Nordenfelt (1994) faz distinção entre vida completa e vida parcial e acrescenta que sua completude apresenta duas dimensões: uma relacionada ao tempo e outra, à totalidade dos aspectos da vida. A série contínua de eventos vitais que dada pessoa vivencia durante sua existência, do nascimento à morte, é uma vida completa na dimensão relacionada ao tempo. Já a soma de todos os aspectos de sua existência, em determinado momento, ou durante certo período de tempo, é uma vida completa na dimensão relacionada à totalidade dos aspectos da vida.

Gonçalves e Vilarta (2004) mencionam que a QV pode ter inúmeros significados. Pode dizer respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano, envolvendo portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito e determinam como cada indivíduo vive o mundo e sua realidade. Os autores mencionam ainda, que do final do século XVIII ao início do XIX, com a Revolução Industrial, a Qualidade de Vida assumiu uma equivalência a viver no setor urbano, introdução de máquinas para fazerem o trabalho humano, traduz a incorporação da dimensão social e política ao conceito de QV aliada ao aprofundamento do Mundo Moderno.

Nesse mesmo sentido de transformação e criação de novas necessidades encontra-se a posição de Buarque (1993), para quem a transformação do conceito QV permeia toda a evolução humana; ao se referir aos tempos atuais, o autor afirma que, no início do século XX, tal conceito relacionado à posse de bens de consumo e à crença de que o desenvolvimento tecnológico possibilitaria condições de boa vida para todos. No final do século XX, não se viu essa utopia realizada e, dessa forma, os pesquisadores propõem um novo paradigma para avaliar a QV por meio da releitura das condições humanas. O autor baseia-se em seis bases éticas: a) a democracia; b) a abolição da apartação; c) o equilíbrio ecológico; d) a descentralização; e) a eficiência econômica; f) a abertura internacional, traçando, assim, um panorama de oportunidades mínimas e diminuição das diferenças, as quais não permitiriam haver um grande grupo que não tem acesso às novas conquistas, fundamentais à sobrevivência digna.

A Qualidade de Vida deve ter uma avaliação transcultural, uma avaliação aprofundada, apresenta-se como uma variável contínua, dinâmica e dependendo de vários fatores, estão intimamente relacionados à época histórica e ao grau de desenvolvimento da sociedade como um todo. A definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (1994) é a que melhor traduz a abrangência do construto QV. O Grupo WHOQOL definiu QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (OMS, 1994).

Embora não haja um consenso a respeito do construto qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes a qualidade de vida foram obtidos por meio de um grupo de *experts* de diferentes culturas: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (p. ex. mobilidade) e

negativas, por exemplo, dor. O reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em 6 domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade, religião e crenças pessoais (WHOQOL GROUP,1994). O construto é considerado amplo e incorpora de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. O termo QV é usado em vários setores da sociedade e deve ser entendido em uma vertente multiprofissional podendo ser compreendido como um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações em todos os níveis como: saúde, trabalho, lazer, sexo, família e até mesmo o desenvolvimento da espiritualidade do indivíduo (SOUZA, 1999).

A percepção subjetiva sobre o que seja QV está incontestavelmente atrelada à condição social dos indivíduos. Em termos práticos,o que se pretende destacar com essa afirmação é que uma pessoa que trabalha no corte de cana, por exemplo, classificaria sua qualidade de vida, diferentemente de um executivo de uma multinacional. Isso, porque as condições sociais e econômicas concretas impõem percepções, aspirações, projetos e sonhos de forma distinta para cada um dos indivíduos, das mais diversas classes, inclusive no interior de uma mesma classe. As noções, pré-noções e julgamentos em relação ao significado da expressão qualidade de vida, não estão isentos de uma caracterização social, mas, pelo contrário, o meio social subverte os padrões de entendimento do que seja um bom estilo de vida, ou uma vida com qualidade. Estão, também, a percepção da QV está intimamente relacionada à época histórica e o grau de desenvolvimento da sociedade como um todo (MOREIRA, 2000).

Near e colaboradores (1978) demonstraram que a qualidade de vida do trabalhador (QVT) está relacionada também a sua satisfação com o trabalho e outras variáveis relacionadas à atividade ocupacional. Para os autores, sua satisfação com a saúde, as condições de moradia e o trabalho são influenciadas por uma série de fatores complexamente emaranhados, que resumiram em três dimensões: as condições de moradia e sociais, as variáveis psicológicas e as variáveis relacionadas ao trabalho.

Nas organizações, os programas de qualidade e vida no trabalho têm o objetivo de realizar ações que influenciam a qualidade de vida geral dos indivíduos

que lá trabalham. Eles podem influenciar as diversas políticas gerenciais da empresa, tais como a seleção de novos funcionários, treinamento, programas de saúde, ergonomia e outras atividades (NIEVA; PERKINS; LAWLER, 1980).

A aplicação das práticas e valores de qualidade de vida tem tido fortes bases científicas, já destacadas em estudos realizados por diferentes áreas do conhecimento desde o início dos anos 1990. Entre elas, destacam-se as seguintes contribuições listadas a seguir (LIMONGI-FRANÇA, 1996).

Ecologia: o homem como parte integrante e responsável pela preservação do ecossistema;

Saúde: a importância de se preservar a integridade física, mental e social do ser humano;

Ergonomia: as condições de conforto, esforço e resultado das normas e postos de trabalho;

Psicologia: a influência das atitudes internas e perspectiva de vida de cada pessoa em seu trabalho.

Sociologia: as crenças, os valores e as mediações culturais na dimensão simbólica e dos artefatos construídos e compartilhados;

Economia: distribuição de recursos e bens finitos;

Administração: busca da eficiência e eficácia, nas atividades organizacionais, com vistas à sobrevivência da empresa ou instituição.

Engenharia: métodos, formas de produção, tecnologia e organização do trabalho com vistas à produtividade.

Segundo Limongi-França (1996) a qualidade de vida no trabalho pode ser analisada sob a ótica do indivíduo ou da organização. Em relação ao indivíduo, a discussão tem se caracterizado pela compreensão a respeito do estresse e de doenças associadas às condições do ambiente organizacional, considerando que todo ser humano é um ser biopsicossocial – ou seja, com potencialidades biológicas, psicológicas e sociais. Em relação a organização, a discussão está ligada à expansão do construto de qualidade total, que passa a incluir questões de qualidade de vida no trabalho, inserindo necessidades das pessoas e suporte organizacional de natureza educacional, psicossocial e econômica.

Para Goulart e Sampaio (1999) a qualidade de vida no trabalho foi entendida, por muito tempo, como a redução do mal estar e do excesso de esforço físico no trabalho. Posteriormente, a Escola de Relações Humanas contribuiu com

entendimento de aspectos psicossociais para a construção do assunto, entre as quais se destacam: as idéias de Elton Mayo, que analisou a importância das relações sociais para o trabalhador, os estudos de Maslow e Herzberg sobre motivação humana, apontando para uma hierarquização de necessidades e a diferenciação entre fatores higiênicos e motivadores, e os estudos de dinâmica de grupo de Kurt Lewin, apontando para a convivência e participação no trabalho como aspectos alavancadores da rentabilidade do trabalho.

Pode-se dizer que a QV ainda tem sido considerada como um conceito impreciso, multidimensional e que teoricamente incorpora todos os aspectos da vida individual, existindo, no entanto, um interesse geral em como acessar as coisas boas da vida (BILLINGHAM; ABRAMS; JONES, 2005; BOWLING, 2005).

Um aspecto relevante que caracteriza os estudos que partem de uma definição genérica do termo QV, é que as amostras utilizadas são compostas basicamente por pessoas saudáveis da população, como no caso da amostra dos servidores penitenciários do presente estudo.

## 2.2 MEDIDAS EM QUALIDADE DE VIDA

Os primeiros instrumentos destinados a medir a QV surgiram na literatura, na década de 1970, e têm tido um crescimento considerável. Tais instrumentos requerem do profissional de saúde um bom conhecimento do paciente e a valorização de suas capacidades e limitações funcionais (VIDO, 2007).

Nas últimas décadas houve um aumento considerável de estudos que avaliam a QV e para tal, os instrumentos de medida são desenvolvidos com o propósito fundamental de avaliar a QV, estando geralmente relacionados à saúde de indivíduos ou grupos. Os instrumentos são usados na prática clínica, bem como no campo de pesquisa (BONOMI, 2000).

São fundamentais na escolha de um instrumento a praticidade, a população estudada e o objetivo da proposta. Muitos instrumentos são propostos e utilizados para avaliar a QV, e esses instrumentos são divididos em dois grupos, os genéricos e os específicos. Os instrumentos do tipo genérico tem como objetivo analisar o impacto de uma doença sobre a vida de pacientes, em população variadas, ao



passo que os específicos avaliam, de forma individualizada e específica, determinados aspectos da QV (CICONELLI, 1997).

Os instrumentos genéricos são desenvolvidos com a finalidade de mostrar o impacto de uma doença na QV de qualquer população, avaliando aspectos relativos à função, disfunção e desconforto físico e emocional, porém não são sensíveis para detectar determinados aspectos particulares ou específicos dentro de patologias (BONOMI; PATRICK; MARTINS, 2000; CICONELLI, 2003; DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Podem ser subdivididos em dois modos de avaliação:

- a) Perfil de saúde: que avalia o estado de saúde podendo ser utilizado em qualquer população, apresentando uma vasta avaliação de diferentes aspectos indicativos de QV do paciente, porém não são sensíveis para detectar alguns aspectos particulares ou específicos de uma determinada patologia;
- b) Medidas de *utility*: que indicam a tendência ou demonstram a preferência do paciente por um determinado estado de saúde como indicado por Ciconelli e Dantas (2003), Sawada e Malerbo (2003). Derivam de teorias econômicas e de decisão e mostra a preferência dos pacientes por um determinado estado de saúde, tratamento ou intervenção. São resumidas em um número único dentro de uma escala que varia de 0 a 1 (0=morte e 1=saúde perfeita). A aceitabilidade, reprodutividade e validade dessas medidas tem sido registradas em várias populações e podem determinar, principalmente a melhora do paciente. Entretanto, não são capazes de identificar a extensão específica do estado de saúde, nas quais os pacientes têm obtido melhora ou piora.

Os instrumentos específicos avaliam de forma particular e específica, determinados aspectos da QV, tendo especificidade para uma determinada função (capacidade física, sono, função sexual), população (idosos, jovens) e alteração (dor). Proporcionam uma maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto específico em questão e sensibilidade às alterações, podendo detectar as

mudanças após uma determinada intervenção (BONOMI; PATRICK; MARTIN, 2000; CICONELLI, 2003; DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

A associação de uso de instrumentos genéricos e específicos tem sido sugerida por vários autores como forma de integrar e complementar dados dos estudos (BONOMI; PATRICK; MARTIN, 2000).

Na presente pesquisa o instrumento genérico utilizado foi o WHOQOL-abreviado. É um instrumento utilizado na avaliação de perfis de saúde e possui boas características psicométricas quanto à validade, reprodutividade e suscetibilidade à mudança e comparação de grupos satisfatórias ao objetivo almejado (FLECK, 2008), que será detalhado em instrumentos.

## 2.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA: WHOQOL-ABREVIADO

Na mensuração da QV, a escolha do instrumento a ser utilizado é de fundamental importância para a viabilização do estudo. Essa escolha deve basear-se no propósito da pesquisa e garantir que o instrumento contenha domínios necessários para que sejam medidos na população em estudo. Vale ressaltar que o instrumento escolhido deve ter sido testado em uma mesma população ou em uma similar à de interesse, se foram divulgados os resultados estatísticos de sua propriedade de medida e se o mesmo foi traduzido e adaptado culturalmente, e como foi conduzido tal processo. Outro fator relevante diz respeito a sua aplicabilidade, tempo gasto para sua aplicação, além de ser de fácil compreensão aos participantes que farão parte dos estudos, garantindo a fidelidade dos resultados (VIDO; FERNANDES, 2007).

Apesar da crescente importância da avaliação desse desfecho em diferentes áreas da medicina, não havia nenhum instrumento desenvolvido em uma perspectiva transcultural para uso internacional. Assim, inicialmente foi desenvolvido um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (WHOQOL-100).

O WHOQOL-100 é um instrumento genérico de avaliação da QV, desenvolvido pelo grupo de QV da OMS em 1998, que se baseia nos pressupostos de que QV é um construto subjetivo (percepção do indivíduo), multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. Em seu formato original, é

denominado WHOQOL-100, por conter 100 questões que, agrupadas formam seis dimensões ou domínios: 1)Físico, 2)Psicológico, 3)Nível de independência, 4) Relações Sociais, 5) Ambiente, 6) Espiritualidade/ Religiosidade/Crenças Pessoais (OMS,1998 apud FLECK,2003).

A necessidade de instrumentos curtos que demandam pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de QV da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHQOL-100, o WHOQOL-abreviado (FLECK,2003).

O WHOQOL-abreviado é um instrumento de domínio público, com 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e saúde e as demais, 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original.

Os domínios do WHOQOL-abreviado, de acordo com Fleck (2003) são:1. Domínio físico, 2. Domínio psicológico, 3. Domínio relações sociais, 4. Domínio meio ambiente.

O WHOQOL-abreviado é um instrumento de avaliação da QV, cuja versão em português foi desenvolvida no centro WHOQOL para o Brasil da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, de domínio público, podendo ser utilizada em um largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis

Pela reconhecida eficácia do WHOQOL-abreviado para avaliar a QV optou-se por utilizar-se este instrumento, no presente estudo.



### 3.1 SAÚDE

São muitas as definições sobre a saúde mental (SM). Segundo a *World Health Organization* (WHO), a SM foi definida em distintas culturas, de diversas maneiras, como um conceito que abarca, entre outros aspectos: o bem estar subjetivo, a percepção da própria eficácia, a autonomia, a competência e a auto realização das capacidades intelectuais e emocionais. A partir de uma perspectiva transcultural, é quase impossível chegar a uma definição consensual sobre SM. Admite-se, portanto, que o conceito é mais amplo que a simples ausência de transtorno mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Segundo Stédile (1996), conceber saúde e doença como pólos dicotômicos é insuficiente para explicar os fenômenos que acontecem com os organismos em geral, já que os indivíduos não são saudáveis ou doentes, mas apresentam diferentes graus em sua condição de saúde. Por conseguinte, a saúde deve ser entendida como um fenômeno e não um evento estático.

Para Pasquali e colaboradores (1996), a saúde mental é definida em termos dos desvios de índices comportamentais da pessoa em relação a uma população. Os autores afirmam que várias síndromes clínicas e processos patogênicos definem a ausência da SM.

No âmbito da saúde é comum ouvir-se a seguinte frase: “saúde não é doença, saúde é qualidade de vida”. Embora recorrente, esta frase é vazia de significados e revela a dificuldade que os profissionais da área possuem em encontrar um sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico, o qual domina a reflexão e a prática no campo da saúde pública. Portanto, entender que o conceito de saúde tem relação com a premissa de QV e que saúde não é mera ausência de doença, já é um bom começo porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A partir do entendimento da saúde como sendo o estado de ausência de doença, no qual o centro das atenções era a patologia em si, ocorre um desenvolvimento conceitual com a reformulação proposta pela Organização Mundial da Saúde em 1948, postulando saúde como um fenômeno biopsicossocial. Esta noção entende a saúde como um processo continuado e interdependente de preservação da vida, o que tange a dimensão social. Superando o enfoque conceitual centrado na doença (BUSS; FILHO, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (2004), reconhece também a importância da saúde desde a sua origem, o que se reflete na sua própria definição de saúde, como não simplesmente a ausência de enfermidade, mas como um estado de completo bem estar físico, mental e social. Em função de grandes progressos nas ciências biológicas e comportamentais, nos últimos anos, essa definição ganhou um maior destaque, e os avanços aperfeiçoaram a compreensão do funcionamento mental e a profunda relação entre saúde mental, física e social. Novas informações dos campos das neurociências desenvolvidas nos últimos anos torna cada vez mais claro, que este possui um substrato fisiológico e está indissociavelmente ligado ao funcionamento físico e social.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), pesquisas demonstram que a SM pode ser afetada por políticas e práticas de saúde, moradia, educação e cuidados com filhos. Estes dados indicam a necessidade de se avaliar a efetividade de políticas e intervenções de práticas em saúde nas diversas áreas.

Straub (2005) reitera que a saúde não se restringe à mera ausência de doença ou enfermidade, ou seja, um estado multidimensional que envolve três domínios: saúde física, psicológica e social.

Na temática saúde, Czeresnia (2004) menciona que a manifestação da vida ocorre por meio da saúde e do adoecer e possui correspondência com as experiências subjetivas, as quais não se definem integralmente pela palavra saúde. A respeito da singularidade e subjetividade que a autora sugere, Soares Neto (2006) complementa que qualquer organismo está saudável quando funciona bem, sendo tal condição relacionada à idéia de equilíbrio, de felicidade, de vigor, de auto-realização no plano físico e psíquico.

Com a amplitude da concepção sobre saúde são incluídas outras dimensões da vida humana, o que denota que este estado pode ser determinado por questões sociais, econômicas, culturais, como também por questões individuais, relacionadas ao cuidado com a saúde, ou seja, os comportamentos de saúde que podem interferir neste processo. Sendo assim, faz-se necessário à distinção entre fatores determinantes de saúde entre indivíduos, entre os grupos e entre as populações, já que os fatores, que são importantes para explicar o estado de saúde, se diferenciam entre eles, o que por sua vez, necessariamente não explicam o estado de saúde de uma sociedade (CZERESNIA, 2004).

Robalo (2009), por sua vez, é outro autor que discute o estado de saúde, apontando que são múltiplos os determinantes que atuam no mesmo, tais como, individuais, genéricos, biológicos, e também, os que se relacionam aos estilos de vida.

### 3.2 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

A partir da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde – CNDSS (2008), os comportamentos e estilos de vida relacionados à saúde são influenciados por fatores como a cultura e economia, todavia estes são entendidos como “determinantes sociais proximais”, por serem mais passíveis de controle e modificação por parte do indivíduo.

Os comportamentos de cuidados de saúde de cada indivíduo funcionam como determinantes do seu estado de saúde. Todavia, este determinante é afetado por um conjunto de processos, tanto pessoais, quanto sociais. Albuquerque (1999) referenciando Steptoe e Wardle (1996) apresenta alguns dos fatores envolvidos que influenciam os comportamentos de saúde, apontando: fatores macro-econômicos (como rendimentos, impostos); fatores sócio-culturais (como normas religiosas, tradição alimentar); legislação (como uso de cinto de segurança, limitação da idade, compra de tabaco e álcool); provisão de cuidados de saúde (como acesso a saúde, campanhas de vacinação, cuidados dentários); sistema de provimento de bens e serviços (serviços de aconselhamento, produção de alimentos com baixo teor de gordura); fatores psicológicos (atitudes, crenças, consciência do risco); fatores sociais e familiares (hábitos alimentares, redes de suporte, influência dos pares, suporte social); estado de saúde (restrições de mobilidade, outras restrições devido ao estado de saúde); fatores sócio-demográficos (idade, sexo, estatuto sócio-econômico, educação, ocupação, renda).

Os fatores individuais são importantes para identificar dentro de um determinado grupo, os indivíduos que podem estar submetidos a maiores riscos (BUSS; FILHO, 2007). O modelo de Dahlgren e Whitehead (2007) contribui para a discussão dos determinantes sociais de saúde, além de permitir localizar a perspectiva adotada deste trabalho, demonstrando a partir de um universo macro de entendimento da saúde, em que esfera se enquadra esta pesquisa (figura 1). O

mesmo foi adotado pelo Conselho Nacional de Determinantes Sociais de Saúde e denominado de “influências em camadas” (CNDSS, 2005, 2008).



**Figura 1** - Determinantes sociais de saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead

Fonte: Dahlgren e Whitehead, (2007)

Este modelo inclui os determinantes sociais da saúde organizados em diferentes camadas, sendo que estes podem influenciar de maneira positiva ou negativa a saúde e estão relacionados com os estilos de vida.

Os indivíduos estão na base deste modelo, com suas características pessoais, como sexo, faixa etária e fatores hereditários, os quais influenciam as condições de saúde na esfera individual.

Na camada subsequente, aparecem os estilos de vida dos indivíduos e seus comportamentos. A mesma está relacionada tanto com aspectos individuais, quanto com aspectos sociais, culturais e políticos, ou seja, está no limiar entre o indivíduo e seu entorno social e é condicionada por determinantes sociais, como pressão dos pares, informações, o acesso a alimentos saudáveis, espaço de lazer entre outros.

A camada seguinte, se destaca a relação entre as redes e o apoio sociais, nível fundamental para a saúde da sociedade por completo.

No próximo nível estão os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, como acesso à educação, à saúde e questões relacionadas ao trabalho.



A última camada se relaciona aos aspectos macrodeterminantes ligados às condições culturais, econômicas e sociais; esta por sua vez influencia as demais camadas (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007; BUSS; FILHO, 2007; CNDSS, 2008).

Estas camadas foram privilegiadas nesta pesquisa, com o intuito de caracterizar os comportamentos de cuidados de saúde dos servidores penitenciários.

Aquino (2006) argumenta a respeito das variáveis, sexo e faixa etária, dizendo que a compreensão dada aqui, parte do princípio que estas não indicam meramente questões biológicas e de ordem de maturação, mas envolvem experiências que se dão também por meio de interação do aprendizado, ou que, as dimensões biológica e cultural são indissociáveis. Todavia, é inegável que a discussão que envolve sexo tem grande riqueza e implicações para a reflexão sobre o processo saúde e doença, o que poderá ser pesquisado em novos estudos (AQUINO, 2006). Segundo o autor, o conceito de saúde, envolve também o conceito de cuidado e mais especificamente de autocuidado. Este último está vinculado à saúde humana e é definido como as ações que constituem a prática de atividades desempenhadas deliberadamente em benefício próprio, com o intuito de manter a saúde, a vida e o bem-estar. Estas ações podem ser afetadas por fatores básicos, como sexo, faixa etária e fatores familiares como a hereditariedade, estilos de vida, como por exemplo, engajamento regular em atividades, bem como disponibilidade e adequação de recursos (BUB; MEDRANO; SILVA et.al., 2006).

No caso específico da Saúde Mental (SM), além das dificuldades de delimitação do conceito, há de serem ressaltadas a oscilação e a imprecisão dos limites entre doença e saúde, pois, na avaliação da saúde, estas sofrem influências dos valores da sociedade em uma determinada época e lugar. Em algumas sociedades primitivas, por exemplo, uma pessoa apresentando alucinações poderia ser reverenciada como Deus; a presença do mesmo quadro na Idade Média significou possessão pelo demônio, sendo adotada como terapêutica a morte na fogueira (COLEMAN, 1973).

Apesar das diversas definições que permeiam o construto Saúde Mental (SM) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1979; EY; BERNARD; BRISSET, 1978; MELO, 1979; PAIM, 1986), na prática clínica estas não são índices comportamentais observáveis desviantes da população que caracterizarão o estado de saúde da pessoa. Neste sentido, Goldberg (1972) considera a necessidade de

uma coleção heterogênea de síndromes clínicas e processos doentios, para definir a ausência de saúde mental.

A pessoa identificada como mentalmente não saudável é então, considerada uma pessoa diferente das demais. É caracterizada por se encontrar em um estado avançado de um processo que lhe dificulta ou impossibilita um funcionamento normal, em função do seu estado psicológico, é vítima de uma disfunção, sobre a qual não tem controle e que a incapacita para uma vida pessoal e social satisfatória (PASQUALI; NOGUEIRA; MARTINS et al, 1987).

Diante desse contexto, pela reconhecida eficácia do QSG-60 de Goldberg (1972) para identificar pessoas com problemas de Saúde Mental não extremados, optou-se por este instrumento na presente pesquisa.

### 3.3 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Segundo Stroebe e Stroebe (1995), existem duas formas de mudar o comportamento das pessoas em relação à promoção de saúde. Pela persuasão através da educação, buscando influenciar crenças e comportamentos individuais, ou pela modificação de incentivos relevantes, como os econômicos ou legais. No entanto, os mesmos autores reconhecem que nos dois processos a mudança de comportamento é ineficaz, porque não é duradoura.

Fischer (2002) afirma que o caminho para explicar as variações dos comportamentos relacionados à saúde está nas crenças e cognições dos indivíduos. Portanto, para se mudar o comportamento faz-se necessário anteriormente acessar o conhecimento socialmente compartilhado sobre um determinado fenômeno e depois utilizar esta informação para caracterizar mecanismos mais específicos que se aproximem da perspectiva de cada grupo.

Para Buss (2003) a sistematização das várias definições de promoção de saúde podem se dar em dois grupos: 1) promoção de saúde voltada mais aos aspectos do comportamento individual e dos comportamentos inadequados, como hábito de fumar, falta de atividades físicas, os quais ao menos em parte, estão sob o controle do indivíduo; 2) a segunda caracterização, mais utilizada atualmente, promoção de saúde, pensando a mesma como produtor de diversos fatores, como

condições adequadas de alimentação, nutrição, moradia, trabalho, apoio social, como também, estilo de vida e cuidados da saúde.

Segundo Czeresnia (2004) a promoção de saúde é um termo mais amplo se comparado com a prevenção, já que as medidas tomadas nesta esfera são destinadas ao bem-estar geral e o aumento da saúde da população. Já a prevenção liga-se a uma ação antecipada e focada em medidas com o intuito de evitar o surgimento de uma doença específica. O autor, referenciando Lupton (1995), reitera esta discussão afirmando que a perspectiva conservadora sobre a promoção da saúde delega aos indivíduos a tarefa de cuidarem de si e diminui a responsabilidade do Estado perante esta questão. Porém, existem outras perspectivas, como a progressista, que frisa a importância das políticas públicas, dirigidas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos dentro da sociedade.

Neste cenário, como abordado anteriormente, esta pesquisa pretende focar o comportamento individual, a partir de um determinado grupo (servidores penitenciários), inserido no contexto do Estado, como servidores públicos.

Morin (2004) caracteriza dois sistemas que constituem a “pessoa” na sua relação com a saúde: O sistema psicológico (experiência e comportamento) e o sistema biológico (genética e fisiológico), sendo ambos os sistemas contextualizados na perspectiva social (sociedade, comunidade e família).

Oliveira (2005) discute os conceitos relacionados à promoção da saúde. Embora a autora afirme que a construção da promoção de saúde esteja atrelada a um processo de educação, questiona a perspectiva exclusivamente individual e critica a definição de promoção de saúde como resultado de uma racional tomada de decisão quanto ao comportamento pessoal, o que sugere que o conhecimento esteja diretamente ligado a mudança de comportamento.

“[...] um estilo individual de vida é produzido nos padrões de comportamento que são desenvolvidos através dos processos de socialização, eles são aprendidos através das interações sociais.” (OLIVEIRA, 2005, p. 430).

Meirelles (2006) define três níveis de prevenção: a) Prevenção primária: mudanças dos fatores de risco para uma situação mais favorável; promoção de saúde, vacinação e proteção específica; b) Prevenção secundária: diagnóstico pré-sintomático e doença latente; c) Prevenção terciária: controle e diminuição da incapacidade e limitação, reabilitação.

Assim, enquanto a prevenção baseia-se em uma ação antecipada, ou seja, focada em medidas que privilegiem evitar a ocorrência de doenças específicas, a promoção de saúde, como definição mais ampla, liga-se a medidas que beneficiem condições propiciadoras de saúde, considerando os vários determinantes que podem interferir neste processo.

Esta pesquisa, realizada com os servidores penitenciários de Mato Grosso do Sul, visa conhecer o desempenho das atribuições destes profissionais e interligá-las com as exigências físicas, mentais e ambientais que interferem nesta prática profissional. Objetiva também verificar quanto elas atuam no comprometimento do seu estado de saúde e qualidade de vida, buscando a melhor compreensão das variáveis e comportamentos que agem como fatores de risco ou proteção junto aos múltiplos eventos que interferem neste ambiente de trabalho, considerado penoso, insalubre e estressante.

### 3.4 AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL: QSG-60

A epidemiologia psiquiátrica utiliza a descrição metodológica das doenças baseada em sintomas para a identificação de casos na população geral. Os primeiros estudos epidemiológicos utilizavam clínicos gerais ou líderes de comunidade para a identificação de casos, porém esse método resultou em estimativas de prevalência pouco fidedignas, pois esses líderes precisavam de maiores conhecimentos sobre a constituição de um transtorno mental. Devido ainda ao alto custo do exame clínico realizado por psiquiatras na população geral, iniciou-se o desenvolvimento de questionários como instrumentos de identificação de casos potencialmente psiquiátricos (ANDREOLI; BLAY; MARI, 1998).

As discrepâncias nos índices de prevalência entre dados populacionais, na diferenciação clínica dos quadros importantes que necessitam de tratamento e as síndromes menos graves foram amenizadas com a utilização de métodos padronizados, escalas de avaliação e entrevistas diagnósticas (REGIER et al., 1998).

A partir da década de 1970, aparece uma preocupação com a melhoria dos sistemas diagnósticos, ocorrendo maior desenvolvimento e sistematização.

Entrevistas semi-estruturadas foram adaptadas, e instrumentos de rastreamento criados para pesquisas epidemiológicas. Nesse mesmo momento, coincidindo com a introdução da metodologia de amostra de duas fases para pesquisas epidemiológicas psiquiátricas, surgiu a primeira escala de rastreamento para detectar casos psiquiátricos não sintomáticos, o *General Health Questionnaire* (GHQ-60), criado por Goldberg (1972) e traduzido para o português por Pasquali et al (1996), como Questionário de Saúde Geral (QSG-60).

Inicialmente o objetivo do QSG-60 era auxiliar os médicos e clínicos a identificar indivíduos com transtornos psiquiátricos não psicóticos agudos em ambientes de atendimento, facilmente administrado, não exigindo interpretações subjetivas. Este se apresenta como o questionário de rastreamento mais frequentemente utilizado no mundo em estudos populacionais (GOLDBERG; WILLIAMS, 1988), junto com suas variantes: GHQ 30, 28, 12 (GOLDBERG; WILLIAMS, 1988; MOLINA; ANDRADE, 2002).

O Questionário de Saúde Geral, validado por Goldberg em 1972 com o nome de “*General Health Questionnaire*” (FHQ), foi concebido para avaliar a saúde mental das pessoas. Inicialmente, Goldberg se debateu com o problema do conceito de saúde mental. Na verdade, as definições de saúde existentes na literatura são geralmente vagas e circulares, tendo como indicativo a ausência de enfermidade (COLEMAN, 1973).

Para sua validação no Brasil, o QSG-60 foi auto aplicado em uma amostra de 902 sujeitos não psiquiátricos residentes em São Paulo e no Distrito Federal.

A prática profissional com este instrumento no trabalho com servidores da área de segurança pública para habilitação de porte de armas, coordenado pela polícia federal, durante uma década, possibilitou o conhecimento deste questionário QSG-60, de sua eficácia e confiabilidade, apresentando-se como a melhor opção para o propósito da presente pesquisa devido a suas características psicométricas visando os objetivos almejados.

O QSG-60 é composto de 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos. Estes são apresentados em um folheto e respondidos em uma escala de quatro pontos tipo *likert*. É constituído por 6 fatores que se apresentam da seguinte forma: o conjunto de itens do fator 1, destaca experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, que tomam a vida uma luta constante, desgastante e infeliz. Os itens do fator 2, evidenciam basicamente o desejo de

acabar com a própria vida, já que ela se apresenta inútil, sem sentido e sem perspectivas, o fator expressa o conceito desejo de morte (GOLDBERG,1972).

A análise semântica dos itens revela que o fator 3, expressa a consciência de ser capaz de empenhar ou realizar as tarefas diárias de forma satisfatória. Os itens do fator 4, referem-se a problemas relacionados com o sono, tais como insônia e pesadelos, fator corresponde, portanto, ao construto distúrbio do sono (GOLDBERG,1972).

O fator 5, é composto por itens que expressam problemas de ordem orgânica, tais como sentir-se mal de saúde, dores de cabeça, fraqueza e calafrios. Pode-se denominar este fator de distúrbios psicossomáticos. O fator geral pode ser interpretado como se referindo a severidade da ausência de saúde Mental (GOLDBERG, 1972).

Estes aspectos são acentuados pelo fato de existir uma gradação entre um estado do outro, além do que nem todos adoecem de um mesmo modo ou experimentam a doença de maneira uniforme (GOLDBERG, 1972; MELO, 1979).

O Questionário de Saúde Geral (QSG), não é de domínio público, o instrumento é apenas utilizado por profissionais da psicologia, sendo vedado acesso à profissionais de outras áreas, razão pela qual não consta nos anexos deste trabalho, sendo esta pesquisadora regularmente inscrita no Conselho Regional de Psicologia e apta ao uso do instrumento.

Foi utilizada no presente estudo a tradução do QSG-60 realizada por Giglio (1976), em cuja tarefa foi auxiliado por três professores: um professor de idioma e literatura, um psicólogo e um antropólogo. Os dois primeiros sendo brasileiros e o último, inglês radicado no Brasil.

Pela reconhecida eficácia do QSG-60 para identificar pessoas com problemas de saúde mental não extremados (GOLDBERG, 1972), bem como pelo conhecimento deste instrumento, válido para pesquisa e preciso na prática profissional, optou-se por utilizar-se este instrumento, no presente estudo.

#### **4. SERVIDORES PENITENCIÁRIOS**

---

#### 4.1 SOBRE A PRISÃO: HISTÓRICO

A pena de encarceramento tem sua origem relacionada diretamente com os mosteiros da Idade Média. Tratava-se de punições impostas aos monges que se afastavam das regras do clero, os quais eram recolhidos em suas celas e obrigados a penitenciarem-se da falta cometida e refazendo sua ligação com Deus. A partir do século XVI foram construídas, nos moldes aplicados aos religiosos, as prisões para encarcerar criminosos, principalmente em substituição as penas corporais ou infames (GOFFMAN, 2003). Segundo o autor, antes do encarceramento surgir como pena, os meios de punição mais comum eram o suplício e as penas corporais. O suplício não sancionava os mesmos crimes, nem punia o mesmo tipo de delinquente. O processo de individualização do castigo, segundo os indivíduos culpados, surge concomitantemente ao desaparecimento do corpo como alvo principal da regressão penal.

É importante destacar que a pena passa do corpo para a alma e apesar da prisão já ser elemento presente, ainda no século XIX se tem notícia de grandes fogueiras como pena corporal (FOUCAULT, 1984). A pena de prisão até o século XIX foi cumprida em mosteiros e conventos.

A primeira menção de prisão no Brasil ocorre no livro V das ordenações Filipinas do Reino, que decreta a Colônia como presídio de degredados. A utilização do território colonial como local de cumprimento das penas se estende até 1808, ano marcado por mudanças significativas rumo à autonomia legal e aos anseios da modernidade (PEDROSO, 1995).

A instalação da primeira prisão brasileira é mencionada na Carta Régia de 1769, que manda estabelecer uma casa de correção no Rio de Janeiro (MATTA, 1982). No Brasil, é a partir da independência, em 1822, que se propõe a feitura do Código Criminal (1830), indiscutivelmente influenciado pelo espírito da época, principalmente pela escola positivista, o Código de 1930 regularizou a pena de trabalhos e prisão simples, já previstas na Constituição de 1924. Foi a partir do Código Penal de 1890, que surgiu a pena privativa de liberdade como punição generalizada (PEDROSO, 1995).



## 4.2. O SISTEMA PRISIONAL BRASILEIRO

No Brasil o número de pessoas encarceradas dobrou em 2012. Segundo dados do Departamento Penitenciário Nacional, ligado ao Ministério da Justiça, 34.995 pessoas foram presas no primeiro semestre deste ano, enquanto foram criadas apenas 2.577 vagas nas penitenciárias. No mesmo período do ano passado foram 17.551 detidos segundo Antônio Carlos Lacerda, correspondente internacional do PRAVDA no Brasil (DEPEN-MJ, 2012).

O aumento do número de custodiados está fora de qualquer padrão já verificado no Brasil. Para agravar a situação, até os últimos dias de 2012, somente 20% dos R\$ 435,2 milhões autorizados para o setor carcerário foram pagos, segundo dados do portal eletrônico Siga Brasil, sistema de informações sobre o orçamento público (SIGA BRASIL, 2012).

No ano 2012, o Ministro da Justiça do Brasil, afirmou que “prefere morrer a cumprir pena nos presídios brasileiros”, comparando-os a “masmorras medievais”, fato amplamente divulgado pelo noticiário nacional (JUSBRASIL, 2012).

Segundo o DEPEN, há mais de 550 mil pessoas em presídios no país e um déficit de 240 mil vagas, das quais 14 mil são para mulheres, representando um déficit de vagas de 66% (DEPEN, 2013).

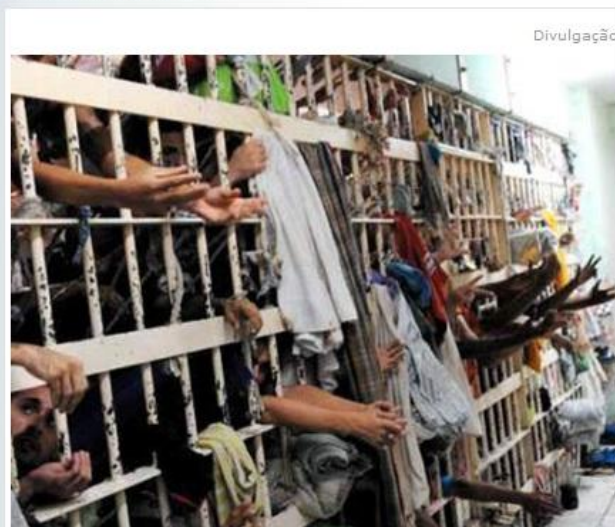
O Mato Grosso do Sul contabiliza 12.165 custodiados em suas 43 unidades prisionais, sendo 10.994 homens e 1.171 mulheres, com capacidade de 6.445 vagas e déficit de 5.720 vagas, representando um déficit de 90%, tal situação revela que a maioria dos Estados da federação estão menos deficitários de vagas que o Mato Grosso do Sul.

Considerando estas informações, pode-se dizer que o número de servidores para atender a toda esta demanda é deficitário, pois não existe planejamento para equacionar esses índices, gerando superlotação carcerária e o estresse funcional. Para 12.165 custodiados, existem 1302 servidores, em sua relação linear é de 9,34 custodiado por servidor, número incompatível com a possibilidade da execução de custódia preconizada pela lei de Execução penal (AGEPEN-DOP, 2013).

## MS tem uma das piores situações de superlotação carcerária do Brasil

09/09/2013 14:45

Fonte: Correio do Estado



Mato Grosso do Sul tem uma das situações mais problemáticas do Brasil em relação à superpopulação carcerária. Enquanto a média nacional fica na casa dos 48%, no Estado a taxa de detentos é 90% superior às vagas disponibilizadas no sistema prisional. A informação é do conselheiro do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), Mário Bonsaglia, presidente da Comissão de Aperfeiçoamento da Atuação do Ministério Público no Sistema Prisional no Controle Externo da Atividade Policial e na Segurança Pública.

"Quando falamos em carência de vagas, falamos de falta de investimentos no setor. São situações correlatas", pontuou o presidente, que esteve no Estado para entregar um documento ao governador André Puccinelli. O documento trata de recomendação ao Estado para estruturar os presídios locais e melhorar a oferta de vagas: hoje são disponibilizadas cerca de 6 mil na Capital e interior, enquanto a massa carcerária é de 12 mil.

"A superpopulação de presos é o grande problema. É dele que decorrem os demais, por isso a preocupação em resolver a situação na área", aponta a promotora responsável pelas fiscalizações nos presídios, Jiskia Trentim. Depois da entrega do documento, há prazo de 30 dias para a apresentação de alguma solução para a situação. Caso contrário, outras medidas poderão ser tomadas pelo Ministério Público. A comissão vem percorrendo todos os estados para fiscalizar a situação carcerária.

**FIGURA 2** – Superlotação do sistema penitenciário Sulmatogrossense.

Fonte: Correio do estado, 2013b.

O alto número de pessoas sendo presas pode não estar necessariamente ligado a um aumento da criminalidade, mas a uma "cultura do encarceramento". É perceptível que houve um aumento da criminalidade violenta, principalmente nos grandes centros urbanos. Infelizmente, a prisão deveria ser a exceção, e não a regra. Esta cultura é da sociedade e também dos operadores do Direito de um modo geral, promotores, advogados, enfim, todos que atuam neste contexto, no exercício da profissão, analisa Luciano Losekann, juiz auxiliar da presidência do CNJ, responsável pelo Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário Nacional (CNJ, 2013).

Segundo o Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça, em 20 anos a população carcerária do Brasil aumentou 450%. Para Luciano Losekann (2013), o índice está ligado principalmente à política de repressão contra as drogas. Dados do Próprio DEPEN corroboram a indicação feita por Luciano. Em 2010, 21% de todos os presos, o correspondente a 106,4 mil pessoas, foram detidos por crime de tráfico (DEPEN, 2013).

A reincidência no crime de tráfico também é uma das causas da superlotação carcerária. Por isso, construir mais presídios ou aumentar as vagas se faz necessário no presente momento, mas é medida paliativa; deve-se enquanto sociedade procurar políticas de prevenção ao uso das drogas (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2013).

Na vivência prática da pesquisadora como coordenadora das unidades penais femininas do Estado do MS, realizou-se um diagnóstico das unidades femininas no ano de 2012, conforme determinação do Ministério da Justiça. Foi constatado que 90% das mulheres em situação de prisão no MS, estão imputadas no crime de tráfico de entorpecente. Atualmente, elas não são apenas as mulheres dos traficantes e sim protagonistas da ação criminal, desencadeando um grave problema social. Ao sair do núcleo familiar devido a prisão, acabam desestruturando a célula familiar, os filhos geralmente são encaminhados para abrigos, o patrimônio se dissolve e as seqüelas da prisão se perpetuam. Quando possuem companheiros, os mesmos as abandonam. Atualmente, na maior unidade feminina da capital “Irmã Irma Zorzi”, das 408 custodiadas, apenas 3 (três) recebem visitas de seus companheiros (AGEPEN, 2012).

Conforme dados coletados na Diretoria de operações da AGEPEN (DOP, 2013), em entrevista livre, com o chefe dos estabelecimentos penais, que coordena a lotação de servidores da área de segurança e custódia da autarquia, o mesmo informou que as agentes femininas preferem trabalhar nos ambientes de custódia masculina, pois a mulher em situação de prisão apresenta-se muito mais vulnerável as pressões do meio prisional, principalmente pelo abandono e distanciamento dos filhos, dos companheiros, dos familiares e amigos, frequentemente são desencadeadas crises, que se revelam como desespero, tentativas de suicídio, desequilíbrio emocional, o que promove no ambiente de trabalho um desgaste importante emocional das servidoras, pois as mesmas estão em contato direto, convivendo com situações de elevado estresse e tensão, em que a solução tem prazo longo para ser solucionada, no caso, a liberdade, que na melhor das hipóteses demora em média 2 anos para se consolidar, chamada progressão de regime, restando mais uma jornada, para a extinção da punibilidade. Este é um caminho difícil, marcado pelo preconceito e o difícil retorno social, somado ao adoecimento e dificuldades da reintegração social (DOP, 2013).

Segundo Losekann (2012), apenas colocar alguém que cometeu um crime na prisão sem tratamento, contribuirá para formar uma pessoa mais violenta e com grandes chances de voltar a cometer os mesmos crimes. É preciso investimentos no sistema penitenciário, tornando-o mais humanizado. Segundo o autor, esse tratamento humanizado passa, preponderantemente pela abertura de concursos para novos técnicos penitenciários, psicólogos e assistentes sociais habilitados a desenvolver trabalhos junto aos custodiados e executar atividades de qualificação profissional dentro dos presídios.

Hoje, a maior parte das unidades prisionais possui suas edificações com celas, a maioria dos custodiados permanece 22 horas fechados, com duas horas de banho de sol, contrariando os direitos garantidos na lei 7.210 – LEP. O cumprimento da pena se resume a comer e dormir no período de 22 horas e o banho de sol por 2 horas, no ciclo de 24 horas, o que evidencia um sistema de confinamento, somado a alojamentos super lotados e insalubres (AGEPEN,2013).

Na vivência profissional de pesquisadora, pode-se observar que faz-se necessário a reformulação da arquitetura prisional, visando a promoção de estudos e profissionalização dos custodiados e dormitórios como finalidade de repouso noturno. Esta seria uma política de ressocialização e promoção do tratamento adequado voltados a educação e à profissionalização. A maioria dos custodiados antes da prisão, viviam à margem das políticas públicas e da sociedade, por isso, oportunizar durante o período de reclusão a inserção e fortalecimento da capacidade produtiva e intelectual é a medida que possibilitará o retorno social mais assertivo, visando a transformação deste indivíduo, sendo esta a oportunidade de devolvê-lo reabilitado à sociedade, possibilitando desta forma um ambiente carcerário menos penoso ao servidor, que é diretamente afetado por este conjunto de irregularidades, que tornam sua função mais difícil de ser executada.

Como forma de auxiliar a inserção social dos presos, o CNJ propôs ao Ministério das cidades, em dezembro 2012, a possibilidade de empregar a mão de obra de ex-detentos brasileiros e de condenados estrangeiros na construção de casas populares. O objetivo é prevenir a reincidência criminal, dando aos ex-detentos a oportunidade de inserção social. A iniciativa faz parte do projeto começar de novo (CNJ, 2012).

Segundo DEPEN (2013), o Brasil precisa sair do sistema repressivo, pois este já deu sinais de fracasso. É importante retomar uma política voltada ao binômio

educação-profissionalização, visando a transformação da pena em um processo construtivo, pautado na promoção do bem estar da pessoa em situação de prisão e que seu retorno à sociedade seja eficaz. Importante também é que ele consiga desempenhar o seu papel efetivo de cidadão dentro dos padrões normativos estabelecidos pela sociedade, sobretudo na nossa sociedade que não aplica penas perpétuas e pena de morte, exceto esta última, em tempos de guerra.

O custo de um preso em uma penitenciária federal supera em até 120% o valor médio de um aluno do ensino superior público no Brasil, segundo levantamento do R7, publicado em 10/10/2012 com base em informações do DEPEN (Departamento Penitenciário Nacional, do Ministério da Justiça) e do INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira), no levantamento investimentos por aluno por nível de ensino (valores nominais). O preso federal custa R\$ 3.312 por mês, o preso Estadual R\$ 2.000 por mês, enquanto um aluno de uma faculdade pública requer, em média, R\$ 1.498 para ser mantido, no mesmo período.

Considerando a realidade prisional brasileira e o que a experiência tem demonstrado nesta última década a superlotação do sistema prisional, principalmente pelo crime do tráfico de entorpecentes, causa principal da superlotação carcerária e aumento da tensão no ambiente prisional prejudicando a atividade do servidor penitenciário, muitos debates estão sendo realizados visando entender o cenário atual da política do encarceramento, e destaca-se neste trabalho de pesquisa, a participação especial do Conselho Federal de Psicologia no Congresso Internacional sobre drogas: Lei, Saúde e Sociedade (CID, 2013).

O Congresso Internacional sobre Drogas (CID, 2013) teve promoção conjunta do Conselho Federal de Psicologia (CFP), da Universidade de Brasília (UNB), do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), do Núcleo de Estudos Interdisciplinares de Psicoativos (NEIP) e da Associação Brasileira de Estudos Sociais do Uso de Psicoativos (ABESUP, 2013).

O Evento publicado no jornal do Conselho Federal de Psicologia (Junho, 2013) que ocorreu entre os dias 3 e 5 de maio de 2013 em Brasília, no Museu Nacional, reuniu representantes dos governos, cientistas, representantes da sociedade civil, de instituições de ensino, estudantes e entidades ligadas ao tema, que debateram de forma democrática novas políticas sobre drogas que não contenham o viés repressor (CFP, 2013).

No Congresso (CID, 2013) o palestrante convidado, ex-presidente da Colômbia, César Gaviria, resumiu as ações do governo brasileiro em relação ao uso de drogas no país da seguinte forma: “A política atual fracassou e o que estão fazendo no Brasil é simplesmente dar um passo atrás enquanto todo mundo está buscando soluções inteligentes”.

Para o CID (2013), diferentes nações, como Portugal e Uruguai, já aprovam reformas legais descriminalizantes em relação ao uso de drogas. No ano de 2000, pesquisa realizada em Portugal mostrou que as drogas simbolizam o maior problema do país. Em 2001, o governo português ousou, com um sistema comandado pelo Ministério da Saúde, excluir internações compulsórias e repressão militar, do rol dos tratamentos destinados a usuários. Em 2011, a investigação foi repelida e o uso de entorpecentes não constava sequer na lista dos dez maiores problemas. No Brasil, o cenário é bem diferente. Entre várias medidas, alguns Estados, sobretudo São Paulo e Rio de Janeiro, têm implementado uma política de combate ao crack, fundada em internações compulsórias e involuntárias, mesmo com posicionamentos contrários de entidades, grupos, movimentos sociais e populares, em todo o Brasil, que ressaltam implicações das medidas do ponto de vista ético, jurídico e político.

Na vivência profissional de pesquisadora considera-se o debate sobre a temática drogas, de fundamental importância no contexto do encarceramento, pois sabe-se que atualmente o motivo principal das prisões é o tráfico de drogas no cenário nacional e em especial no Mato Grosso do Sul, “denominado corredor do tráfico”, por estar ligado a duas fronteiras internacionais (Paraguai e Bolívia). O tráfico também é a principal causa da reincidência criminal, portanto não se pode contextualizar a realidade do servidor penitenciário e as consequências do crime (prisão) sem enfrentar a maior causa do problema (drogas), como causa do aprisionamento e da superlotação carcerária, proporcionando excessivo desgaste do servidor que está investido na função de atender o apenado. Portanto, faz-se necessário convidar toda a sociedade para discutir os rumos da reformulação do sistema penal, e salientar a importância do Congresso (CID, 2013) e a iniciativa do Conselho Federal de Psicologia, visando melhorias na política penitenciária e consequentemente ao servidor penitenciário.

Para o jurista Luiz Flávio Gomes no CID (2013) essa discrepância aponta um problema estrutural:

“A diferença nos valores reflete um erro histórico do nosso país, que adota políticas repressivas no lugar de políticas de prevenção da violência. A mentalidade brasileira é repressiva. A população é iludida com essa sensação de segurança”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) classifica a profissão de Agente Penitenciário como uma das profissões mais vulneráveis ao estresse ocupacional. Estes servidores atuam em condições insalubres e perigosas, submetidos aos efeitos do fenômeno da prisionização.

O Ministério Público Estadual-MS está cobrando do Estado uma série de providência para melhorar as condições dos presídios. Uma recomendação conjunta com 22 assinaturas de promotores e procuradores solicitando a apresentação de um cronograma físico-orçamentário de ações para resolver o problema da superlotação carcerária em Mato Grosso do Sul foi encaminhada ao governo (CORREIO DO ESTADO, CIDADES, p.16, 18 SET.13).

Agência Penitenciária Estadual informou que nos últimos anos foram criadas cerca de 1.930 mil vagas (SEJUSP, 2013).

Segundo Secretária de Segurança Pública e Justiça do MS (SEJUSP-MS, 2014), na capital, já está programada a construção de dois presídios masculinos de regime fechado: um com 603 vagas e outro com 388. Também haverá construção de uma unidade feminina de regime fechado em Campo Grande com 407 vagas. No interior, o presídio masculino de Rio Brilhante está sendo ampliado em 81 vagas. No presídio masculino de Corumbá, serão 115 novas vagas. Em Dourados, está em construção um estabelecimento penal de regime semiaberto com 450 vagas, já o semiaberto em Amambai terá 100 vagas. Considerando estes projetos, a AGEPEN terá uma ampliação de 2.144 novas vagas. Apesar dos novos projetos ainda em andamento, que provavelmente as conclusões demandam algum tempo, o Estado apresenta um déficit de 3.554 vagas, o que revela a difícil solução a curto e médio prazo da superlotação carcerária (SEJUSP, 2013).

Pode-se destacar, que os servidores vivenciam precárias condições de trabalho no cotidiano funcional há décadas, principalmente devido à super lotação carcerária, e que as autoridades não conseguem contingenciar. Todos aqueles que tecnicamente conhecem o sistema penal brasileiro, e em especial, por este exemplo elucidativo da intervenção do Ministério Público do Mato Grosso do Sul, pedem-se providências, que foram acolhidas pelo juízo da execução, que determinou a

contratação de médico, concedeu o início do procedimento de interdição Federal, visando medidas urgentes, necessárias e de difícil solução.

#### 4.3 AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DE MATO GROSSO DO SUL

A Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário de Mato Grosso do Sul – AGEPEN/MS (2013), com sede administrativa situada à Rua Santa Maria, 1307, bairro Coronel Antonino, em Campo Grande/MS, é uma autarquia vinculada à Secretária de Estado de Justiça e Segurança Pública e por ela supervisionada. O histórico do órgão responsável pela administração penitenciária iniciou-se em primeiro de janeiro de 1979, por ocasião da instalação do primeiro governo de Mato Grosso do Sul, através do Decreto Lei Nº 11, de 1º de janeiro de 1979, que instituiu o Sistema Estadual de Justiça, e autorizou a criação do Departamento Penitenciário do Estado, sendo o primeiro diretor presidente o Dr. Vicente Sarubbi (1º de janeiro de 1979 a 20 junho de 1985), responsável pela estruturação do serviço penitenciário no Estado de MS (AGEPEN, 2013).

No ano de 2000, a denominação de DSP (Departamento do Sistema Penitenciário) foi alterada para agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário, instituída pela Lei 2.152, de 26 de outubro de 2000, que dispõe sobre a reorganização da estrutura básica do poder executivo do Estado. Para garantir tratamento penal aos custodiados distribuídos nos três regimes de cumprimento de pena (fechado, semiaberto e aberto), a AGEPEN possui 1302 servidores penitenciários em três áreas de atuação: Segurança e custódia (1.024), Administração e finanças (191) e Assistência e Perícia (87), além de possuir 43 unidades penais no Estado distribuídas em 17 cidades, sendo elas: Amambai, Aquidauana, Campo Grande, Cassilândia, Coxim, Bataguassu, Corumbá, Dois Irmãos do Buriti, Dourados, Jardim, Jateí, Naviraí, Paranaíba, Ponta Porá, Rio Brillhante, São Gabriel do Oeste e Três Lagoas, bem como a sede administrativa na capital, a Escola Penitenciária e os patronatos penitenciários distribuídos na capital e interior (AGEPEN, 2013).

A AGEPEN-MS tem por finalidade custodiar os presos provisórios, executar as penas de prisão e as medidas de segurança detentiva, amparar os egressos e



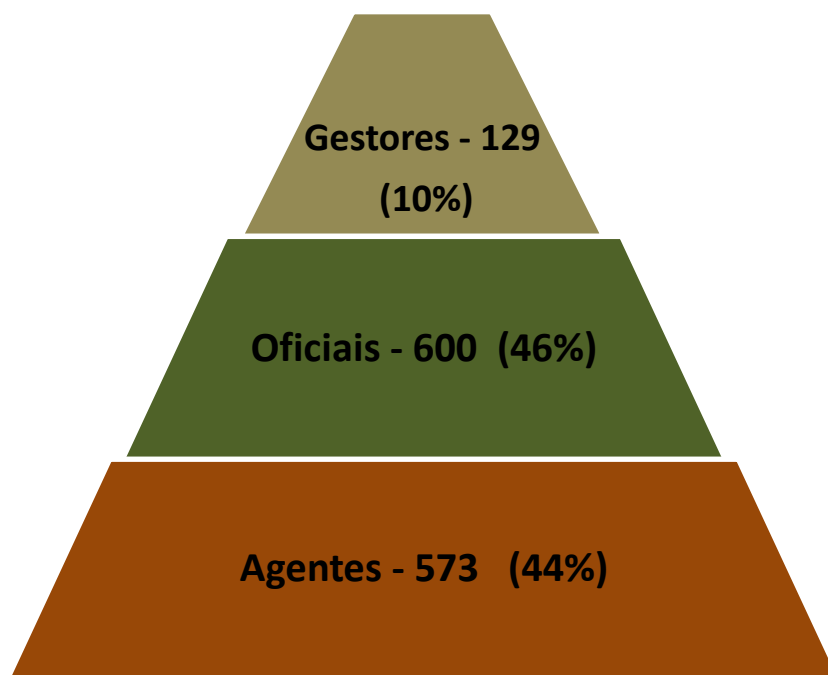
exercer a observação cautelar dos benefícios da suspensão e livramento condicionais, administrando os estabelecimentos prisionais do Estado de Mato Grosso do Sul. A missão daquele que cuida da pessoa em situação de prisão é bastante complexa, pois a realidade pelo que passa a sociedade brasileira na questão da custódia e em especial o MS, e a necessidade urgente de reformulações no processo de encarceramento nacional, provoca muitas interrogações, sobre o papel e a eficácia deste sistema que está necessitando de mudanças imediatas.

Apesar dos novos projetos ainda em andamento, provavelmente sua consecução demandará algum tempo. O Estado apresenta um déficit de 3.554 vagas, o que revela a difícil solução a curto e médio prazo da superlotação carcerária.

#### 4.4 SERVIDORES PENITENCIÁRIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

A lei Nº 2.518, de 26 de setembro de 2002, que instituiu a carreira segurança penitenciária no grupo ocupacional segurança do plano de cargos, empregos e carreiras do poder executivo do Mato Grosso do Sul, dispõe que a carreira segurança penitenciária é estruturada pelo agrupamento dos cargos de provimento efetivo de integrantes da carreira funcional de técnico penitenciário. Atualmente possui 1.302 servidores (RH/AGEPEN, 2013) que é desdobrada hierarquicamente, nas seguintes funções:

- I. Gestor Penitenciário, primeiro nível hierárquico, 129 servidores, correspondendo a 10% dos funcionários;
- II. Oficial penitenciário, segundo nível hierárquico, 600 servidores, correspondendo a 46% dos funcionários;
- III. Agente penitenciário, terceiro nível hierárquico, 573 servidores, correspondendo a 44% dos funcionários.



**FIGURA 3 – Carreira Penitenciária**  
fonte: RH/AGEPEN, 2013

As funções que compõem a categoria funcional de Técnico Penitenciário (gestores, oficiais e agentes) conforme a Lei Nº 2518 de 2002, constituem conjuntos de serviços afins e complementares relacionados com as ações inerentes à consecução dos objetivos institucionais da AGEPEN, identificados pelas seguintes áreas de atividade.

Os três níveis hierárquicos possuem as três funções (Lei Nº 2518,2002) :

- a) Segurança e custódia;
  - b) Assistência e perícia;
  - c) Administração e finanças.
- 
- a) **Segurança e custódia:** constituída de 1024 servidores, representando 79% dos funcionários. Desempenham serviços diretamente relacionados com o planejamento, supervisão e execução da vigilância e disciplina e controle social dos presos, bem como com o desenvolvimento, coordenação e acompanhamento de programas que operacionalizam trabalhos produtivos na prisão e incentivam mudanças comportamentais para a efetiva e adequada integração do indivíduo preso à sociedade.

- b) **Assistência e perícia:** constituída de 87 servidores, representando 6% dos funcionários. Desempenham serviços diretamente relacionados com o planejamento, supervisão e execução de perícia, reabilitação e valorização humana no ambiente prisional e a compreensão do homem criminoso como pessoa, para torná-lo apto a descobrir e preservar o que lhe resta de positivo, frente aos infortúnios da prisão, bem como com o estímulo a mudanças comportamentais do preso para sua efetiva e adequada integração à sociedade e a identificação de suas potencialidades naturais visando a seu reingresso social e familiar.
- c) **Administração e finanças:** constituída de 191 servidores, representando 15% dos funcionários. Desempenham serviços diretamente relacionados com o planejamento, coordenação e administração dos recursos humanos, matérias e patrimônios, orçamentários e financeiros destinados à operacionalização e manutenção das atividades de segurança e custódia e de assistência e perícia.



**FIGURA 4**—Funções da Carreira Penitenciária  
Fonte: Lei Nº 2518, 2002

- Segurança e Custódia – 1024;
- Adm. e Finanças – 191;
- Assistência e Perícia – 87

A Lei Nº 2518, de 2002, no artigo 1º, define as atribuições do servidor penitenciário vinculadas a sua atividade funcional como:

“preservação da integridade física e moral da pessoa presa ou sujeita a medida de segurança, de vigilância e custódia de presos, de promoção de medidas de reintegração sócio-educativa de condenados e de conjugação da sua educação com o trabalho produtivo e reinserção social.” (AGEPEN, 2013).

A Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário está vinculada e subordinada à Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública do Estado de Mato Grosso do Sul.

#### 4.5 SEGURANÇA PENITENCIÁRIA: CARREIRA

A lei Nº 2.518 de 26 de setembro de 2002, que instituiu a carreira segurança penitenciária no grupo ocupacional segurança do plano de cargos, empregos e carreiras do poder executivo do Mato Grosso do Sul, dispõe que a carreira segurança penitenciária é estruturada pelo agrupamento dos cargos de provimento efetivo de integrantes da carreira funcional de técnico penitenciário. Atualmente possui 1302 servidores no seu quadro funcional (RH/AGEPEN, 2013).

A investidura em cargo da carreira Segurança Penitenciária, conforme disposto na Lei Nº 2.518 de 25/09/2002, em seu artigo 7º, § 1º, determina a graduação de nível superior e a graduação correspondente à habilitação profissional específica, quando for necessária para o exercício de tarefas da função.

O artigo 9º da lei Nº 2518 de 2002, dispõe que o edital de concurso público trará as especificidades para habilitação profissional, conforme necessidades pertinentes as atribuições das funções específicas e obedecerá os seguintes

critérios para a seleção de candidatos às funções da carreira penitenciária obedece, sucessivamente, às seguintes fases:

- I. provas escritas;
- II. provas de títulos;
- III. exame psicotécnico;
- IV. exame de aptidão física;
- V. exame de saúde;
- VI. investigação social;
- VII. a escola de serviços penitenciários terá suas funções e competências absorvidas pela unidade estadual de formação e capacitação dos servidores da área de segurança pública.

O candidato habilitado nas fases que antecedem o curso de formação, somente será matriculado, quando atendidos os seguintes requisitos:

- I. ser brasileiro;
- II. ter no mínimo vinte e um anos e no máximo quarenta completos;
- III. estar em gozo dos direitos políticos;
- IV. estar quites com as obrigações militares;
- V. ter procedimento pessoal irrepreensível e idoneidade moral inatacável;
- VI. ter boa saúde física e mental, comprovada em exame médico pericial oficial;
- VII. ter altura mínima de um metro e sessenta centímetros;
- VIII. satisfazer a habilitação exigida para exercício da respectiva função.

O candidato nomeado e investido no cargo permanecerá em estágio probatório por três anos, sendo-lhe vedado ocupar cargo em comissão, exercer função de confiança, ser cedido a outro órgão público ou ter atividade diversa à correspondente à função do respectivo cargo. O servidor aprovado no estágio probatório, após 3 anos de serviço, será declarado estável no serviço público (LEI Nº 2518, 2002).

O Jornal Diário oficial do Estado de Mato Grosso do Sul, no dia de 23 de julho de 2013, publicou o edital do concurso público de provas e títulos disponibilizando 230 vagas para técnico penitenciário do quadro de pessoal da AGEPEN, e a chamada informa que os interessados irão atuar nas unidades prisionais do Estado nos regimes fechado e semiaberto para escalas de serviço de 24 X 72 (trabalha 24 horas e folga 72 horas).

O vencimento base da categoria é de R\$ 1.417,00 que são acrescidos de adicional de função (25% do salário base) no valor de R\$ 354,25. O valor final poderá ser acrescido de plantões de escalas extras quando forem necessários e de acordo com a rotina das unidades.

A prova escrita objetiva acontece no dia primeiro de setembro de 2013. Para se inscrever no concurso o candidato precisa ter, na data de encerramento das inscrições, idade mínima de 21 anos completos e, no máximo 40 anos completos, a altura mínima de 1,60 metros. Faz-se necessário também possuir escolaridade de ensino superior completo e habilitação específica conforme área específica de atuação descrita no edital, estar quite com as obrigações eleitorais e militares (no caso do candidato do sexo masculino). Serão reservadas 10% das vagas para candidatos que se declararem negros no ato da inscrição, e de 3% para candidatos índios.

O presidente do Sinsap/MS (Sindicato dos Agentes Penitenciários de Mato Grosso do Sul), Francisco Américo Sanabria, avalia a situação do sistema carcerário como precário, principalmente em relação à superlotação. Atualmente, 37 servidores por turno fazem a segurança dos 4 mil custodiados no complexo penitenciário da capital. No Estabelecimento Penal de Segurança Máxima Jair Ferreira de Carvalho, a relação é de 9 servidores para dois mil presos, sendo que o número sugerido pelo conselho nacional de política penal e penitenciária (CNPP) é de 10 presos para cada servidor. Com o número reduzido de servidores, denuncia o sindicalista, as vistorias nas celas são esporádicas, bem como o banho de sol no EPSMJFC, que deveria ser de apenas duas horas, com revezamento de pavilhões, acontece entre as 8:30 horas até as 13:30 horas e comporta todos os presos de uma só vez.

Conforme relatório do Ministério Público, a superlotação no complexo é de quase três vezes a sua capacidade. A média de custodiados no local é de 4 mil pessoas para apenas 1.165 vagas. Só na máxima, a média é de 2 mil presos para 642 vagas. No presídio feminino, situado no Bairro Coronel Antonino, há 400 presas

para 231 vagas. Os números são da última inspeção realizada, em junho deste ano (MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL-MS, 2013).

Segundo Thomphson (1976) o servidor penitenciário realiza um importante serviço público e de alto risco, por salvaguardar a sociedade civil. Contribui socialmente por meio do tratamento penal, da vigilância e custódia da pessoa presa no sistema prisional durante a execução da pena de prisão, ou medida de segurança, conforme determinadas pelos instrumentos legais vigentes em nosso ordenamento pátrio. Deste modo, existe a necessidade de que estes servidores apresentem um perfil adequado para o efetivo exercício da função que requer um engajamento e um compromisso para com a instituição a que pertencem. Devem ter atitudes estratégicas e criteriosas, para contribuir com mudanças no trato daquele que vive em situação de prisão, e realizá-las com espírito de lealdade e ética.

Considerando a estrutura penal precária do parque prisional brasileiro, reduzidos investimentos e dificuldade do próprio sistema em encontrar soluções para desvencilhar este emaranhado de problemas pertinentes ao sistema penal nacional, propusemos este estudo nesta pesquisa, para melhor compreender a realidade do servidor penitenciário no âmbito Sul matogrossense, como protagonista de seu papel de ordenador social, da atribuição do servidor público, que objetiva a promoção da cidadania da pessoa em situação de prisão.

## 5. OBJETIVOS

---



## 5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida e a saúde geral dos servidores penitenciários de Mato Grosso do Sul.

## 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a amostra estudada, por meio das variáveis sociodemográficas e ocupacionais: idade, sexo, escolaridade, estado civil atual, número de filhos, tipo de residência, quantas pessoas estão sob sua responsabilidade, renda pessoal, função, área de atuação, tempo de serviço, carga horária, afastamento do serviço, outra fonte de renda, estabelecimento prisional que trabalha, número de pessoas na família, renda familiar, transporte para trabalho, horas dormidas no período de 24 horas, uso de medicação.

- Analisar a qualidade de vida dos servidores penitenciários, por meio dos domínios do WHOQOL-abreviado: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

- Avaliar a ausência de saúde mental dos servidores penitenciários, por meio do questionário de Saúde Geral de Goldberg QSG-60, considerando os fatores: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral.

- Correlacionar as variáveis sócio-demográficas e ocupacionais com os resultados da avaliação da qualidade de vida e da saúde geral dos servidores penitenciários.



- Os servidores penitenciários que executam as atividades laborais nas unidades penais do Mato Grosso do Sul, evidenciam comprometimento de sua qualidade de vida e saúde geral.
- Os servidores penitenciários que realizam trabalho em regime de plantão e executam o plantão extraordinário (dupla jornada de trabalho) apresentam distúrbios do sono, e consequentemente prejuízo na QV e saúde geral.
- Os servidores penitenciários do sexo masculino, em relação as do sexo feminino apresentam melhores escores quanto a qualidade de vida e saúde geral.



## 7.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva de corte transversal sobre SM e QV dos servidores penitenciários do Estado de MS, buscando-se a inter-relação entre as variáveis dependentes (SM e QV).

O estudo descritivo, para Leite, Bin e Schitz (2009) busca descrever, analisar, interpretar fatos ou fenômenos, procura relatar com que frequência determinado fenômeno ocorre.

De acordo com Lakatos e Marconi (2007) a pesquisa quantitativa, descritiva conceitua-se pela investigação de pesquisa empírica, com a finalidade de delinear ou analisar as características de fatos e fenômenos, usando a coleta sistêmica de dados sobre populações e programas.

O emprego do corte transversal é utilizado para descrever características de uma determinada população no tocante a variáveis específicas e seus padrões de distribuição, pode ser utilizado também para descrever associações entre variáveis (BEAGLEHOLE et al, 2003).

## 7.2 LOCAL DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada em Campo Grande-MS, com os servidores lotados na sede da AGEPEN, situada na rua Santa Maria, 1307, bairro Coronel Antonino em Campo Grande, patronato penitenciário, escola penitenciária e unidades penais.

As unidades em que a pesquisa foi realizada; presídio de trânsito, Estabelecimento Penal de Segurança Máxima Jair ferreira de Carvalho, Centro Industrial da Gameleira, Estabelecimento Penal de regime semiaberto e aberto masculino de Campo Grande, Escola Penitenciária, Patronato Penitenciário, sede da AGEPEN, Estabelecimento Penal Feminino de Campo Grande Irmã Irma Zorzi..

A coleta de dados ocorreu do dia 10 de outubro e terminou no dia 14 de novembro de 2012.

### 7.3 PARTICIPANTES

Foram incluídos na pesquisa, amostra por conveniência de 110 (F= 71 e M=39) servidores penitenciários.

A AGEPEN possui 1302 servidores, sendo que em média 200 servidores ao mês encontravam-se de férias ou licenciados, conforme dados da divisão de recursos humanos da instituição, restando 1100 presentes, utilizando 10% do público presente como amostra satisfatória e confiável para a presente pesquisa.

Todos os servidores são efetivos da carreira penitenciária, das três áreas de atuação: custódia, assistência e perícia e administração e finança.

Foram avaliados 110 servidores que concordarem em participar da pesquisa voluntariamente, e que estiveram presentes nos dias em que a coleta de dados foi realizada, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que responderam ao instrumento de pesquisa por completo.

Os servidores foram acomodados nas salas de aula, sala dos técnicos, auditório, sala de reunião, existentes dentro da ambiente funcional, escolhidos com critério de boa iluminação, acomodação, arefação e silêncio. De forma individual ou grupo, não superior a 10 pessoas.

Os resultados obtidos com os instrumentos foram organizados, tabulados e analisados com base em princípios da pesquisa quantitativa.

#### 7.3.1 Critérios de inclusão

- Ser servidor penitenciário da AGEPEN.
- Assinar o termo de consentimento Livre esclarecido.

#### 7.3.2 Critérios de exclusão

- Servidores que se recusarem a participar da pesquisa, que não estavam presentes no dia da coleta de dados ou os que estavam afastados ou de férias.

## 7.4 INSTRUMENTOS

Os dados contidos nesta seção buscam complementar os já descritos no final de cada capítulo do estudo: Saúde Mental, Qualidade de Vida. Esta seção contempla, portanto, a descrição de cada instrumento utilizado neste estudo.

### 7.4.1 Questionário sóciodemográfico

O questionário sóciodemográfico foi construído especificamente para atender os objetivos da presente pesquisa. Contempla questões ligadas ao perfil socioeconômico, demográfico e funcional, através das seguintes variáveis: idade, sexo, grau de instrução, estado civil, número de filhos, imóvel residencial, quantas pessoas estão sob sua responsabilidade financeira, a renda pessoal é suficiente para sua manutenção, função, área de atuação, tempo de serviço no sistema prisional, carga horária diária, se houve afastamento do serviço, se possui outra fonte de renda, estabelecimento prisional que trabalha, número de pessoas na família, renda familiar, meio de deslocamento para o trabalho, quantas horas dorme, toma remédio para dormir, o que acha do trabalho (APÊNDICE A).

Estas variáveis foram escolhidas, possibilitando correlacioná-las com os instrumentos WHOQOL-abreviado e QSG-60.

### 7.4.2 WHOQOL-Abreviado

Segundo Fleck (2008) os instrumentos devem passar por um processo de tradução e validação para posterior utilização em diferentes culturas. No Brasil há uma carência de instrumentos validados e entre os validados encontra-se o WHOQOL.-abreviado.

Os diferentes tipos de instrumentos apresentam variados propósitos, enfoques e conteúdo. Para a escolha de instrumento, deve-se verificar a sua proposta de utilização, se seus componentes são claros e adequados à população em estudo. Devem apresentar como características a facilidade na aplicação e a compreensão, com formato simples que se enquadre no tempo da administração

apropriada, além de verificar se há uma facilidade na aplicação específica do instrumento ao grupo a ser avaliado (MINAYO, 2000).

O WHOQOL-abreviado é constituído de 26 perguntas, sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral, as respostas seguem uma escala de *likert* de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. Fora estas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: Físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et. al, 2000).

Abaixo estão os domínios e suas facetas correspondentes, cada faceta com um número identificador conforme questionário (ANEXO A).

#### DOMÍNIO 1 - Domínio físico

- 3. dor e desconforto;
- 4. energia e fadiga;
- 10. sono e repouso;
- 15. mobilidade;
- 16. atividade da vida cotidiana;
- 17. dependência de medicação ou de tratamentos;
- 18. capacidade de trabalho.

Para calcular o domínio físico é só somar os valores das facetas e dividir por 7 ( Q3,Q4,Q10, Q15, Q16, Q17, Q18).

#### DOMÍNIO 2 - Domínio psicológico

- 5. sentimentos positivos;
- 6. pensar, aprender, memória e concentração;
- 7. auto estima;
- 11. imagem corporal e aparência;
- 19. sentimentos negativos;
- 26. espiritualidade, religião, crenças pessoais.

Para calcular o domínio psicológico é só somar os valores das facetas e dividir por 6 ( Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26).

#### DOMÍNIO 3 - Relações sociais

- 20. relações pessoais;
- 21. atividade sexual;



22. suporte social.

Para calcular o domínio relações sociais é só somar os valores das facetas e dividir por 3 ( Q20,Q21,,Q22).

#### DOMÍNIO 4 - Meio ambiente

8. segurança física e proteção;

9. ambiente no lar;

12. recursos financeiros;

13. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade;

14. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades;

23. Participação em, e oportunidades de recreação e lazer;

24. ambiente físico: poluição, ruído, trânsito e clima;

25. transporte.

Para calcular o domínio meio ambiente soma-se os valores das facetas e divide-se por 8 (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25).

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-abreviado. As características psicométricas preencheram os critérios de desempenho exigidos: Consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade de teste-reteste. Os dados referentes a estes testes de campo foram enviados recentemente para publicação em revistas de circulação nacional e internacional (WHOQOL GROUP,1998b).

A versão em português dos instrumentos WHOQOL foi desenvolvida no centro WHOQOL para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a coordenação do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck.

O WHOQOL-100 e o WHOQOL-abreviado são propriedade da Organização Mundial da Saúde. Apesar disso, os leitores podem usar e copiar o questionário, porém sem modificar as orientações, questões e “*layout*” de nenhuma forma (ANEXO A).

#### 7.4.3 Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG-60)

O QSG-60 foi desenvolvido para a avaliação da severidade da ausência de transtorno psiquiátrico do respondente e dos níveis da SM (auto percebida ou grupos de risco), a efetividade de medidas de promoção da saúde ou proteção de enfermidades, e também para a associação da SM com alguns elementos psicossociais e indicadores de saúde objetiva destes (PASQUALI et.al., 1996; PADILLA et.al., 1984).

Segundo Pasquali (1996), o QSG-60, por ser um instrumento auto aplicável, apresenta algumas vantagens com relação ao diagnóstico clínico subjetivo: um grande número de sujeitos pode ser investigado de uma só vez, usa-se apenas lápis e papel para respondê-lo, garantindo menor demanda de tempo e dinheiro; não apresenta problemas de variação quando se utilizam diferentes entrevistadores, já que a pessoa que os apura não tem que fazer julgamentos subjetivos.

Sua relação foi realizada por Giglio (1976) e a validação brasileira utilizada no presente estudo foi realizada por Pasquali (1996).

O QSG-60 contém 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos, apresentados em um folheto e respondidos em uma escala de quatro pontos do tipo *likert*.

Existem três maneiras de se pontuar o QSG-60: (a) apuração padrão: dar aos pontos 1 e 2 da escala o valor 0 e aos pontos 3 e 4 o valor 1, resultando em um escore máximo de 60 pontos; (b) sistema *likert*: manter a escala de quatro pontos (1,2,3 e 4), (c) ou transformá-la em 0, 1, 2, e 3 e somar os escores obtidos em cada item. Este segundo método foi utilizado no presente estudo.

Os fatores do QSG e seu respectivo conteúdo são expostos a seguir (PASQUALI et al., 1996).

- a) Fator 1 - Estresse psíquico: tem seus itens destacando experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, que tomam a vida uma luta constante, desgastante e infeliz;
- b) Fator 2 - Desejo de morte: evidenciam basicamente o desejo de acabar com a própria vida, já que ela se apresenta inútil, sem sentido e sem perspectivas, ligado a depressão, o fator expressa o conceito desejo de morte;

- c) Fator 3 -Desconfiança do próprio desempenho: tem itens que expressam a consistência de ser capaz de empenhar ou realizar as tarefas diárias de forma satisfatória, e compreende o construto falta de confiança na capacidade de desempenho (auto-eficácia);
- d) Fator 4 -Distúrbio do sono:os itens referem-se a problemas relacionados com o sono, tais como insônia e pesadelos, correspondendo ao construto distúrbio do sono;
- e) Fator 5 - Distúrbios psicossomáticos: É composto por itens que expressam problemas de ordem orgânica, tais como sentir-se mal de saúde, dores de cabeça, fraqueza e calafrios. Pode-se denominar este fator de distúrbios psicossomáticos.
- f) O fator 6 - Saúde geral : faz referência à severidade da ausência de SM ou da presença de transtornos mental.

A interpretação do QSG-60 é analisada da seguinte forma: quanto maior for seu escore, maior será o nível de distúrbios psiquiátricos. Em qualquer um dos 5 fatores e do fator geral, iguais ou superiores a 3 devem ser considerados indicadores de presença de distúrbios (PASQUALI,2006).

Pesquisar os servidores a partir das características acima citadas e correlacioná-las com os dados obtidos por meio do instrumento que avaliará SM destes participantes, revelará até que ponto o trabalho na atividade pública pode ou não repercutir no funcionamento psíquico destes indivíduos e se isso acarretará danos à sua saúde mental.

O presente instrumento (QSG) é apenas utilizado por profissionais de psicologia, vedado acesso a profissional de outra área, razão pela qual não consta no apêndice deste trabalho, por não ser de domínio público.

## 7.5 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi inserido na plataforma Brasil recepcionado e apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, obtendo a autorização da pesquisa com seres humanos (ANEXO B), conforme estabelecido pela Resolução Nº196, de 10 de

outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como as do Código de Ética Profissional do Psicólogo, Resolução Nº 16, de 20 de dezembro de 2000, do Conselho Federal de Psicologia.

A pesquisa foi realizada com a autorização prévia do Diretor Presidente da Autarquia (ANEXO C).

Para a coleta de dados, todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, além de devidamente esclarecidos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando livres para retirarem o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo algum (APÊNDICE B).

Todos os servidores são efetivos da carreira penitenciária, das três áreas de atuação; custódia, assistência e perícia e administração e finanças.

A pesquisa foi realizada na cidade de Campo Grande que concentra 541 dos servidores do total geral de 1302 no Estado. À época da pesquisa, a AGEPEN possuía 1100 servidores presentes, considerando os ausentes por motivo de férias e licenças, motivo de optar-se por uma amostra de 10% dos presentes, ou seja 110 servidores.

Em 27/09/2012, na sede da AGEPEN foi realizado o piloto, com 10 servidores, amostra não aproveitada na compilação dos dados estatísticos. Os servidores foram convidados a participar de forma livre e voluntária, foram expostos os motivos da pesquisa e informados que os dados coletados não seriam incluídos na estatística da pesquisa. O tempo médio do preenchimento dos instrumentos foi de 60 minutos. Esta abordagem foi importante para sanar dúvidas e melhor planejamento da ação.

Iniciou-se a coleta de dados, que foi realizada nos meses de outubro a novembro de 2012, com 110 servidores.

A coleta de dados foi iniciada no dia 10 de outubro e terminou no dia 14 de novembro de 2012. As unidades penais nas quais a pesquisa foi realizada foram: presídio de trânsito (14.11.2012), Estabelecimento Penal de Segurança Máxima Jair ferreira de Carvalho (13.11.2012), Centro Industrial da Gameleira (8.11.2012), Estabelecimento Penal de regime semiaberto e aberto masculino de Campo Grande (7.11.2012), Escola Penitenciária (6.11.2012), Patronato Penitenciário (30.10.2012), sede da Agepen (10.10.2012), Estabelecimento Penal Feminino de Campo Grande Irmã Irma Zorzi (18 e 19/10.2012).

Foram avaliados 110 servidores que concordarem em participar da pesquisa voluntariamente, e que estiveram presentes nos dias em que a coleta de dados foi realizada, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que responderam ao instrumento de pesquisa por completo.

Os servidores foram acomodados nas salas de aula, sala dos técnicos, auditório, sala de reunião, existentes dentro da ambiente funcional, escolhidos com critério de boa iluminação, acomodação, ventilação e silêncio. De forma individual ou grupo, não superior a 10 pessoas. A pesquisadora não utilizou auxiliares para aplicação dos instrumentos.

Os resultados obtidos com os instrumentos foram organizados, tabulados e analisados com base em princípios da pesquisa quantitativa.

Os questionários foram entregues para o devido preenchimento e a pesquisadora realizou uma instrução padronizada de 5 minutos, enfatizando sua responsabilidade e sigilo dos dados, bem como frisou a conferência das respostas de todas as questões.

Os questionários foram preenchidos, sem limite de tempo, com oportunidade para tirar dúvidas. O tempo médio estimado para o preenchimento do termo de consentimento livre esclarecido, questionários sóciodemográfico, WHOQOL-abreviado e Questionário de Saúde Geral de Goldberg-(QSG-60), foi de aproximadamente 60 minutos.

Ficou estabelecido com o Diretor Presidente da Autarquia (AGEPEN) que, após o término do trabalho de pesquisa, será realizada devolutiva dos resultados à instituição, objetivando contribuir na implementação de novas diretrizes, a partir dos resultados.

Considerando que a Instituição possui a Escola de Serviços Penitenciários, responsável pela formação e qualificação profissional dos servidores, ficou estabelecido com o dirigente e pesquisadora que esta ação será efetivada na própria instituição, por meio da apresentação dos resultados à todos os servidores e dirigentes da instituição, e após discussão dos dados, propor conjuntamente medidas que atendam a melhoria que o grupo entender necessárias.

Após procedimento este, encaminhar propostas aos dirigentes, visando a melhoria da qualidade de vida e saúde geral dos servidores penitenciários, ação esta integrada a ESPEN, ampliada aos demais órgãos que integram a política

penitenciária, como o judiciário, conselhos, legislativo e executivo no que tange a melhoria da política penal.

Pretende-se propor ações objetivando a melhoria do serviço público, no âmbito institucional beneficiando ao servidor e a assistência ao custodiado, bem como uma melhor resposta a sociedade.

## 7.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A pesquisa foi realizada com 120 servidores do sistema prisional de Mato Grosso do Sul, sendo 10 servidores como parte do projeto piloto (não utilizando os dados da amostra), totalizando 110 servidores para o levantamento e análise estatística do estudo.

Para as análises estatísticas entre o WHOQOL-abreviado e variáveis sócio-demográficas, foram utilizados os seguintes testes:

- Teste de diferenças de médias;
- Teste de análise de variância (ANOVA);
- Teste de correlação linear de *Pearson*;

Para as análises estatísticas entre o QSG-60 e variáveis sócio-demográficas, foram utilizados os seguintes testes:

- Teste de análise de variância (ANOVA);
- Teste qui-quadrado ( $X^2$ ).

Os dados foram tabulados e foi feita a análise estatística descritiva correlacional entre os resultados. Todos os testes foram realizados com 95% de confiabilidade e o nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ou seja,  $p < 0,05$ .

## 8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

## 8.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Neste capítulo, apresentam-se os resultados encontrados na pesquisa, por meio dos instrumentos utilizados, tecendo uma análise a partir do referencial teórico apresentado. Esta sessão contempla a distribuição de frequência e porcentagens das variáveis sóciodemográficas, relacionando-as em relação à saúde geral e qualidade de vida dos servidores penitenciários. As variáveis sóciodemográficas escolhidas para a comparação das respostas dos instrumentos dispostas na tabela 1 são: sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, número de filhos, tipo de residência, renda pessoal, pessoas sob a responsabilidade, função, tempo de serviço, tempo afastado, outra fonte de renda, horas dormidas e remédio para dormir.

A maioria dos sujeitos respondeu a todas as questões relacionadas às variáveis sóciodemográficas.

**TABELA 1** – Distribuição de frequência e porcentagens das variáveis sóciodemográficas da amostra

Variável		Frequência	Percentual
Sexo	Feminino	71	64,5%
	Masculino	39	35,5%
Faixa Etária	27 – 37 anos	33	30,0%
	38 – 48 anos	36	32,7%
	49 – 59 anos	38	34,6%
	60 – 64 anos	3	2,7%
Escolaridade	Fundamental	2	1,8%
	Médio	14	12,8%
	Superior	47	43,1%
	Pós Graduação	46	42,2%
Estado Civil	Casado (a)	53	48,2%
	Divorciado (a)	21	19,1%
	Solteiro (a)	20	18,2%
	União Estável	14	12,7%
	Viúvo (a)	2	1,8%
Número de filhos	Não tem	19	17,2%
	1	30	27,2%
	2	37	33,7%
	3	17	15,5%



**Continuação da Tabela 1**

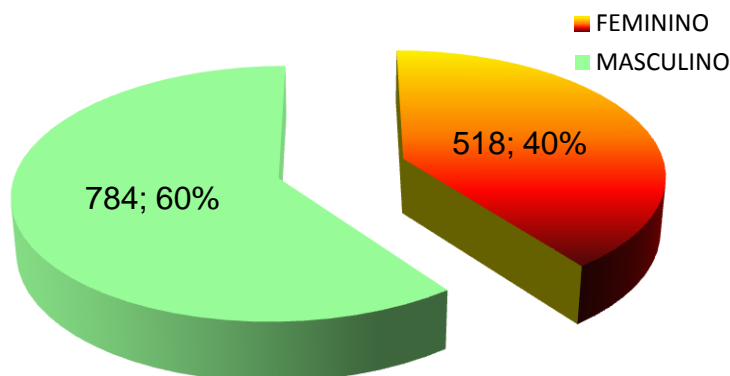
Número de Filhos (continuação)	4	5	4,6%
	7	2	1,8%
Tipo de residência	Alugado	17	15,5%
	Próprio	90	81,8%
	Terceiros	3	2,7%
Renda Pessoal suficiente	Não	49	45,4%
	Sim	61	54,6%
Pessoa sob a responsabilidade	Não tem	22	20,0%
	1	30	27,2%
	2	30	27,2%
	3	18	16,4%
	4	8	7,4%
	5	1	0,9%
	6	1	0,9%
Função	Agente	35	31,8%
	Gestor	29	26,4%
	Oficial	46	41,8%
Tempo de serviço	6 – 10 anos	48	43,7%
	11 – 20 anos	35	31,8%
	21 – 30 anos	25	22,7%
	31 à cima	2	1,8%
Tempo Afastado	Não	72	66,7%
	Sim	36	33,3%
Outra fonte de renda	Não	76	70,4%
	Sim	32	29,6%
Horas dormidas (24 horas)	4	5	4,5%
	5	8	7,3%
	6	39	35,5%
	7	22	20,0%
	8	34	30,9%
	9	2	1,8%
Remédio Dormir	Não	90	83,3%
	Sim	18	16,7%

Dos 1302 servidores ativos da AGEPEN, 518 são do sexo feminino e 784 do sexo masculino, correspondendo um público feminino de 40% (RH, AGEPEN,2013).

A amostra foi composta por 110 servidores penitenciários lotados na capital, sendo 71 do sexo feminino e 39 do masculino.

Apesar das mulheres representarem um menor número no efetivo dos servidores da AGEPEN a participação delas na pesquisa representou maior

inserção, sendo a participação de 64,5%, enquanto que o público masculino foi 35,5%.



**FIGURA 5** -Distribuição dos servidores penitenciários segundo sexo noMS  
Fonte: DOP/FEM/AGEPEN/2013, RH/AGEPEN/2013.

Este percentual representa um dado importante no contexto da segurança pública, considerando este número de mulheres atuando nesta atividade, que sempre teve uma representação maior do servidor masculino, inclusive nas carreiras da polícia militar estabelecido cota de 10% para mulheres, visando a garantia da inclusão feminina, por isso aumentou o efetivo de mulheres em suas estruturas funcionais (SENASP, 2011).

Este número representativo de mulheres na AGEPEN-MS é assegurado pela lei Nº. 12.121, de 15 de dezembro de 2009, acrescentada pelo § 3º ao artigo 83 da lei Nº. 7.210 de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, determinando que os estabelecimentos penais destinados a custódia de presas femininas, tenham o efetivo de segurança interna somente servidoras do sexo feminino, dispositivo este que veio garantir a inserção do grupo feminino nos quadros do serviço penitenciário. É vedado aos servidores do sexo masculino trabalhar nas galerias internas das unidades prisionais femininas, porém não é vedado o contrário, ou seja o trabalho de servidoras femininas nos presídios destinados a presos masculinos.

30% dos servidores da amostra encontram-se entre 27 e 37 anos; 32,72% entre 38 e 48 anos; 34,55% entre 49 e 59 anos e 2,73% na faixa entre 60 a 64 anos. Conforme consta na Lei da carreira penitenciária, o servidor deve ter 21 anos completos para ingressar na atividade, sendo que o entrevistado mais jovem

contava na data da entrevista com 27 anos e o mais velho com 64 anos. Em razão do último concurso público ter ocorrido em 2006 e no ano de 2013 a abertura de 230 vagas, atualmente em fase de execução (dezembro 2013) a idade de 27 anos é proporcional à entrada do último grupo de servidores na AGEPEN há 7 anos, considerando que o servidor ao ingressar precisa ter 21 anos. Observa-se que entre as 4 décadas das faixas etárias a amostra das 3 primeiras foram significativamente proporcionais e os mais velhos representando menor número, equivale a idade que geralmente se dá a saída do serviço público devido ao direito à aposentadoria (RH AGEPEN, 2013).

Quanto a escolaridade, verificou-se que 43,1% dos servidores possuem formação superior e 42,2% pós-graduados, representando a maioria dos servidores 85,3% com formação superior e 12,8% com formação no ensino médio. Ressalta-se que até 2002, a exigência da formação para ocupar o cargo de servidor penitenciário era ensino médio e os técnicos com terceiro grau completo nas áreas específicas (psicólogos, assistentes sociais, procuradores de autarquia). Com o advento da Lei Nº 2.518, de 25/09/2002, que instituiu a carreira de segurança penitenciária, o requisito básico para o ingresso foi a graduação superior, garantido o adicional de capacitação para pós graduados, de 10 a 15%, vigente até o momento. Portanto a instituição ainda apresenta alguns servidores com escolaridade vinculada ao ensino médio, remanescente do período anterior a 2002 e que não deram continuidade aos estudos.

Quanto ao estado civil, observa-se que 48,2% da amostra pesquisada encontram-se casada, 19,1% divorciados, 18,2% solteiros, 12,7% mantém união estável e 1,8% são viúvos.

Em relação ao número de filhos, os pesquisados revelaram que 17,2% não possuem filhos, 27,2% possuem apenas 1 filho, 33,7% possuem 2 filhos, 15,5% possuem 3 filhos, 4,6% possuem 4 filhos e 1,8% possuem 7 filhos. Significa dizer que 82,8% possuem filhos. Quanto ao imóvel próprio, 81,8% dos entrevistados informaram possuir casa própria, 15,5% possuem imóvel alugado e 2,7% residem com terceiros. Significa dizer que a maioria possui uma unidade de moradia própria que demonstra um índice positivo como referência a qualidade de vida, considerando dados da mídia cotidiana, que a maior preocupação dos brasileiros é moradia, saúde e educação (IBGE, 2013).

Quandos questionados sobre a renda pessoal, pode-se constatar que os pesquisados em sua maioria encontram-se satisfeitos com sua renda pessoal n= 61, 54,6%, e n=49, 45,4% estão insatisfeitos com a renda. O servidor penitenciário como agente inicial recebe o valor remuneratório de R\$ 1.918,00 podendo chegar a R\$ 3.313,19. O oficial inicial é de R\$ 2.561,40 podendo chegar a R\$ 3.552,42 e os gestores inicial de R\$ 3.192,10 podendo chegar os proventos a R\$ 4.430,88, sem as gratificações e adicionais extraordinários, que podem duplicar estes ganhos, em todos os níveis da hierarquia funcional (RH/AGEPEN, 2013).

Em relação a variável “pessoas sob sua responsabilidade”, 20,0% não possuem, 27,2% possuem 1 pessoa, 27,2% possuem 2 pessoas, 16,4% possuem 3 pessoas, 7,4% possuem 4 pessoas, 0,9% possuem 5 pessoas, 0,9% possuem 6 pessoas. O que significa dizer que 80% dos entrevistados possuem pessoas sob sua responsabilidade.

Quanto à função a amostra foi composta por 41,8% de oficiais, 31,8% de agentes e 26,4% de gestores.

O último concurso público da AGEPEN ocorreu em 2006, os 7 anos de gestão sem ingresso de servidores e a crescente expansão do parque prisional na última década, já mencionado neste trabalho, desencadeou um problema institucional, pois atualmente a AGEPEN possui em seu quadro funcional 573 agentes, 600 oficiais e 129 gestores, criando sérios problemas na hierarquia da autarquia, pois a sua pirâmide organizacional está desequilibrada, seu quadro funcional tem mais oficiais que agentes, o que promove mais chefias em relação a subordinados, ocasionando conflitos no comando e nas áreas de atuação. O resultado da amostra para a variável tempo de serviço evidenciou que 43,7% trabalham entre 6 a 10 anos, 31,8% trabalham entre 11 a 20 anos, 22,7% trabalham entre 21 a 30 anos e 1,8% trabalham acima de 31 anos. Significa que a maior parte dos servidores se encontram na primeira década de trabalho.

Em relação à variável sóciodemográfica “tempo afastado”, 33,3% dos pesquisados informam que já estiveram afastados do serviço devido a problemas de saúde.

Quanto a variável sociodemográfica “outra fonte de renda fora da instituição AGEPEN” o resultado demonstrou que 70,4% dos servidores não possuem outra fonte de renda para complementar seus ganhos mensais e 29,6% informam que possuem outra renda complementar.

Quanto a variável “horas dormidas”, 4,5% informaram que dormem 4 horas no período de 24 horas, 7,3% dormem 5 horas, 35,5% dormem 6 horas, 20% dormem 7 horas, 30,9% dormem 8 horas e 1,8% dormem 9 horas..

Quanto ao uso de medicação, 16,7% dos entrevistados fazem uso de medicação para dormir e 83,3% não fazem.

## 8.2 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA WHOQOL-ABREVIADO E DOMÍNIOS

A média dos escores de cada domínio do WHOQOL – abreviado estão apresentadas na tabela abaixo.

Os valores de  $p$  dos cruzamentos entre os domínios do WHOQOL– abreviado e as variáveis sócio-demográficas com valores com  $p$  menores que 0,05 são considerados estatisticamente relevantes.

**TABELA 2 – WHOQOL- abreviado e domínios**

<b>Domínio</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D.P</b>	<b>F</b>	<b><math>p</math></b>
Físico	110	66,89	16,88	5,95	< 0,001
Psicológico	110	68,42	15,25		
Relações Sociais	110	67,31	18,15		
Meio Ambiente	110	58,68	14,26		
Auto Avaliação da QV	110	66,36	18,91		

Dentre todos os domínios do WHOQOL–abreviado, o domínio “meio ambiente” ( $p < 0,001$ ), é aquele que mais afeta a qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa. O domínio meio ambiente é composto por oito facetas que compreendem: segurança física e proteção; ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico: (poluição\ruído\trânsito\clima) e transporte (FLECK et al,2008).

Assim, a análise estatística descritiva dos dados de qualidade de vida apresentados nesse estudo evidenciou médias mais altas para os domínios físico, psicológico e relações sociais, indicando uma boa qualidade de vida. Já o domínio meio ambiente apresentou maior frequência dentre as variáveis analisadas. Como

este domínio avalia a relação com o meio ambiente, pode-se atribuir essa diferença pela sua relação com questões como segurança, lazer, moradia, transporte, serviços de saúde, salário, ambiente físico. Essas questões são consideradas componentes fundamentais, em que se pode edificar uma vida com qualidade, porém, que não dependem somente do servidor para serem solucionadas.



**FIGURA 6** – Servidor Penitenciário

Fonte: Site da polícia militar do Rio Grande do Norte.

Conforme vivência profissional desta pesquisadora, o quadro de encarceramento em massa, gerou nesta última década uma situação preocupante no sistema prisional do Mato Grosso do Sul. Destaque deve ser dado à situação dos técnicos penitenciários, que cuidam diretamente dos custodiados. Os ambientes prisionais encontram-se superlotados, insalubres, grande parte dos custodiados, privados da garantia dos direitos mínimos de: habitação, higiene, segurança à integridade física, educação, trabalho, todos os direitos amplamente garantidos em nosso ordenamento jurídico, que não conseguem ser atendidos. Esta situação se reflete diretamente neste servidor que está o dia todo diante do problema, recebendo toda a pressão interna dos custodiados e da própria sociedade que manifesta cotidianamente a necessidade de mudanças neste modelo de encarceramento.

É no trabalho que o homem passa a maior parte de seu tempo e por meio dele busca satisfazer várias necessidades, entre elas: segurança, sociais, realização. No entanto, nem sempre este tem o significado positivo. Em algumas situações é gerador de tensão e agressão que podem, com o tempo, ocasionar doenças, principalmente de origem psicossomáticas, que geram consequências

diversas como o estresse (AGUIAR, 2007). Agravado ainda devido a falta de servidores, salários incompatíveis com o desempenho quando levada em consideração a carga horária desempenhada e condições precárias de trabalho.

Em São Paulo, no sistema penitenciário, em 1994, a proporção era de um funcionário para 2,17 presos. Em 2006, a proporção conheceu queda: um funcionário para 4,99 presos (25.172 funcionários para 125.523 presos). Ou seja, a população presa quase que havia duplicado, enquanto a de funcionários (cerca de 80% deles são agentes de segurança) nem mesmo havia duplicado. Pelo Brasil, a situação não é diferente, e por vezes ainda mais grave em alguns Estados (ADORNO; SALLA, 2007).

No Estado de Mato Grosso do Sul, para 12.165 custodiados, existem 1302 servidores, cuja relação linear é de 9,34 custodiado por servidor, número incompatível com a possibilidade da execução de custódia preconizada pela lei de Execução penal (AGEPEN-DOP, 2013). No Estabelecimento Penal de Segurança Máxima na capital denominado “Jair Ferreira de Carvalho”, no período noturno, permanecem 9 servidores para cuidar de 2.000 custodiados, uma média de 222,22 presos por funcionário.

Apesar das poucas publicações referentes a esta categoria profissional, por ser considerada recente entre as demais carreiras que compõe a Segurança Pública e Justiça, a situação desta categoria também é destacada no relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre o sistema carcerário, a chamada CPI das prisões que ocorreu no ano de 2008, que visitou durante 10 meses 60 unidades prisionais em diferentes estados do país. O relatório foi divulgado em 2008 e apresenta, em suas mais de quinhentas páginas, um panorama amplo e detalhado das prisões brasileiras. Destaca também algumas experiências consideradas positivas pelos parlamentares, como o modelo APAC- Associação de Proteção e Assistência aos Condenados, de pequenas unidades prisionais com forte investimento em programas de inserção social e um método de trabalho baseado na evangelização (CPI, 2008).

Além das condições de trabalho e da falta de reconhecimento da categoria, no relatório da CPI está presente a polêmica relativa se o agente prisional deve ser um profissional com funções de “ressocialização e reinserção” dos presos, inclusive com um papel de educador, ou um profissional centrado na função de polícia. Esse debate ganha concretude com a PEC 308 (proposta de Emenda Constitucional), que

tramita no Congresso Nacional desde 2004 e fez parte do cenário nacional nas últimas semanas (julho/2013) nas manifestações que percorreram as cidades do Brasil, com os agentes penitenciários acampados em frente do Congresso Nacional reivindicando seus direitos, amplamente divulgados pela mídia nacional (CPI, 2008).

Defendida por entidades sindicais da categoria, a PEC transforma os agentes prisionais em polícia penitenciária. Ela prevê a equiparação salarial com os demais policiais, o porte autorizado de arma nas unidades e a possibilidade de realizar escoltas de presos para fora das unidades prisionais, entre outras funções de polícia. É alegado que sua aprovação levaria a saída de policiais militares que atuam conjuntamente em várias unidades do país (SINDICATO DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS MS, 2013).

Em março de 2009, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) emitiu parecer contrário a PEC 308 afirmando que os textos são “frontalmente contrários ao interesse público” e que reforçam o que há de pior do modelo autoritário de polícia vigente no Brasil. Entretanto, o parecer de autoria do conselheiro Marco Rolim, aponta ser compreensível que a categoria apoie a PEC em decorrência da falta de perspectivas concretas de valorização profissional:

“Encarregados da custódia de centenas de milhares de presos, trabalham em estabelecimentos que são verdadeiras masmorras sem poderem contar, como regra, com qualquer apoio institucional. Quase sempre, os funcionários que atuam no sistema prisional ganham baixos salários e estão as piores condições de trabalho. A esmagadora maioria deles não possui formação superior, nem recebe incentivos reais para seu aperfeiçoamento profissional. Diante destas condições, é natural que apóiem um projeto que lhes permita vislumbrar uma situação melhor, especialmente que lhes acene com a perspectiva de uma remuneração mais adequada” (ROLIM, 2009).

A análise é complementada pelo Coordenador da Escola Penitenciária do Ceará e pesquisador sobre o tema, Antônio Rodrigues de Souza (2009). Para ele, institucionalizar uma polícia no âmbito interno da organização penitenciária significa “jogar no lixo o princípio da reintegração social da pessoa presa”, previsto na Lei de Execução Penal (LEP 7.210,1974). Aponta também o risco que correria os integrantes da nova polícia:

“institucionalizar uma polícia no âmbito interno da organização penitenciária significa promover um ambiente onde o estado de confronto será um dispositivo permanente instalado, criando um ambiente precipuamente tenso e explosivo, inverso à promoção de condições para o retorno do recluso ao convívio social. uma coisa é



ser Agente Penitenciário no ambiente de uma prisão, um cidadão civil que é a única pessoa do mundo livre de quem a pessoa presa pode se socorrer em um momento de necessidade. Outra coisa é ser policial no ambiente da prisão, onde a polícia é reconhecida como o oposto antagônico do marginal – o inimigo de morte”.

Esta pesquisadora entende que há uma grande lacuna que precisa ser enfrentada urgentemente pelo governo estadual e federal, visando normatizar e sistematizar a atribuição do papel do servidor penitenciário, por meio da revisão do plano de cargos e carreira, piso salarial, porte de armas e atribuições, considerando que as unidades da federação não atuem de forma isoladas, as lacunas legislativas no âmbito federal, impulsionaram os Estados da federação por decretos legislativos normatizarem as atribuições destes servidores, o que desencadeia a desestabilidade institucional; estas lacunas precisam ser enfrentadas urgentemente pelo Congresso Nacional com a criação de um projeto de lei que regule a função do servidor penitenciário, explicando seu papel, sua carga horária de trabalho, os plantões, exigência de concurso público e os cargos comissionados e de chefia serem privativos da carreira, assegurando o trabalho técnico apartidário, aperfeiçoamento e formação superior, bem como a regulamentação da aposentadoria especial.

É necessário enfrentar os pontos fundamentais, visando a valorização efetiva da categoria, em consonância com a LEP, a legislação nacional, bem como os tratados internacionais assinados pelo Brasil que tratam dos direitos humanos das pessoas encarceradas, garantindo aos seus “cuidadores” (os servidores penitenciários) as garantias mínimas para a execução da sua função pública, como guardiões dos custodiados e da sociedade.

Pode-se destacar, por meio da vivência profissional da pesquisadora, de 25 anos no serviço penitenciário, que a exposição ao ambiente carcerário durante a vida funcional acarreta a deterioração das relações sociais, familiares e culturais.

Atualmente, os custodiados da AGEPEN apresentam as mais diversas enfermidades quando chegam ao sistema penal, muitas vezes agravadas pela dificuldade de tratamento e isolamento em áreas de saúde no meio prisional, como tuberculose, dermatoses, AIDS, ficando os servidores vulneráveis a todas estas enfermidades, considerando o ambiente insalubre. Sabe-se que o servidor penitenciário no MS tem um risco de morte mensal avaliado em 50%. Considerando-se que o bem maior humano é a vida, torna-se inquestionável o difícil

ofício desempenhado por este servidor público e da complexidade de sua atribuição (AGEPEN, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), classifica a profissão de Agente Penitenciário como uma das profissões mais vulneráveis ao estresse ocupacional. Esses servidores atuam em condições insalubres e perigosas, submetidos aos efeitos do fenômeno de prisionização, considerando que a maioria das edificações das unidades prisionais, por motivo de segurança, localizam-se fora do período urbano, provocando o distanciamento do servidor da comunidade em que reside.

### 8.3 WHOQOL-ABREVIADO E VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS

**TABELA 3:**Correlação entre a qualidade de vida geral pelo instrumento WHOQOL-abreviado e as variáveis sócio-demográficas.

Variáveis	Domínios <i>WHOQOL</i> -abreviado				
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	Auto Avaliação da QV
Sexo <sup>1</sup>	0,166	0,148	0,276	0,180	0,517
Instrução <sup>2</sup>	0,138	0,009	0,475	0,340	0,348
Estado Civil <sup>2</sup>	0,238	0,055	0,131	0,100	0,015
Imóvel <sup>1</sup>	0,848	0,486	0,060	0,205	0,723
Renda Pessoal Suficiente <sup>1</sup>	0,000	0,001	0,011	0,000	0,000
Função <sup>2</sup>	0,019	0,083	0,133	0,143	0,062
Tempo Afastado <sup>1</sup>	0,000	0,011	0,072	0,572	0,021
Outra Fonte de Renda <sup>1</sup>	0,958	0,329	0,752	0,415	0,818
Remédio Dormir <sup>1</sup>	0,000	0,000	0,001	0,028	0,007
Idade <sup>3</sup>	0,658	0,075	0,435	0,799	0,696
Nº Filhos <sup>3</sup>	0,757	0,07	0,172	0,968	0,767
Pessoas Responsável <sup>3</sup>	0,783	0,652	0,441	0,371	0,368
Tempo (Q11) <sup>3</sup>	0,396	0,426	0,192	0,306	0,906
Dorme (hs) <sup>3</sup>	0,010	0,014	0,043	0,052	0,008

<sup>1</sup> Teste de diferença de médias

<sup>2</sup> Teste de Análise de Variância (ANOVA)

<sup>3</sup> Teste de Correlação Linear de Pearson

A seguir serão apresentados as correlações entre as variáveis sócio-demográficas e os domínios do *WHOQOL* – abreviado, destacados na tabela 4.

**TABELA 4:** *WHOQOL*-abreviado em relação ao grau de instrução.

<b>Domínio</b>	<b>Grau de Instrução</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>D.P</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Psicológico	Até Médio	16	77,34	13,43	4,97	0,009
	Superior	47	69,59	12,97		
	Pós Graduação	46	64,15	16,82		

Quanto maior o grau de instrução dos servidores penitenciários, pior a qualidade de vida no domínio psicológico ( $p = 0,009$ ). O domínio psicológico é composto pelas seguintes facetas: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais. Quanto maior o grau de instrução dos servidores penitenciários pior a qualidade de vida no domínio psicológico ( $p = 0,009$ ).

A capacidade de cada indivíduo em se adaptar a pressões ou elementos estressores é diferente. Cada um tem o seu limite de suportar as pressões diárias. Quando essa capacidade não está no nível favorável, acontece um desequilíbrio que age nos organismos saudáveis causando o estresse que pode ser prolongado, sendo causador de muitas doenças (TREVISOL, 2001). Segundo o mesmo autor diz que: “se o trabalho não causa nenhum dano e se adapta às condições do indivíduo, este favorecerá a saúde”. A realização deste indivíduo no trabalho lhe trará satisfação e um efeito muito benéfico para a sua saúde, principalmente mental. Por outro lado, se os riscos no local de trabalho forem muito além dos limites, esses se tornarão fatores causais de doenças profissionais.

Para Nahas (2003) a qualidade de vida é relativa de pessoa para pessoa, existindo uma inter-relação mais ou menos harmoniosa de inúmeros fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano. Na qualidade de vida podem ser destacados fatores determinantes como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e espiritualidade.

Na AGEPEN, este dado foi confirmado com a tese de Aguiar (2007), considerando que o grupo com maior escolaridade possui qualidade de vida mais comprometida, devido ao ambiente de trabalho ser insalubre, alto risco de morte, pressão permanente negativa, absorvida pela tensão do próprio custodiado que permanece a maior parte do tempo tenso, ansioso e muito insatisfeito com sua situação de privação de liberdade.

Segundo Ferreira e colaboradores (2008) a qualidade de vida no trabalho para os servidores da segurança pública, as condições de trabalho e a percepção de saúde no desempenho profissional, estão sujeitos a maior carga de trabalho e pela frequência de queixas de saúde e diagnósticos médicos, especialmente distúrbios neuropsíquicos, tais como fadiga, irritação, ansiedade distúrbios de sono e dores de cabeça.

Estudos recentes mostram como os servidores da segurança pública apresentam elevado grau de sofrimento no trabalho, pela falta de reconhecimento social. O conceito emitido sobre eles pelas várias camadas sociais está permeado na cultura. Ele legitima e naturaliza a violência que o vitima, muito mais do que a qualquer trabalhador, durante a jornada de trabalho ou nos tempos de folga em que, curiosamente, aumentam as ocorrências de lesões e traumas de que são vítimas (MINAYO; SOUZA; CONSTANTINO, 2007).

Os mesmos autores pesquisaram as condições de trabalho, saúde e qualidade de vida dos servidores da área de segurança pública do Rio de Janeiro, e identificaram jornadas de trabalho excessivas, precárias condições de materiais de trabalho, efetivo humano insuficiente, elevado nível de sofrimento mental, estresse e atitudes reativas prejudiciais a saúde tais como, uso de drogas lícitas e ilícitas.

As novas formas de organização do trabalho enfatizam o desenvolvimento de múltiplas habilidades por parte do trabalhador, que deve ser capaz não apenas de prever problemas e desenvolver soluções alternativas, mas também de sugerir novas linhas de ação. As pessoas trabalham mais horas e mais arduamente, a fim de atingir o sucesso pessoal e a recompensa material, gerando um estresse que é denominado estresse ocupacional (PEREIRA;BRAGA; MARQUES, 2008).

Segundo Santos e Cardoso (2010) os participantes com escolaridade equivalente ao ensino superior ou pós-graduados apresentam significativamente maior satisfação com o domínio meio ambiente, não apresentando destaque a satisfação com o domínio psicológico. É um resultado que para os profissionais com uma escolaridade mais elevada, o trabalho pode oferecer acesso a diferentes recursos em favor da vida (melhores condições de moradia, acesso a lazer, entre outras) e também favorece a assunção de atividades de maior retorno financeiro, mas não necessariamente do equilíbrio emocional, que depende de outros fatores.

**TABELA 5:** WHOQOL-abreviado em relação ao estado civil

Domínio	Estado Civil	N	Média	D.P	F	p
Auto Avaliação da QV	Casado	67	70,52	18,17	4,35	0,015
	Divorciado	21	60,12	18,38		
	Solteiro	20	59,38	19,40		

Em relação ao estado civil, servidores casados (inclui relação estável) apresentam maior prevalência de QV no domínio auto avaliação de QV ( $p = 0,015$ ) em relação aos profissionais que são solteiros ou divorciados. Foram excluídos da análise os profissionais viúvos (2), em decorrência da baixa frequência absoluta.

Os relacionamentos íntimos são o aspecto central da vida adulta e a qualidade dos mesmos tem implicações não só na saúde mental, mas também na saúde física e vida profissional de homens e mulheres. Em vista disso, ao longo do século XX, os pesquisadores demonstraram interesse crescente em compreender a vida amorosa e conjugal, bem como avaliar a qualidade desses relacionamentos. As revisões de literatura existentes acerca da satisfação na conjugalidade (HICKS; PLANT, 1970; DELA COLETA, 1989; MCNAMARA; BAHR, 1980; SPANIES; LEWIS, 1980) afirmam que até os anos de 1960 os estudos visavam prever a viabilidade das relações conjugais, analisando características prognósticas, e então, propuseram-se a construir modelos, avaliando os relacionamentos em si mesmos, na busca de uma compreensão mais ampla dos processos envolvidos nas relações satisfatórias.

Segundo estudos, a situação marital pode ser associada com a qualidade de vida dos indivíduos (FERREIRA; SANTANA, 2003; EHSANPOUR; EIVAZI; DAVAZDAH-EMAMI, 2007). Ferreira & Santana (2003), em estudo realizado em Portugal, verificaram que os indivíduos solteiros apresentam índices de qualidade de vida maiores que indivíduos casados, divergindo assim dos resultados encontrados neste estudo. Ehsanpour, Eivazi, e o Davazdah-Emami (2007), em estudo realizado no Irã, constataram que os maiores índices de qualidade de vida estavam associados, tanto com indivíduos casados, quanto com indivíduos divorciados, corroborando parcialmente os resultados encontrados nesta pesquisa.

Sendo assim os servidores penitenciários na sua maioria, mantém uma concepção de centralidade das famílias como proteção social, implica ter presente seu caráter ativo e participante, ao mesmo tempo suas transformações internas, em

particular nas suas dimensões de sexualidade, afirmação social, responsabilidade, convivência e procriação. Este dado se caracteriza como um fator importante na motivação para o trabalho, levando à concepção de que a satisfação no trabalho está relacionada também a aceitabilidade da família na profissão que escolheu exercer.

**TABELA 6:** *WHOQOL*-abreviado em relação a renda pessoal

Domínio	Renda Pessoal Suficiente	N	Média	D.P	t	p
Físico	Não	49	60,89	14,55	13,72	< 0,001
	Sim	59	72,33	17,08		
Psicológico	Não	49	63,27	14,99	12,79	0,001
	Sim	59	73,25	13,95		
Relações Sociais	Não	49	63,02	18,08	6,77	0,011
	Sim	59	71,75	16,74		
Meio Ambiente	Não	49	52,90	12,29	18,66	< 0,001
	Sim	59	63,94	13,94		
Auto Avaliação da QV	Não	49	59,18	17,45	15,54	< 0,001
	Sim	59	72,67	17,90		

Servidores que consideraram sua renda insuficiente têm menor qualidade de vida em todos os domínios: físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e auto avaliação da QV.

O domínio físico é composto pelas seguintes facetas: dor e desconforto, energia e repouso, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de motivação ou de tratamentos e capacidade para o trabalho (FLECK et.al., 2000).

O domínio psicológico é composto pelas seguintes facetas: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais (FLECK et. al., 2000).

O domínio relações sociais apresenta as seguintes facetas: relações sociais, suporte (apoio) social e atividade sexual (FLECK et. al., 2000).

O domínio meio ambiente é composto por oito facetas que compreendem: segurança física e proteção; ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas

informações e habilidades, participação em, oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico: (poluição\ruído\trânsito\clima) e transporte (FLECK et. al., 2000).

O Mato Grosso do Sul está classificado em 9º lugar por renda média domiciliar *per capita* no cenário nacional entre os 27 Estados brasileiros como valor médio auferido por cidadão de R\$ 784,97, o Estado com melhor renda *per capita* nacional é o Distrito Federal com o valor de 1.665,42 e o pior é o Estado do Maranhão com o valor de R\$ 348,72 (IBGE,2010).

O servidor Penitenciário recebe o valor médio de proventos de R\$ 2.000 (dois mil) no início de carreira e pode chegar até a R\$ 10.000 (dez mil) no final de carreira (adicionais, incorporações, cargos comissionados) (RHVAGEPEN, 2013).

Considerando o cenário nacional pode-se considerar que a remuneração do servidor é satisfatória e possível de atender as necessidades essenciais para sobreviver conforme preconiza CF/88 (moradia, alimentação, saúde, lazer), sendo o salário mínimo nacional a partir de 1º de janeiro de 2014 de R\$ 724,00, e que este valor dentro dos parâmetros governamentais deve atender as necessidades básicas do cidadão, valor este questionável, porém padronizado em nossa nação.

A literatura especializada dos anos 1990 enfatiza os efeitos da desigualdade da distribuição da salarial e da renda sobre a educação. Estudos recentes indicam que o Brasil é um dos países do mundo com maior grau de desigualdade em educação, assim como apresenta elevada sensibilidade dos salários ao nível educacional do trabalhador. Cada ano de escolaridade adicional tende a elevar o nível salarial do trabalhador em 11% (HOFFMAN,2000) e aproximadamente 15% (BARROS,1995).

Não obstante, para exemplificar a influência e a contribuição desta abordagem educação em relação a renda, a relevância desta temática visa descrever e quantificar a contribuição da educação na distribuição de renda, considerando que o servidor penitenciário necessita de formação do ensino superior para a investidura na função (grifo nosso) e para a ascensão funcional a pós-graduação. O fato de que a educação é condição necessária para o exercício pleno da cidadania e para que as pessoas possam participar adequadamente de uma economia moderna, apontando a necessidade de formulações de políticas públicas eficientes e estudos visando análises sobre os efeitos da maior integração da economia brasileira sobre a composição do emprego e os diferenciais de salários,

lacunas na literatura especializada brasileira nas últimas décadas (HOFFMAN, 2000).

A variável renda pessoal satisfatória, demonstra que 54,6 % dos servidores encontram-se satisfeitos com sua remuneração, este é um dado positivo para a permanência do servidor na atividade, considerando todos os riscos da função na atividade profissional, como risco de morte e insalubridade e o ganho complementar por meio do plantão extraordinário.

**TABELA 7:** *WHOQOL*-abreviado em relação a função

Domínio	Função	N	Média	D.P	F	p
Físico	Agente	35	66,77	16,40	4,12	0,019
	Gestor	29	60,10	15,94		
	Oficial	46	71,27	16,72		

A função do profissional apresenta maior frequência com o domínio físico ( $p = 0,019$ ), sendo que oficiais possuem melhor qualidade de vida em relação aos agentes e gestores, sendo os gestores os mais prejudicados.

O domínio físico é composto pelas seguintes facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividade da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.

Os oficiais se encontram no meio da pirâmide hierárquica (gráfico 3), compõe o grupo que está entre 10 a 20 anos de serviço e em sua maioria ocupam funções de comando na instituição e trabalham no período diurno.

Este dado tem especial importância considerando o histórico da AGEPEN, criada em 1977. No ano de 1990 com o advento da Lei 1.102, de 10 de outubro de 1990, que dispôs sobre o Estatuto dos Servidores Cíveis do Poder Executivo, das Autarquias e das Fundações Públicas do Estado de Mato Grosso do Sul, em seu artigo 77, garantiu aos servidores ocupantes de cargo efetivo, que durante cinco anos consecutivos ou dez alternados, que tivessem exercido cargo ou função de direção, chefia, assessoramento superior ou intermediário ou assistência direta e imediata, incorporar, à remuneração do cargo, e que foi revogado pela Lei 1.756, de 15 de julho de 1997, garantindo aos servidores da época este diferencial de recebimento, incorporados até o presente, o que promove a esta classe de servidores um ganho significativo no remuneratório, o que pode ser o indicativo



desta variável, bem como, ser o grupo com o maior número de servidores (600) e ocuparem na maioria cargos comissionados e de chefia.

Os gestores que formam o grupo de hierarquia superior na AGEPE, atualmente correspondem a 129 servidores, representando 10% do efetivo institucional, possuem formação superior, com especialização e com mais de 20 anos de atividade funcional. Considerando o tempo de serviço e as condições do ambiente do trabalho, pode-se dizer que, os mesmos tornam-se o grupo mais suscetível pela longevidade funcional, do comprometimento da qualidade de vida e saúde geral, devido a longa jornada de trabalho, próximos da aposentadoria.

**TABELA 8:** WHOQOL-abreviado em relação ao tempo afastado

Domínio	Tempo Afastado	N	Média	D.P	t	p
Físico	Não	72	70,95	15,50	13,40	< 0,001
	Sim	36	58,93	17,25		
Psicológico	Não	72	70,85	14,61	6,71	0,011
	Sim	36	62,96	15,52		
Auto Avaliação da QV	Não	72	69,62	18,63	5,46	0,021
	Sim	36	60,76	18,46		

Os servidores que tiveram algum afastamento do trabalho por motivo de saúde possuem menor qualidade de vida nos domínios: físico ( $p < 0,001$ ), psicológico ( $p = 0,011$ ) e auto avaliação da QV ( $p = 0,021$ ).

O domínio físico é composto pelas seguintes facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividade da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.

O domínio psicológico é composto por 6 facetas: 1. Sentimentos positivos; 2. Pensar, aprender, memória e concentração; 3. Auto-estima; 4. Imagem pessoal e aparência; 5. Sentimentos negativos; 6. Espiritualidade, religião e crenças pessoais.

O Ministério da Saúde (2000) define que a saúde do trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos, a promoção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores,

compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada.

No contexto global da Administração Pública, a representação humana se faz por meio dos agentes públicos, conceituados como: “pessoas físicas incumbidas, definitivamente ou transitoriamente, do exercício de alguma função estatal” (MEIRELLES, 2006).

A AGEPEN contabilizou 264 servidores afastados por problemas de saúde no ano de 2012, sendo 654 BIM (boletim de inspeção médica). No ano de 2011, ocorreram 562 licenças ou afastamentos do serviço e 342 servidores foram os solicitantes. O fator da causa predominante dos afastamentos se deram por ocorrência notificada CID 42.0 (depressão). A gestora chefe do RH informou que o boletim de inspeção médica (BIM) recai muitas vezes sobre o mesmo servidor. Considerando o número de servidores da autarquia, em agosto de 2013, de 1302, pode-se concluir que os números são preocupantes e expressivos e demonstram a necessidade de uma política específica de assistência a saúde dos servidores e investigação profunda das causas, pois as consequências já são evidentes, considerando estes números significativos, que vem de encontro com os resultados encontrados com o presente estudo.

A depressão (transtorno bipolar) é comum, acometendo cerca de 1,5 % da população nos EUA. O início se dá tipicamente entre 20 a 30 anos de idade, porém muitos indivíduos relatam sintomas pré-mórbidos no final da infância ou início da adolescência. A prevalência é semelhante para homens e mulheres, as mulheres tendem a ter mais episódios depressivos, e os homens mais episódios da mania ao longo da vida (DSM IV, 2000).

Os episódios de mania surgem tipicamente durante um período de dias a semanas, mas é possível a instalação em questão de horas, geralmente no começo da manhã. Um episódio não tratado de depressão ou mania pode ser curto, de várias semanas, ou durar até 8 a 12 meses, e raros pacientes tem evolução crônica renitente. Usa-se o termo ciclagem rápida para os pacientes que têm 4 ou mais episódios de depressão ou mania em determinado ano. Esse padrão ocorre em 15% dos pacientes, cuja maioria é de mulheres. Em alguns casos, a ciclagem rápida está ligada a uma disfunção tireoidiana subjacente e, em outros, é iatrogenicamente desencadeada por tratamento antidepressivo prolongado. Metade dos pacientes

apresenta dificuldade no desempenho profissional e na função psicossocial (HARRISON, 2008).

O afastamento do trabalho por licenças médicas resulta em prejuízo para o Estado e para o servidor, e com o conhecimento das causas dos afastamentos há maior possibilidade da implementação de políticas para a prevenção de doenças e recuperação dos funcionários, melhorando assim os serviços públicos, a saúde e a QV do servidor.

**TABELA 9:** *WHOQOL*-abreviado em relação ao uso de medicação para dormir

Domínio	Remédio para Dormir	N	Média	D.P	t	p
Físico	Não	90	70,17	16,18	20,35	< 0,001
	Sim	15	50,48	11,75		
Psicológico	Não	90	70,52	14,45	15,84	< 0,001
	Sim	15	54,46	14,56		
Relações Sociais	Não	90	70,42	16,60	12,52	0,001
	Sim	15	53,33	21,33		
Meio Ambiente	Não	90	59,88	14,88	4,97	0,028
	Sim	15	51,05	8,74		
Auto Avaliação da QV	Não	90	69,17	18,66	7,66	0,007
	Sim	15	55,00	16,23		

Em todos os domínios, os servidores que utilizam medicação para dormir apresentam menor qualidade de vida.

O domínio físico é composto pelas seguintes facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividade da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.

O domínio psicológico é composto por 6 facetas: 1. Sentimentos positivos; 2. Pensar, aprender, memória e concentração; 3. Auto-estima; 4. Imagem pessoal e aparência; 5. Sentimentos negativos; 6. Espiritualidade, religião e crenças pessoais.

O domínio relações sociais apresenta as seguintes facetas: relações sociais, suporte (apoio) social e atividade sexual (FLECK et. al., 2000).

O domínio meio ambiente é composto por oito facetas que compreendem: segurança física e proteção; ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico: (poluição\ruído\trânsito\clima) e transporte (FLECK et. al., 2000).

A AGEPEN desenvolve suas atividades de trabalho contínuo e ininterrupto, necessitando da presença de servidores em tempo integral nas unidades prisionais,

Atualmente, dos 1302 servidores em média, 1000 deles trabalham em regime de plantão, ou seja, escala 24 por 72. Com a falta de servidores criou-se o plantão extraordinário, optando o servidor em ampliar os seus ganhos, desenvolvendo o trabalho com a escala 24 por 48, ficando o desempenho da jornada duplicada, ocasionando nestes últimos anos uma frequência significativa de adoecimento do servidor penitenciário, pela sobrecarga da jornada e consequentemente privação do sono. O plantão extraordinário possibilita um sobre ganho pecuniário significativo, dobrando os proventos, porém esta sobrecarga da atividade laboral impõe adoecimento visível, considerando o elevado número de afastamentos por problemas de saúde. O Estado criou um mecanismo paliativo para suprir a falta de funcionários (plantão extraordinário) e está recebendo o saldo de problemas com a falta dos mesmos por adoecimento (SEJUSP, 2013).

Desde o surgimento das primeiras sociedades, o homem precisou organizar-se em turnos para garantir a segurança do grupo. Após séculos de desenvolvimento industrial, econômico e tecnológico houve a crescente necessidade de aumentar a mão de obra ininterrupta, organizada por turnos, a fim de garantir as demandas e o pleno funcionamento da sociedade. Os registros do impacto do trabalho em turnos na saúde e na QV vem apresentando um aumento progressivo nos últimos anos. Até meados de 1970, estudos apontavam para a ocorrência de distúrbios na saúde, principalmente os relacionados aos problemas do sono, digestivos e mentais. Mais recentemente, pesquisas registram também fatores relacionados à QV em geral, como dificuldades psicológicas e no bem estar social, aumento nos níveis de estresse e decréscimo do desempenho, distúrbios de humor em curto prazo para os mesmos tolerantes a este esquema de trabalho, até doenças crônicas mais graves em longo prazo (MELLO; SANTANA; SOUZA et. al., 2000).

A organização do trabalho após a Revolução Industrial e, principalmente, a partir do século passado, tornou-se direcionada a atender às demandas de uma sociedade que preconiza um esquema de trabalho ininterrupto (24 horas). Esse tipo de organização representa um esquema de turnos alternantes entre os trabalhadores e complexos modelos de escalas de trabalho, para que seja possível uma produção ou uma prestação de serviços contínuos (RAJARATNAN, 2001; ARENDT, 2001; FISCHER, 2004; MORENO, 2004; ROTENBERG, 2004).

Em qualquer economia urbana, um em cada quatro trabalhadores, ou cerca de 20% da população, desenvolve suas atividades fora dos horários convencionais, e este percentual aumenta a cada ano (RAJARATNAN, 2001; ARENDT, 2001; FISCHER, 2004; MORENO, 2004).

A mudança do trabalho do dia para o início da tarde e noite modifica o ciclo circadiano, forçando o indivíduo a ajustar suas funções fisiológicas aos horários impostos pelo trabalho (AKERSTEDT, 1988).

Os problemas decorrentes do trabalho em turnos (matutino, vespertino e noturno) podem ser vistos como um indicativo do prejuízo do desempenho que, posteriormente, acarretará problemas de saúde e a consequente piora da QV (AASM, 1999).

Neste cenário, houve mudanças drásticas na rotina e no estilo de vida dos trabalhadores, comprometendo a saúde geral e o ritmo do ciclo vigília-sono dessa população. Os efeitos deletérios do trabalho por turnos são preocupantes que, atualmente, é considerado como um distúrbio do sono pela *American Academy of sleep Research* (2005), sendo classificado como distúrbios do ritmo circadiano do sono, tipo trabalho por turnos (AASR, 2005).

O distúrbio do trabalho por turnos ou *shift lag* é caracterizado pelo desajuste do relógio biológico causado pelo sono e trabalho em fases circadianas invertidas, ou seja, o trabalhador dorme durante o dia, momento em que seu organismo está preparado para se manter em atividade e vice-versa (COSTA, 1996; AKERSTEDT, 2003).

Dos problemas que podem ocorrer, destacam-se sonolência excessiva, distúrbios do ritmo circadiano, distúrbios metabólicos, *shift-lag* (distúrbio do relógio biológico causado por trabalho em turnos), doenças cardiovasculares, câncer, aumento do risco para acidentes do trabalho, desordens sociais e familiares, entre outros (AKERSTEDT, 2003; GILLBERT; FISCHER, 2004; MORENO, 2004; ROTENBERG, 2004).

Por sua vez, a privação crônica do sono tem sido relacionada a distúrbios do sono, problemas gerais de saúde e as dificuldades nas relações sociais que frequentemente atingem esses trabalhadores e interferem diretamente no seu bem estar físico e mental (BUYSSE; GRUNSTEIN; HORNE, 2010).

A jornada de trabalho de 24 horas ininterruptas é vedada em nossa legislação, conforme disposto na CF/88, *in verbis*:

" Artigo 7º [...] ,XIII – duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho; XIV- jornada de seis horas para o trabalho ininterruptos de revezamento, salvo negociações coletiva" (CF, 1988)

O legislador quando tratou desta matéria deixou clara a garantia ao trabalhador do quantitativo de horas que o mesmo tem condições de trabalhar, visando sua saúde física e mental, qualquer quantitativo superior ao estabelecido deve ser analisado de forma cautelosa.

Um estudo epidemiológico mais recente, realizado com o objetivo de investigar as queixas do sono na população brasileira, demonstrou que 79,2 milhões de brasileiros possuem algum tipo de distúrbio de sono, sendo essa prevalência similar em todas as regiões brasileiras, inclusive entre os pequenos e grandes centros. A insônia foi a queixa predominante, observada em 35% da população. Contudo, quando avaliadas separadamente, as mulheres apresentam maior incidência, de aproximadamente 40% (BITTENCOURT et. al., 2009).

Outro estudo foi realizado com o objetivo de verificar a ocorrência de insônia na população de adultos no Estado de Mato Grosso do Sul (Brasil). Neste estudo, a incidência de insônia observada na população geral foi de 19,93%, sendo maior entre as mulheres (25%) e menor entre os homens (15%). A prevalência também foi maior entre as pessoas separadas (31%). O uso de hipnóticos foi relatado por 8% dos entrevistados e por 43% das pessoas com insônia (SOUZA, 2009).

Diante disso, os estudos atuais tendem a avaliar, além dos parâmetros do sono, as influências na qualidade de vida. Um recente estudo de revisão bibliográfica demonstrou que diversos medicamentos utilizados no tratamento da insônia crônica têm sido efetivos na melhora da qualidade de vida dos pacientes. Entre eles são citados: zolpidem, benzodiazepínicos, zopiclone e a valeriana, todos podendo causar dependência, além das terapias não farmacológicas de relaxamento muscular progressivo e de controle de estímulos (KRYSTAL, 2007).

Como descrito, os pacientes com insônia apresentam prejuízos nas atividades de vida diária, o que está diretamente relacionado à piora na qualidade de vida (SOUZA, 1999;GUIMARÃES,1999).Diversos estudos têm demonstrado essa associação entre insônia e uma má qualidade de vida (BOLGE et al.,2009; KYLE et al.,2010), que no presente estudo está evidenciada, indicando os prejuízos que o

desajuste do relógio biológico causa, considerando as fases circadianas invertidas no organismo humano, com prejuízos na saúde e QV dos servidores penitenciários.

**TABELA 10:** *WHOQOL*– abreviado em relação ao número de horas dormidas

Variável	Domínio	Correlação	<i>p</i>
Dorme (hs)	Físico	0,246	0,010
	Psicológico	0,236	0,014
	Relações Sociais	0,195	0,043
	Auto Avaliação da QV	0,252	0,008

Quanto maior a quantidade de horas dormidas, melhor a qualidade de vida nos domínios: físico ( $p = 0,010$ ), psicológico ( $p = 0,014$ ), relações sociais ( $p = 0,043$ ) e auto avaliação da QV ( $p = 0,008$ ), havendo uma correlação positiva, ou seja, quanto mais horas de sono melhor a qualidade de vida nesses domínios.

O domínio físico é composto pelas seguintes facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividade da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.

O domínio psicológico é composto por 6 facetas: 1. Sentimentos positivos; 2. Pensar, aprender, memória e concentração; 3. Auto-estima; 4. Imagem pessoal e aparência; 5. Sentimentos negativos; 6. Espiritualidade, religião e crenças pessoais.

O domínio relações sociais apresenta as seguintes facetas: relações sociais, suporte (apoio) social e atividade sexual (FLECK et. al., 2000).

As pesquisas científicas na área do sono começaram há mais de 80 anos. Hans Berger, em 1929, fez o primeiro registro de atividade cerebral, que se denominou eletroencefalograma (EEG). Em 1935, Loomis, Harvey e Hobart, ao observarem registros de um EEG, descreveram a existência de cinco estágios do sono (A,B,C,D e E), os quais posteriormente foram chamados de sono NREM (*non rapideye movement*). Um pouco mais tarde, Aserinsky e Kleitman (1953) descreveram o sono REM (*rapideye movement*), ao observarem repentinos movimentos oculares rápidos associados a um momento da atividade cortical. Em 1968, Rechtschaffen e Kales dividiram em quatro estágios a fase NREM do sono. Os estágios 1 e 2 foram descritos como superficiais e os estágios 3 e 4 como sono profundo ou sono de ondas lenta.

Nos seres humanos, o sono REM altera-se com o NREM em intervalos que variam de 70 a 110 minutos. Cada sequência REM-NREM forma um ciclo de sono que se altera de 4 a 6 vezes durante a noite, dependendo do tempo total de sono. Cerca de 45 minutos depois, ou seja aproximadamente 90 minutos após o início do sono, ocorre a superficialização do sono para o estágio 2 e, em seguida, o primeiro episódio do sono REM, o qual permanece por cerca de 2 a 5 minutos, delimitando o final de um ciclo (SILVA,1996).

Um ciclo normal de sono, geralmente, inicia-se após a vigília relaxada, com o estágio 1 seguido do estágio 2 e, aproximadamente após 45 minutos do início do sono, ocorre uma evolução gradual para os estágios 3 e 4 (SILVA, 1996).O tempo ideal de sono é relativo e varia de indivíduo para indivíduo, sendo a média geral da população de 7a 8 horas ininterruptas (PINTO JR, 2008).

Recentemente, foi publicado um novo manual padrão, no qual a alteração mais relevante foi a associação entre os estágios 3 e 4 do sono NREM. Sendo assim, o sono NREM passou a ter somente três estágios, o N1, o N2 e o N3 (IBER et. al., 2007).

Os distúrbios do sono, de forma geral, prejudicam a qualidade de vida. No entanto, qualquer intervenção que alivie seus sintomas parece melhorá-la indiretamente. Além disso, algumas práticas relacionadas a saúde podem proteger as pessoas de desenvolver alguns distúrbios do sono e, em consequência, resguardar sua qualidade de vida (VERSTER, 2008).

Uma pesquisa realizada com universitários de uma universidade privada revelou que eles apresentavam um alto índice de prevalência de insônia, que afetava significativamente a QV. Os autores ressaltaram que o sono é um fenômeno de sobrevivência e está intrinsecamente relacionado à vida humana. Nesse contexto, falar de QV é falar de qualidade do sono. Ao se estudar o sono, avalia-se uma porção da vida. E, ao se deparar com transtornos do sono, é possível estar diante das divergências da vida (SOUZA; GUIMARÃES,1999).

Um estudo epidemiológico realizado por De Mello e colaboradores (2000) demonstrou que indivíduos que praticam regularmente exercícios físicos apresentam menos queixas de insônia quando comparados aos sedentários.

Diversos outros estudos têm sugerido associação entre obesidade e a apnéia obstrutiva do sono, indicando que as pessoas eutróficas têm menos chances de desenvolver a apnéia do sono, em comparação às obesas



(WITTELS;THOMPSON, 1990; NISHIMURA et al., 2003; ROMERO-CORRAL et al., 2010).

As conseqüências dos distúrbios do sono se desdobram em pelo menos três níveis que afetam a QV da pessoa acometida. Em primeiro nível, verifica-se variáveis proximais e biológicas que trazem conseqüências imediatas ao organismo, incluindo alterações fisiológicas tais como: cansaço, fadiga, falhas na memória, dificuldade de atenção e concentração, hipersensibilidade para o som e luz, taquicardia e alteração do humor. No segundo nível, estão as variáveis mediais ou funcionais com implicações nas atividades cotidianas, indicando um primeiro desdobramento dos problemas de relacionamentos e cochilo. No terceiro nível, estão as variáveis distais ou extensivas observadas ao longo prazo, caracterizando um segundo desdobramento dos distúrbios do sono, incluindo a perda do emprego, seqüelas de acidentes, rompimento das relações, surgimento e agravamento de problemas de saúde (MULLER; GUIMARÃES, 2007).

Estudos sobre os distúrbios do sono e suas conseqüências em primeiro e segundo níveis são bastante semelhantes em portadores dessa condição. Porém, ainda são necessários estudos detalhados sobre o terceiro nível e o impacto dele na vida das pessoas para oferecer uma real estimativa dos prejuízos pessoais e sociais decorrentes dos distúrbios do sono. Faz-se necessário, então, o planejamento e a elaboração de programas específicos de QV para a prevenção e reabilitação do indivíduo acometido, beneficiando as diferentes realidades (MILLER; GUIMARAES, 2007).

A variável número de horas dormidas, evidenciou um dado importante na presente pesquisa, que pode subsidiar a construção de políticas públicas voltadas a QV e saúde geral destes servidores públicos.

### 8.3 QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL DE GOLDBERG (QSG-60)

Nesta sessão são relatados os dados obtidos por meio do Questionário de saúde Geral (QSG-60).

**TABELA11:** QSG-60 e fatores

Fatores – QSG	Bom		Alerta		Indicativo		p
	N	%	N	%	N	%	
Stress Psíquico	22	40,0	16	29,1	17	30,9	0,032
Desejo de Morte	33	60,0	16	29,1	6	10,9	
Desconfiança do Próprio Desempenho	25	45,5	16	29,1	14	25,5	
Distúrbios do Sono	22	40,0	15	27,3	18	32,7	
Distúrbios Psicossomáticos	15	27,3	26	47,3	14	25,5	
Saúde Geral	21	38,2	16	29,1	18	32,7	

Acima observa-se a prevalência geral dos fatores do QSG. Os resultados indicam uma menor frequência do fator desejo de morte sobre os demais fatores, com frequência de 16 sujeitos como alerta e 6 como indicativo. Apesar de ser o de menor frequência, mesmo assim indica que 22 servidores (20%) da amostra apresentam resultado significativo para este fator (desejo de morte).

O QSG-60 é composto por 5 fatores para a indicação da saúde geral e visa avaliar distúrbios mentais não severos. O fator “stress psíquico” destaca experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, que tornam a vida uma luta constante, desgastante e infeliz. O fator desejo de morte evidencia o desejo de acabar com a própria vida, já que ela se apresenta como inútil, sem sentido e sem perspectivas. O fator desconfiança do próprio desempenho (autoeficácia) este construto compreende a falta de confiança na capacidade de desempenho. O fator distúrbios do sono refere-se a problemas relacionados com o sono, tais como insônia e pesadelos. O fator distúrbios psicossomáticos é composto por itens que expressam problemas de ordem orgânica, tais como sentir-se mal de saúde, dores de cabeça, fraqueza e calafrios. O fator geral pode ser interpretado como se referindo a severidade da ausência de saúde mental. Valores maiores ou iguais a 3,00 em qualquer um dos fatores, são indicativos de presença de distúrbios, corresponde a 90% na tabela de normas QSG-60 (PASQUALI et. al., 1996).

A tabela de normas da amostra de padronização do QSG, adaptação brasileira, estabelece o percentil de 50% como ausência da presença de distúrbios que para a presente pesquisa será representado com o conceito bom, para as faixas de 51% a 89% encontra-se na faixa de alerta e acima de 90% pode ser indicativo de distúrbios. O fator que mais difere dos demais é “desejo de morte”, com uma menor predominância da presença de distúrbio neste fator em relação aos demais fatores.

**TABELA 12:** QSG-60 e variáveis sócio-demográficas.

Variáveis	Stress Psíquico	Desejo de Morte	Desconfiança do Próprio Desempenho	Distúrbios do Sono	Distúrbios Psicossomáticos	Saúde Geral
Sexo <sup>4</sup>	0,288	0,048	0,042	0,996	0,491	0,134
Grau de Instrução <sup>4</sup>	0,318	0,487	0,625	0,067	0,746	0,333
Estado Civil <sup>4</sup>	0,153	0,420	0,143	0,420	0,620	0,057
Imóvel <sup>4</sup>	0,080	0,176	0,463	0,068	0,042	0,066
Renda Pessoal Suficiente <sup>4</sup>	0,010	0,188	0,089	0,048	0,002	0,004
Função <sup>4</sup>	0,327	0,031	0,034	0,490	0,070	0,144
Tempo Afastado <sup>4</sup>	0,444	0,467	0,029	0,141	0,006	0,060
Outra Fonte de Renda <sup>4</sup>	0,074	0,575	0,005	0,841	0,573	0,001
Remédio Dormir <sup>4</sup>	0,031	0,181	0,301	0,005	0,001	0,003
Idade <sup>2</sup>	0,006	0,011	0,002	0,453	0,238	0,151
Nº de Filhos <sup>2</sup>	0,095	0,002	0,069	0,266	0,655	0,524
Pessoas Responsável <sup>2</sup>	0,649	0,031	0,204	0,112	0,330	0,173
Tempo(q11) <sup>2</sup>	0,096	0,040	0,005	0,479	0,279	0,069
Dorme (hs) <sup>2</sup>	0,379	0,873	0,716	0,021	0,158	0,176

<sup>2</sup> Teste de Análise de Variância (ANOVA)<sup>4</sup> Teste Qui – quadrado ( $\chi^2$ )

Acima seguem os valores de  $p$  com o cruzamento entre os fatores do QSG-60 em relação as variáveis de análise, que passaremos a discorrer, sendo consideradas as de maior frequência as destacadas.

**TABELA 13:** QSG-60 em relação à variável sexo

Fator	SG	Sexo				p
		Feminino		Masculino		
		N	%	N	%	
Desejo de Morte	Bom	38	54,3	28	73,7	0,048
	Alerta/Indicativo	32	45,7	10	26,3	
Desconfiança do Próprio Desempenho	Bom	25	35,7	23	60,5	0,042
	Alerta	30	42,9	9	23,7	
	Indicativo	15	21,4	6	15,8	

Quanto a variável sexo, as mulheres apresentam maior desejo de morte e maior desconfiança do próprio desempenho. Quanto ao fator desejo de morte, 45,7% das participantes mulheres apresentaram níveis de alerta\indicativo.

O fator desejo de morte evidencia o desejo de acabar com a própria vida, já que ela se apresenta inútil, sem sentido e sem perspectivas, ligado a depressão, o fator expressa o desejo de morte (PASQUALI, 1996).

O fator desconfiança do próprio desempenho expressa a consistência de ser capaz de empenhar ou realizar as tarefas diárias de forma satisfatória e compreende o construto falta de confiança na capacidade de desempenho ( PASQUALI,1996).

Na instituição, não há diferenças salariais ou de condições de trabalho associadas ao sexo do profissional. Desta forma, deve-se buscar explicação para este resultado em contexto mais amplo, podendo-se suspeitar que a dupla jornada pelas mulheres seja a hipótese mais provável (REBOUÇAS, 2005).

Os resultados vão de encontro à literatura nesses fatores, que tendem de um modo geral a atribuir às mulheres níveis mais elevados de estresse relacionado com vários aspectos do trabalho (CALAIS; ANDRADE et al, 2003; COOPER; DEWE et al, 2001; GOMES; CRUZ, 2004; MELO; GOMES; CRUZ, 2000; PINTO, 2000).

Para abordar este dado, deve-se considerar os aspectos sócio culturais de nosso país, em relação a questão de sexo e trabalho.

O marco de entrada de mulheres nas instituições de segurança pública no Brasil foi sua admissão no corpo feminino da guarda civil do Estado de São Paulo, em 1955. Esse processo teria se intensificado a partir dos anos de 1980 com a redemocratização. Nas décadas seguintes, houve um aumento de mulheres nestas instituições acompanhado por muitas mudanças, inclusive em sua qualificação profissional. Hoje, é possível encontrar mulheres em diferentes atividades, desde o comando até o operacional. No entanto, a maior parte delas continua atuando em postos administrativos, mais identificados com o feminino (DEPEN, 2013).

A AGEPEN possui 9 cargos comissionados, sendo 3 ocupados por mulheres (33%) e de função de confiança 88 privativos da carreira penitenciária, sendo 32 ocupados por servidoras o que equivale a 36%, conforme dados publicados no diário oficial do Estado de Mato Grosso do sul, no dia 11 de junho de 2010, por meio da Portaria “P” AGEPEN n. 306, de 7 de Junho de 2010, dados estes que não sofreram alteração. Importante ressaltar que estes dados, são um contra ponto da realidade da segurança pública, pois é exaustivo na literatura que as mulheres nestas

instituições, muitas vezes, têm dificuldades para ocupar ou alcançar espaços no comando diretivo institucional, o que na AGEPEN demonstra ser bem distribuído dentro da proporcionalidade de servidores neste aspecto de comando, vale ressaltar que as unidades penais femininas são preferencialmente dirigidas por mulheres, podendo ocupar mais espaços para ser considerado equitativo. Das 43 unidades penais, 13 são femininas e uma delas é dirigida por homem, enquanto que, não existem dirigentes femininas nas unidades penais masculinas. Apesar do servidor público ter salário equivalente, as possibilidades de comando modificam em até 50% o ganho mensal (AGEPEN, 2013).

Pasinato (2011) verificou que a experiência dessas mulheres da segurança pública permanece invisível nas estatísticas oficiais e é preciso conhecer quem são e quais são os desafios que enfrentam em seu cotidiano. Falar sobre esses temas não foi fácil para muitas das respondentes, ensinadas a negar as diferenças de sexo para ter algum reconhecimento no exercício de sua profissão. Mostraram dificuldades de refletir sobre suas experiências como mulheres, resultando em respostas que valorizam a igualdade formal de oportunidades entre homens e mulheres, mas reconhecem que a distribuição de privilégios e benefícios ainda favorece mais seus colegas do sexo masculino. Entre relatos de discriminação e violação de seus direitos, revelam ambientes profissionais onde as disputas profissionais, o peso das relações hierarquizadas e as tensões decorrentes da presença feminina em ambientes predominantemente masculinos contribuem para acirrar conflitos que discriminam as mulheres por sua condição do sexo, consideradas mais frágeis, menos competentes e expostas ao assédio moral e sexual para ter acesso a direitos que são seus por mérito e esforço pessoal (SENASP, 2011).

Mulheres e homens têm acesso praticamente igual à educação no Brasil, mas em relação à política e economia, os homens tem vantagem considerável. Eles estão em cerca de 54,4 milhões de posições no mercado de trabalho, enquanto as mulheres ocupam 43 milhões. Em média, os homens ganham R\$ 4,9 por hora a mais que as mulheres em cargas semelhantes (CARDOSO, 2012).

A diferença salarial entre homens e mulheres está em torno de 13,75%. Já na política, são 2.013 homens e 292 mulheres no poder. Mulheres são mais da metade da população do país e estudam mais que os homens. Os dados são do trabalho, “a mensuração da desigualdade de gênero: um índice para os Estados

Brasileiros“. O trabalho da pesquisadora Luisa Cardoso propõe a criação do índice nacional de desigualdade de gênero (INDG) – capaz de medir, por Estado, o acesso das mulheres à educação, saúde, economia e política – baseado no índice global de desigualdade de gênero (do inglês *global gender gap index*- GGGI), medido pelo fórum econômico mundial em 135 países, no qual, em 2012, o Brasil aparece em 62º lugar ( CORECON-DF, 2012).

O Brasil não tem um índice próprio. O GGGI considera variáveis que não fazem parte da nossa realidade. O INDG seria uma forma de monitoramento das desigualdades brasileiras e pode ser atualizado constantemente, justifica Luisa. Com base nos dados de 2009, 2010 e 2011 do Instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE), do Congresso Nacional e outros bancos de dados oficiais, a pesquisadora aplicou a escala internacional de zero a um, na qual quanto mais próximo a um, maior o nível de igualdade para cada Estado brasileiro. No total, o Brasil obteve 0,71 pontos. Ao utilizar o INDG, o país ocupa a 45ª posição no ranking mundial (IBGE, 2011).

O estado de Santa Catarina, com 0,676, aparece como o mais desigual, enquanto o Rio Grande do Norte, com 0,779, é o estado com maior igualdade de acesso, seguido de Roraima com 0,776, e Maranhão, com 0,768. O resultado mostra que a desigualdade não está ligada a uma menor renda, já que o Rio Grande do Norte tem quase a metade (R\$ 456,94) da renda *per capita* de Santa Catarina (R\$ 864,51), de acordo com dados da pesquisa nacional por amostragem de domicílio (PNUD, 2009).

Segundo a socióloga do centro feminista de estudos e assessoria (CFEMEA), o Brasil tem uma desigualdade regional imensa. Mensurar isso com dados nacionais é mais interessante e confiável. A discriminação começa na educação e se estende ao mercado de trabalho, prejudicando os salários e as promoções de mulheres a altos cargos. Um dos fatores da diferenciação é que as mulheres ainda são responsáveis, ao mesmo tempo, pela produção e reprodução, o que faz com que acumulem funções (MADSEN, 2014).

O índice de desigualdade de gênero (IDG) é composto por três dimensões: saúde reprodutiva, empoderamento (autonomia) e atividade econômica. A desigualdade na atividade econômica é medida pela participação de homens e mulheres no mercado de trabalho. No quesito saúde reprodutiva são mensuradas a mortalidade materna e a proporção de adolescentes que tiveram filhos. Já o

empoderamento é medido pelo percentual de homens e mulheres no parlamento e, de homens e mulheres de 25 anos ou mais com pelo menos o ensino médio completo. O Brasil aparece como penúltimo do *ranking* da América Latina em representatividade política, com somente 9% dos candidatos eleitos do sexo feminino (ONU, 2010).

Conforme o relatório de desenvolvimento humano, apresentado em novembro de 2010 pelo programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), os países com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) geralmente apresentam um alto índice de desigualdade de gênero. Lideram a lista: Camarões (0,763), República Centro africana (0,768), Papua Nova Guiné (0,784) e Afeganistão (0,797). Os países com maior igualdade de gênero são Holanda (0,174), Dinamarca (0,209) e Suécia (0,289). Considerando os fatores sócios culturais que se apresentam em cada sociedade, no Brasil, ocupando a 45ª posição no *ranking* mundial (IDH=0,71), a desigualdade de gênero apresenta índices que não podemos comemorar, as pesquisas demonstram que países mais produtivos são os que têm menor desigualdade de gênero (PNUD, 2010).

Em pesquisas com homens da segurança pública, o tema das tarefas domésticas não é citado, porém entre as mulheres são preocupações constantes. A maioria delas, não tem ajuda em casa, por isso, as responsabilidades de esposas e mães pesam-lhes muito mais, em um mundo em que a ideologia feminista ainda não se concretizou em ações práticas no cotidiano da maioria das famílias. Portanto, justifica-se que no trabalho esta sobrecarga de responsabilidades muito mais asseverada nas mulheres, desencadeie um maior potencializador do estresse (SENASP, 2012).

Nos grupos focais durante o trabalho institucional esta pesquisadora pode constatar que as servidoras também relataram a influência negativa do estresse ocupacional em sua vida familiar. Para elas, a grande demanda profissional, principalmente as que ocupam cargos de chefia ou comando, induz a que levem “para dentro de casa os problemas do serviço” e vice-versa. Quem é chefe tem de ficar à disposição e pode ser contatado a qualquer hora (AGEPEN, 2013).

Relatos com os quais a pesquisadora se depara no cotidiano, as servidoras referem-se que ao chegar em casa, em alguns períodos de maior tensão no trabalho, sentem-se sem energia para as trocas familiares, preferem dormir ou ficar sozinhas. O isolamento na própria casa funciona como uma estratégia para se

acalmar e para não transferir para a família os problemas da instituição, considerando que a maioria faz jornada dupla (plantão extraordinário). Nesse sentido, elas nunca se desligam do trabalho e das tarefas pendentes, o que afeta diretamente seu relacionamento com a família e, particularmente, com os filhos. Muitas consideram que não conseguem lhes dar a atenção devida, desencadeando sentimentos de culpa, acreditando não estar cumprindo o papel materno e de esposa, apresentando sentimento de culpa, ansiedade e depressão.

Na vivência prática pode-se observar que as servidoras penitenciárias possuem maior desconfiança de seu desempenho e têm mais estresse no desempenho de suas funções, combinando o binômio desconfiança x estresse com toda a dinâmica sócio cultural que a sociedade construiu no decorrer de seu desenvolvimento e que precisa ser mudada, não só na carreira penitenciária como no contexto global da sociedade brasileira, e em muitos países do mundo, por meio de políticas públicas que promovam a paridade entre homens e mulheres. Com isso, revela possibilidade de melhor aproveitamento do capital humano (homens e mulheres) com aproveitamento de sua capacidade produtiva de maneira mais completa. Desta forma, ganha o mercado, o governo, a sociedade e principalmente os indivíduos que a compõe, independentemente do sexo.

**TABELA 14:** QSG-60 em relação ao imóvel

Fator	SG	Imóvel				p
		Alugado/Terceirizado		Próprio		
		N	%	N	%	
Distúrbios Psicossomáticos	Bom	3	15,8	36	40,4	0,042
	Alerta/Indicativo	16	84,2	53	59,6	

Entre os profissionais que possuem imóvel alugado ou terceirizado há uma prevalência maior de alerta/indicativo de distúrbios psicossomáticos ( $p = 0,042$ ).

O fator distúrbios psicossomáticos do QSG-60 é composto por itens que expressam problemas de ordem orgânica, tais como sentir-se mal de saúde, dores de cabeça, fraqueza e calafrios (PASQUALI, 1996).

Um Instituto Especializado em Mercados Emergentes no Brasil, realizou em fevereiro de 2013 um levantamento nacional, demonstrando que 7,9 milhões de



famílias de classe média pretendem adquirir um imóvel nos próximos dois anos. Segundo o levantamento, em cada 10 famílias, oito planejam utilizar linhas de financiamento habitacional. De acordo com o instituto, o total de famílias da classe média é de 31,4 milhões, que representam 54% dos domicílios brasileiros. Dentro desse quadro, 75% tem imóvel próprio, 18% pagam aluguel e 7% vivem em moradia cedida. A classe média da região Centro-Oeste é a que apresenta a maior proporção de residências alugadas ou cedidas: 38%. Ainda assim, seis de cada dez domicílios (62%) são de propriedade de seus ocupantes, atualmente, depois do automóvel a casa própria é o desejo maior do consumidor brasileiro. Segundo a pesquisa, o desejo pelo imóvel próprio não significa apenas que a classe média esteja interessada em sair do aluguel, boa parte é formada por recém casados que vivem na casa dos familiares (IEMEB, 2013).

Observa-se na vivência funcional que a compra da casa própria costuma ser o principal objetivo financeiro do servidor público estadual, pois após os 3 anos do efetivo exercício profissional, o mesmo atinge a estabilidade funcional e consequentemente a financeira, normalmente acompanhada de maior segurança quanto ao futuro. Embora alguns prefiram não aplicar seus recursos nesse tipo de investimento, para a maioria dos que possuem imóvel é comum que este represente a maior parte de seu patrimônio. O planejamento da compra do seu imóvel é algo que merece muito cuidado devido ao alto valor investido. Também por esta razão, normalmente a aquisição é realizada por meio de financiamento imobiliário, sendo mais raro que alguém disponha dos recursos necessários para adquirir seu imóvel à vista.

Trata-se, portanto, de um investimento que ocupará parte de sua renda por vários anos. Sendo assim, o indivíduo prefere desembolsar uma quantia mensal de recursos para aquisição de um imóvel próprio, de que desembolsar para efetivação de pagamento locatício. Principalmente nesta última década, que o governo federal vem fomentando a política da moradia própria por meio do programa de governo denominado “minha casa, minha vida”, facilitando o mutuário na inserção de linhas de crédito imobiliário, facilitando a aquisição deste bem.

Os servidores penitenciários que possuem residência própria representam 40,4% da amostra, demonstrando menores problemas de ordem psicossomática.

**TABELA 15:** QSG-60 em relação à renda pessoal

Fator	SG	Renda Pessoal (q8)				p
		Não		Sim		
		N	%	N	%	
Stress Psíquico	Bom	14	29,8	34	57,6	0,010
	Alerta	18	38,3	17	28,8	
	Indicativo	15	31,9	8	13,6	
Distúrbios do Sono	Bom	15	31,9	33	55,9	0,048
	Alerta	16	34,0	13	22,0	
	Indicativo	16	34,0	13	22,0	
Distúrbios Psicossomáticos	Bom	10	21,3	29	49,2	0,002
	Alerta	20	42,6	23	39,0	
	Indicativo	17	36,2	7	11,9	
Saúde Geral	Bom	11	23,4	32	54,2	0,004
	Alerta	21	44,7	19	32,2	
	Indicativo	15	31,9	8	13,6	

Em relação aos fatores: Stress psíquico ( $p = 0,010$ ), distúrbios do sono ( $p = 0,048$ ), distúrbios psicossomáticos ( $p = 0,002$ ) e saúde geral ( $p = 0,004$ ), a renda pessoal considerada ser suficiente, afeta significativamente a saúde mental.

O fator stresse psíquico diz respeito às experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, que tomam a vida uma luta constante, desgastante e infeliz.

O fator distúrbio do sono refere-se a problemas relacionados com o sono, tais como insônia e pesadelos (PASQUALI, 1996).

O fator distúrbios psicossomáticos do QSG-60 é composto por itens que expressam problemas de ordem orgânica, tais como sentir-se mal de saúde, dores de cabeça, fraqueza e calafrios (PASQUALI, 1996).

O fator saúde geral compreende o conjunto dos 5 fatores (estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança do próprio desempenho, distúrbio do sono e distúrbio psicossomático), 60 itens que resultam na saúde geral que faz referência à severidade da ausência da SM ou da presença de transtorno mental (PASQUALI, 1996).

A remuneração do servidor penitenciário, na referência do servidor público estadual é relativamente satisfatória, devido aos adicionais que atualmente recebem, possibilitando um padrão satisfatório de vida. Considerando que o agente

penitenciário no início de carreira auferir em média R\$ 2.000 reais e ao final como gestor pode chegar até R\$ 10.000 reais, pode-se considerar no parâmetro de referência do salário mínimo nacional um ganho satisfatório para atender suas necessidades elementares (SAD, 2013).

Conforme dados do IBGE, Brasília possui a melhor renda *per capita* nacional no valor de R\$ 1.665,42, o valor inicial do agente de R\$ 2.000, em conformidade com referência de Brasília, os proventos do agente penitenciário inicial pode ser considerado satisfatório (IBGE, 2010).

O fator financeiro é importante, pois torna-se um mecanismo propulsor da QV e saúde geral, pois é fundamental na estruturação familiar, tanto para a realização das necessidades e desejos pessoais, como para galgar o aperfeiçoamento e qualificação profissional (ARAÚJO, 2009).

**TABELA 16:** QSG- 60 em relação a função

Fator	SG	Função						p
		Agente		Gestor		Oficial		
		N	%	N	%	N	%	
Desejo de Morte	Bom	18	52,9	14	48,3	34	75,6	0,031
	Alerta/Indicativo	16	47,1	15	51,7	11	24,4	
Desconfiança do Próprio Desempenho	Bom	10	29,4	10	34,5	28	62,2	0,034
	Alerta	16	47,1	13	44,8	10	22,2	
	Indicativo	8	23,5	6	20,7	7	15,6	

Em relação ao desejo de morte ( $p = 0,031$ ) e desconfiança do próprio desempenho ( $p = 0,034$ ), a saúde mental dos oficiais está melhor em relação à dos agentes e gestores.

O fator desejo de morte evidencia o desejo de acabar com a própria vida, já que ela se apresenta como inútil, sem sentido e sem perspectivas, enquanto que o fator desconfiança do próprio desempenho, compreende o construto falta de confiança na capacidade de desempenho (PASQUALI, 1996).

Este dado reafirma a situação evidenciada que os oficiais, que são o maior número de servidores da AGEPE (600), e por receberem na sua maioria um diferencial de remuneração que é a incorporação da gratificação de confiança e estarem em sua maioria ocupando funções de confiança, tempo de serviço entre 10

a 20 anos, apresentam por este conjunto de fatores, estão melhores na pirâmide organizacional da autarquia.

**TABELA 17:** QSG-60 em relação se esteve afastado

Fator	SG	Tempo Afastado				p
		Não		Sim		
		N	%	N	%	
Desconfiança do Próprio Desempenho	Bom	37	52,9	10	27,8	0,029
	Alerta	23	32,9	15	41,7	
	Indicativo	10	14,3	11	30,6	
Distúrbios Psicossomáticos	Bom	33	47,1	6	16,7	0,006
	Alerta	22	31,4	21	58,3	
	Indicativo	15	21,4	9	25,0	

Os servidores que não tiveram afastamento do serviço encontram-se melhores, em relação aos que tiveram afastamento. Aqueles que não se ausentaram do serviço possuem maior autoconfiança e menor frequência de “distúrbios psicossomáticos”, considerando os resultados para os dois fatores: “desconfiança do próprio desempenho” ( $p = 0,029$ ) e “distúrbios psicossomáticos” ( $p = 0,006$ ).

O fator desconfiança do próprio desempenho expressa a consistência de ser capaz de empenhar-se ou realizar as tarefas de forma satisfatória (PASQUALI, 1996)

O fator distúrbio psicossomático é composto por itens que expressam problemas de ordem orgânica, tais como sentir-se mal de saúde, dores de cabeça, fraqueza e calafrios (PASQUALI, 1996)

Como já mencionado os servidores nos últimos 2 anos (2012 e 2011) tiveram afastamento do serviço por problemas de saúde, devido predominantemente ao fator “depressão” CID 42.0, com números significativos de afastamento, no ano de 2011, sendo 562 BIM (Boletim de Inspeção Médica) com ausência de 342 servidores, no ano de 2012 foram 654 BIM (boletim de inspeção médica) com 264 ausência de servidores. Segundo informação da autarquia, o mesmo servidor utiliza o BIM, reiteradas vezes, alguns afastados por longo tempo. Considerando a insegurança gerada devido aos afastamentos do serviço por adoecimento, o servidor passa a viver e conviver em conflito em relação a perda do trabalho, instabilidade emocional, todos os agravos pertinentes ao que o afastamento do labor proporciona (RH, AGEPEN, 2013).

Dentre os vários assuntos tratados, as reflexões sobre sexo e a profissão emergiram mais fortemente em temas à luz das experiências das mulheres que são responsáveis pela administração da casa e pelos cuidados com os filhos. A aposentadoria especial aos 25 anos de trabalho, também surgiu como demanda importante, além da denúncia das punições a que estão sujeitas no gozo de licenças médicas, particularmente a licença maternidade (SENASP, 2011).

O sedentarismo, excesso de peso e tabagismo são fatores de riscos encontrados frequentemente nas classes de profissionais da área, principalmente de custódia, e influenciam no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis: diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, osteoporose e alguns tipos de câncer (RH/AGEPEN, 2013).

O esgotamento físico e emocional não é um problema das pessoas, mas do ambiente em que trabalham, havendo um processo gradual de perdas, durante o qual um desequilíbrio entre as necessidades do indivíduo e as exigências do trabalho tornam-se cada vez mais acentuados. Para os pesquisadores, algumas atividades humanas tipicamente reconhecidas como de trabalho, pela própria natureza destas, trazem ou ensejam cargas psíquicas extremamente elevadas para os sujeitos que as executam. Estas cargas psíquicas, muito superiores à capacidade particular de quem trabalha em suportá-las, contribuem para a desorganização ou desajuste interno das pessoas. Após um período determinado de exercício profissional em alguns ambientes precarizados, perigosos e insalubres, os servidores sucumbem à nocividade presente nas tarefas e no ambiente profissional (AVELAR; IGLESIAS; VALVERDE, 2007).

**TABELA 18:** QSG-60 em relação a outra fonte de renda

Fator	SG	Outra Fonte de Renda				p
		Não		Sim		
		N	%	N	%	
Desconfiança do Próprio Desempenho	Bom	34	45,3	13	41,9	0,005
	Alerta	21	28,0	17	54,8	
	Indicativo	20	26,7	1	3,2	
Saúde Geral	Bom	33	44,0	10	32,3	0,001
	Alerta	19	25,3	19	61,3	
	Indicativo	23	30,7	2	6,5	

Os servidores que possuem outra fonte de renda, fora da instituição AGEPEN, possuem prevalência maior de saúde mental “Indicativo” nos quesitos “desconfiança do próprio desempenho” ( $p = 0,005$ ) e “saúde geral” ( $p = 0,001$ ), do que os que não possuem outra fonte de renda.

O fator desconfiança do próprio desempenho expressa a consistência de ser capaz de empenhar ou realizar as tarefas diárias de forma satisfatória e compreende o construto falta de confiança na capacidade de desempenho (PASQUALI, 1996).

O fator saúde geral compreende o conjunto dos 5 fatores (estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança do próprio desempenho, distúrbio do sono e distúrbio psicossomático), 60 itens que resultam na saúde geral que faz referência à severidade da ausência da SM ou da presença de transtorno mental (PASQUALI, 1996).

Evidenciou-se neste estudo o impacto que a alta carga horária de trabalho reflete na QV e saúde geral do servidor penitenciário. O excesso de trabalho que implica um maior ritmo de vida e maior cansaço e o descontentamento com a remuneração auferida que melhor explicam as sensações de cansaço e exaustão emocional. Tais resultados encontram paralelo em um trabalho realizado com enfermeiros holandeses, constatando-se igualmente uma grande importância ao excesso de trabalho na explicação da exaustão emocional (TUMMERS; MERODE; LANDEWEERD, 2003).

Em relação aos servidores que possuem outra fonte de renda, ou seja, outro vínculo de trabalho, os resultados evidenciam que, considerando apenas os escores absolutos, os profissionais que atuam apenas na instituição pesquisada apresentam índices de qualidade de vida e saúde geral melhores que os profissionais que possuem dois ou mais empregos. O trabalho na instituição, já requer do servidor um conjunto de condições especiais, diferente de muitas carreiras do serviço público, por isso recebe em seu contra cheque 50% de adicional de risco de morte, adicional de periculosidade, devido ao seu trabalho ser estressante, perigoso e insalubre. Atualmente a falta de servidores impõe uma sobrecarga por meio do plantão extraordinário. No mês de agosto de 2013 foram distribuídos aos servidores 780 plantões, o que equivale a mais de 50% dos servidores realizando a dupla jornada de trabalho. Observa-se que a jornada estabelecida já é excessiva e duplicá-la com serviço fora da autarquia, compromete ainda mais a QV e saúde geral destes servidores (DOP, 2013).

A possibilidade de complementar a renda com outro serviço visando melhoria salarial denominada “bico”, que sabe-se que atualmente muitos servidores buscam, pensando na possibilidade de melhorar as condições de vida, ou para dar melhor condição de vida à família, integrada a real condição destes servidores no cenário já relatado das condições desempenhadas no trabalho que desenvolvem na AGEPEM, a duplicidade de atividade funcional é sinônimo de adoecimento e instabilidade emocional, desencadeando fragilidade no desempenho das funções, insegurança, pois é certo que não há possibilidade deste dupla jornada ter um resultado profícuo na saúde do servidor.

**TABELA 19:** QSG-60 em relação a horas dormidas

Fator	SG	N	Média	D.P	F	p
Distúrbios do Sono	Bom	48	7,17	1,16	4,00	0,021
	Alerta	28	6,45	1,05		
	Indicativo	30	6,42	1,25		

Considerando as horas dormidas em relação ao resultado do domínio “distúrbios do sono” ( $p = 0,021$ ), os profissionais com SG “bom” dormem em média 7 horas e 17 minutos os profissionais com SG “Alerta”, dormem em média 6 horas e 45 minutos e aqueles com SG “indicativo” dormem 6 horas e 42 minutos.

O fator distúrbio do sono refere-se a problemas relacionados com o sono, tais como insônia, pesadelos (PASQUALI, 1996).

Considerando além da jornada excessiva de trabalho, o trabalho em turno escala de 24 horas em vigília, o ambiente insalubre e periculosidade, estas condições devem ser observados, pois tornam-se os seus agentes suscetíveis ao adoecimento. O trabalho noturno tem relação direta com a capacidade de sono e repouso. A sonolência é descrita como a interação entre o momento circadiano para adormecer e o aumento da necessidade de sono, e está associada ao decréscimo do alerta, do tempo de reação, da memória, coordenação psicomotora, e ao uso de substâncias estimulantes e de substâncias alcoólicas (TEIXEIRA, 2006).

O sono é uma função biológica fundamental na consolidação da memória, na vida binocular, na termoregulação, na conservação e restauração da energia (REIMÃO, 1996), e restauração do metabolismo energético cerebral (FERRERA; DE GENARRO, 2001).

A mudança do trabalho do dia para o início da tarde e noite modifica o ciclo normal da “atividade de descanso”, forçando o indivíduo a ajustar suas funções fisiológicas aos horários impostos pelo trabalho (AKERSTEDT, 2003).

Devido a determinados aspectos da organização do trabalho, o tempo transforma-se na própria medida da atividade caracterizando a produtividade e sendo a base da remuneração. O tempo biológico desaparece e o trabalhador deve adaptar-se ao quadro temporal imposto, enquanto que o trabalho em turnos aumenta em termos de quantidade e qualidade de trabalho exigidas por unidades de tempo. Uma carga diária de oito horas de atividade profissional constitui um limiar, além do qual a qualidade do trabalho executado decai (LAVILLE, 1977).

As organizações começam a entender que a qualidade de vida no trabalho não pode ser dissociada da qualidade de vida do ser humano. Uma melhor qualidade de vida deve ser compartilhada com o empregador e o governo, não podendo ser de responsabilidade só do trabalhador (XAVIER, 1997).

Os problemas decorrentes do trabalho em turnos podem ser vistos como um indicativo do prejuízo do desempenho que, posteriormente, acarretam problemas de saúde e a consequente piora da QV (AASM, 1999).

O termo “trabalho em turnos” possui várias definições e múltiplas combinações na organização do trabalho. A definição de trabalho em turnos proposta por Maurice e Fischer (1981) expressa os arranjos na organização do trabalho onde no trabalho em turnos, um turno é seguido por outro e há continuação do trabalho interrompido pelo turno precedente por um segundo ou terceiro turno de operações, caracterizado por uma continuidade de produção e uma quebra da continuidade no trabalho realizado por cada trabalhador. O trabalho em turnos pode ocorrer em esquemas de rotatividade ou fixo, cada um com suas vantagens e desvantagens. Porém, estudos comparativos entre os dois turnos, fixos e rotativos, mostram que os turnos fixos são os mais vantajosos do ponto de vista fisiológico. Porém, o mais importante é que a elaboração de um esquema de trabalho em turnos seja organizada, de forma a provocar o menor desgaste possível à saúde e ao convívio social dos trabalhadores.

O servidor penitenciário em sua maioria trabalha no regime de plantão pré-agendado, porém como o serviço é contínuo, muitas vezes o servidor precisa cobrir ausências de servidores, ou troca de plantão por motivos pessoais ou de terceiros,



portanto a escala geralmente é alterada e a maioria dos servidores realiza jornada dupla de serviço visando complementação salarial (AGEPEN, 2013).

Regis Filho e Lopes (2000) ao estudarem o trabalho noturno e o estresse, concluíram que o trabalho noturno possui situações únicas que necessitam soluções personalizadas, que possibilitem uma melhor qualidade de vida não só no trabalho, mas que leve em consideração as condições psicossociais de cada trabalhador.

Entre os horários de trabalho existentes o que causa um maior número de perturbações é o trabalho noturno, devido o organismo humano estar adaptado ao trabalho durante o dia e ao descanso e reconstituição das energias durante a noite. Assim o trabalho noturno exige atividade do organismo quando ele está predisposto a descansar, e vice-versa. Também a sociedade é organizada para um ciclo diário trabalho, lazer e sono. A execução do trabalho noturno é influenciada por fatores como ritmo circadiano, tipo de atividade e características individuais, acarretando alterações do sono, distúrbios gastrointestinais e cardiovasculares, desordens psíquicas e desajustes da vida social e familiar (GRANDJEAN, 1998).

Algumas das perturbações mais conhecidas no trabalho em turnos são os distúrbios do ritmo biológico, as dificuldades para conciliar o trabalho com a vida doméstica, má postura e sobrecarga musculoesquelética, exacerbação de sintomas pré-existentes, doenças mentais e alta demanda mental e psíquica (FISCHER et.al., 2000).

Enfocando a questão de sexo e o trabalho noturno, Rotenberg e colaboradores (2001), observaram efeitos mais prejudiciais do sono sobre as mulheres, e de forma intensa a saúde, o lazer, os estudos e as relações amorosas são afetados, tanto nas mulheres como nos homens. No trabalho em turnos, muitas são as maneiras que diferenciam as mulheres dos homens, indo desde as diferenças biológicas até o seu papel na família. Isto as faz sentir dificuldades distintas dos homens. O fato de a dupla carga de trabalho, doméstico e o trabalho profissional, faz com que as mulheres sejam mais atingidas (FISCHER; LIEBER; BROWN, 1999).

Segundo Muhlen, Silverstein e Connor (1995) a maioria das informações sobre o sono, isto é, a sua fisiologia, valores nominais e distúrbios referem-se a homens. A insônia afeta 16 a 40% da população, é mais prevalente nas mulheres do que nos homens (cerca de 1,3 vezes mais) e aumenta com a idade (1,5 vezes mais acima de 65 anos). Um dos maiores estudos populacionais americanos avaliou mais

de 9.000 pacientes e observou que cerca de 30% dos indivíduos acima de 65 anos tinha dificuldade para manter o sono. Estudos mostram incidência de 28 a 63% de insônia em mulheres na pós-menopausa, enquanto a ocorrência na população geral varia de 26 a 45% nas mulheres com idade superior a trinta anos.

Segundo Campos e colaboradores (2005) em estudo realizado em mulheres no ambulatório da Universidade Federal do Estado de São Paulo, a prevalência de insônia na pós-menopausa é de 61%, se avaliado subjetivamente, e 83% quando observado na polissonografia. As várias formas de organização do trabalho têm contribuído para o surgimento de sintomas de insatisfação e precarização das condições do trabalho. A preocupação da ergonomia no processo produtivo também tem sido enfoque de análise, dado os vários níveis de demanda apresentados a partir da necessidade de equacionar e/ou minimizar os efeitos da produção em detrimento da satisfação na organização do trabalho (LOPES et al, 2000).

A produção não pode sobrepor a capacidade humana, com resultado tão danosos a saúde do homem trabalhador (MORENO, 2010).

Devido a essas importantes funções, as perturbações do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer substancialmente a qualidade de vida e a saúde (PAIVA; ANDERSEN; TUFIK, 2014).

No presente estudo, com relação as horas dormidas 58 servidores, que corresponde a (52,72%) da amostra encontram-se em estado de alerta e indicativo, devendo este dado ser observado como relevante na gestão dos recursos humanos da instituição e estudos futuros.

**TABELA 20:** QSG-60 em relação a medicação para dormir

Fator	SG	Remédio				p
		Não		Sim		
		N	%	N	%	
Stress Psíquico	Bom	44	50,0	3	20,0	0,031
	Alerta/Indicativo	44	50,0	12	80,0	
Distúrbios do Sono	Bom	46	52,3	2	13,3	0,005
	Alerta/Indicativo	42	47,7	13	86,7	
Distúrbios Psicossomáticos	Bom	39	44,3	0	0,0	0,001
	Alerta/Indicativo	49	55,7	15	100,0	
Saúde Geral	Bom	42	47,7	1	6,7	0,003
	Alerta/Indicativo	46	52,3	14	93,3	

Os profissionais que usam medicação para dormir tendem a possuir maior prevalência de saúde mental “alerta/indicativo” nos fatores “stress psíquico” ( $p = 0,031$ ), “distúrbios do sono” ( $p = 0,005$ ), “distúrbios psicossomáticos” ( $p = 0,001$ ) e “saúde geral” ( $p = 0,003$ ).

O fator saúde geral compreende o conjunto dos 5 fatores (estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança do próprio desempenho, distúrbio do sono e distúrbio psicossomático), 60 itens que resultam na saúde geral que faz referência à severidade da ausência da SM ou da presença de transtorno mental (PASQUALI, 1996).

O sono normal varia ao longo do desenvolvimento humano à duração, distribuição de estágios e ritmo circadiano (POYARES; TUFIK, 2002; THORLEFSDOTTIR; BJOMSSON; BENEDIKTSDOTTIR et. al., 2002).

As variações na quantidade de sono são maiores durante a infância, decrescendo de 16 horas por dia, em média, nos primeiros dias de vida, para 14 horas ao final do primeiro mês e 12 horas no sexto mês de vida. Depois desta idade o tempo de sono da criança diminui 30 minutos ao ano até os cinco anos. Na vida adulta decresce a quantidade e varia o ciclo do sono em função da idade e de fatores externos. Com o avanço da idade ocorrem perdas da duração, manutenção do sono (FERRARA; DE GENNARO, 2001) e qualidade (TRIBI et. al., 2002).

Além da qualidade de vida, os distúrbios do sono também comprometem a segurança pública, porque aumentam o número de acidentes no trabalho e de tráfego (MARTINEZ, 1999). As estimativas sobre o índice de acidentes e mortes causados por sonolência ou cansaço variam de 2% a 41%, com alto custo em termos financeiros e da própria vida (FERRARA; GENNARO, 2001).

A qualidade de vida de um indivíduo está relacionada às expectativas que ele possui em relação a sua vida e a sua saúde. Diversos fatores emocionais, bem como fisiológicos, podem alterar a qualidade de vida dos indivíduos. As doenças parecem alterá-la de forma importante, inicialmente, pelas limitações funcionais que acabam dificultando as atividades da vida, e também, pelos prejuízos ocasionados na qualidade de sono dos indivíduos. Os distúrbios do sono fazem parte do grupo de doenças crônicas que prejudicam tanto a vigília (momento em que o indivíduo encontra-se acordado) como o sono dos indivíduos por ele acometidos.

A Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ICDS), descreve os critérios comumente utilizados para a insônia conforme descritos abaixo, sendo

necessária a presença dos itens A e B e pelo menos um sintoma do item C. A) queixa de dificuldade em adormecer e ou dificuldade em manter o sono e ou sono de má qualidade; B) a dificuldade citada acima ocorre frequentemente, apesar de adequadas oportunidade e circunstâncias para o sono e C) presença de pelo menos um dos seguintes sintomas diurnos associados à queda do sono: fadiga; *déficit* da atenção; concentração ou memória; prejuízo no desempenho social ou profissional; presença de distúrbio de humor; queixa da sonolência diurna; redução da motivação; energia ou de iniciativa; propensão para erros ou acidentes no local de trabalho ou durante a condução; tensão, dores de cabeça ou sintomas gastrointestinais em resposta à perda do sono e preocupação com o sono segundo a *American Psychiatric Association* (APA, 2013).

A gravidade da insônia esta relacionada com sua interferência na realização das atividades diárias e o mal estar a que está associada. A insônia resulta da interação de vários fatores ambientais, biológicos e fisiológicos, que se designam de predisponentes, precipitantes e perpetuantes (MORIN, 2004).

Os fatores predisponentes e precipitantes incluem características existenciais variadas, a ocorrência de doença médica ou psiquiátrica e outros eventos estressantes. Os fatores perpetuantes são responsáveis pela cronicidade das queixas e envolvem, muitas vezes, um estado hiperalerta de 24 horas e uma personalidade interiorizada, preocupada ou perfeccionista, responsáveis pelas dificuldades em adormecer, o que por sua vez conduz a um aumento do estado de alerta e dificuldade em adormecer crescente, estabelecendo um circulo vicioso patológico (DIKEOS;SOLDATOS, 2005).

A associação entre a insônia e a existência de distúrbios mentais foi estabelecida por OHAYON (2005) e ROTH (2001), considerando-se ambas como entidades comórbidas.

Segundo Bonnet e Arand (2003) a afirmação de Pierre Marquet "*The function of sleep remains unknown despite our rapidly increasing understanding of the processes generating*" é marcante e indica que em 2001 não existia ainda consenso de uma teoria consistente sobre as funções do sono. Pode-se dizer treze anos mais tarde que, esta situação está em rápido desenvolvimento e que atualmente é possível definir funções do sono, na base de estudos experimentais. Antes de considerar os argumentos que têm sido apresentados como fundamentos para compreender as funções do sono, devemos examinar como a importância do

sono para a manutenção do equilíbrio fisiológico do organismo humano pode ser posta em relevo mediante as conseqüências da privação do sono. Embora estas conseqüências sejam variáveis de um indivíduo para outro, existem fenômenos que surgem em geral como sequelas de um período de privação do sono. A) o mais evidente é o aumento da sonolência, avaliada por exemplo, por meio de teste de tolerância múltipla para o sono; b) diminuição do desempenho psicomotor em um número de testes, lapsos de atenção e dificuldades de concentração; tempos de recreação prolongados; c) memória diminuída para eventos recentes e d) mau humor, sensação de fadiga, irritabilidade, podendo chegar, em casos extremos, a um estado confusional (PAIVA; ANDERSEN; TUFIK, 2014).

O uso de fármacos é um paliativo, visando superar a consequência de um problema, porém este resultado apresentado “uso de remédio para dormir” pelos servidores penitenciários, demonstra que as causas do uso de fármacos é um indicativo de alerta que deve ser observado, levando em consideração todos os fatores que esta categoria funcional está exposta em sua atividade profissional, com prejuízo de sua saúde e a qualidade de vida.

**TABELA 21:** QSG-60 em relação a idade

Fator	SG	N	Média	D.P	F	p
Estresse Psíquico	Bom	48	46,96	8,77	5,41	0,006
	Alerta	36	43,19	8,00		
	Indicativo	24	40,04	9,48		
Desejo de Morte	Bom	66	45,92	8,45	6,77	0,011
	Alerta/Indicativo	42	41,41	9,33		
Desconfiança do Próprio Desempenho	Bom	48	47,50	8,28	6,55	0,002
	Alerta	39	41,77	8,37		
	Indicativo	21	41,00	9,69		

A faixa etária de 40 a 43 anos predomina a prevalência “indicativo” e “alerta” para os 3 fatores: “estresse psíquico” “desejo de morte” e “desconfiança do próprio desempenho”.

A média de idade é superior para os profissionais com SG “bom” nos fatores “estresse psíquico” ( $p = 0,006$ ), 48 anos, “desejo de morte” ( $p = 0,011$ ), 66 anos e “desconfiança do próprio desempenho” ( $p = 0,002$ ) 48 anos.

O fator estresse psíquico destaca experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, que tornam a vida uma luta constante, desgastante e infeliz (PASQUALI, 1996).

O fator desejo de morte evidencia o desejo de acabar com a própria vida, já que ela se apresenta inútil, sem sentido e sem perspectivas, ligado a depressão (PASQUALI, 1996).

O fator desconfiança do próprio desempenho expressa a consistência de ser capaz de empenhar ou realizar as tarefas diárias de forma satisfatória e compreende o construto falta de confiança na capacidade de desempenho (PASQUALI, 1996).

A importância da idade e da experiência profissional, em termos gerais, deve-se salientar que os profissionais mais novos evidenciam, como seria de se esperar, mais problemas relacionados com a instabilidade profissional e o salário auferido, mas também uma maior tendência para a despersonalização. Nesse último caso, pode-se levantar a hipótese da despersonalização representar uma estratégia de gestão da inexperiência do profissional face aos seus deveres. Por outro lado, e como seria igualmente esperado, foram os mais velhos que manifestaram maior desejo de abandonar o emprego e a profissão. Para tal, muito poderá contribuir a estabilidade profissional que alcançam na etapa final da carreira laboral, uma vez que aqueles que possuem vínculos instáveis de trabalho, assumem mais estresse associado à instabilidade profissional e à carreira. De um modo geral, esse padrão de resultados corrobora as indicações mais gerais da investigação, na qual se tem vindo a salientar a possibilidade de existir uma relação entre a idade e a tendência para o esgotamento (LEITER; HARVIE, 1996), salientando-se a ideia dos profissionais de serviços humanos com menor experiência poderem ser mais vulneráveis ao estresse laboral (PARIKH; TAUARI; BHATTACHARYA, 2004; QUEIRÓS, 2005).

A diferenciação dos profissionais em função da realização de trabalho em turnos chama a atenção para os potenciais efeitos negativos dessa organização de trabalho, pois os funcionários que se encontram a trabalhar desse modo, sentiram mais problemas de esgotamento, maior mal estar relacionado com a instabilidade profissional e menor realização profissional. Tais resultados vão de encontro a outros dados da investigação, que realçam a possibilidade do trabalho por turnos não ser imune a efeitos secundários para aqueles que são expostos a essa organização laboral (CAVALHEIRO; MOURA JR; LOPES, 2008; QUEIRÓS, 2005).

A literatura demonstra que o trabalho em sistema de rotação de horários é precisamente a metodologia que piores conseqüências traz para o profissional, não só em termos do seu rendimento físico, idade do profissional, mas também em relação a insatisfação, ao número de erros cometidos, às lesões e aos acidentes de trabalho e ao número de dias de ausência ao trabalho por motivos de doença (COFFEY; SKIPPER; JUNG, 1988; EFFINGER; NELSON; STARR, 1995).

Segundo Moreno (2013) a maturidade dá mais clareza, sensibilidade e segurança para reagir diante de alguma dificuldade, porque ela é um fator de segurança emocional. Estar maduro, corresponde ao estado de prontidão para lidar com os desafios e problemas, sejam eles quais forem, de modo efetivo e com menor índice de estresse e danos possíveis. A autoconfiança tem mais a ver com uma história pessoal de enfrentamento e resolução de problemas, e este sentimento está ligado ao auto conhecimento, que é o quanto uma pessoa sabe sobre sua força, coragem e disposição para encarar desafios.

Os resultados encontrados na presente pesquisa, diferem dos autores de referência, pois os servidores que apresentam maior ocorrência nos três fatores: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança do próprio desempenho, encontram-se na faixa de 40-43 anos, sendo considerados os intermediários entre servidores iniciais e finais, o que sugere em estudos futuros a análise deste resultados, porém nesta faixa encontram-se a maioria do grupo de oficiais, que na carreira penitenciária estão com mais de 10 anos na gestão em cargos de comando o que pode ser indicativo de maior demanda de desafios, pressão profissional, responsabilidades assumidas e aguardando a ascensão funcional que está vinculada a perspectiva de melhores condições remuneratória e de *status* funcional.

**TABELA 22:** QSG-60 em relação ao número de filhos

Fator	SG	N	Média	D.P	t	p
Desejo de Morte	Bom	64	2,03	1,28	10,56	0,002
	Alerta/Indicativo	41	1,20	1,29		

Os servidores que possuem mais filhos, ocorre menor freqüência do desejo de morte em relação aqueles que não possuem.

Em média, os profissionais com SG “Bom” no domínio “Desejo de Morte” ( $p = 0,002$ ) possuem mais filhos (2,03) que os profissionais com SG “Alerta/indicativo” (1,20) filhos.

**TABELA 23:** QSG-60 em relação a pessoas sob responsabilidade

Fator	SG	N	Média	D.P	<i>t</i>	<i>p</i>
Desejo de Morte	Bom	63	1,95	1,35	4,80	0,031
	Alerta/Indicativo	41	1,39	1,16		

Os dados da pesquisa demonstram que os servidores que possuem mais filhos, e mais pessoas sob a sua responsabilidade revelaram menor ocorrência do desejo de morte.

No fator “desejo de morte” ( $p = 0,031$ ) os profissionais com SG “Bom” tendem a ter mais pessoas em média, sob sua responsabilidade (1,95) em relação aos profissionais com SG “Alerta/indicativo” (1,39).

O fator desejo de morte evidencia o desejo de acabar com a própria vida, já que ela se apresenta inútil, sem sentido e sem perspectivas, ligado a depressão (PASQUALI, 1996). Os dados das pesquisas nacionais por amostra de domicílio do IBGE, definem famílias como, o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar e, também, a pessoa que more só em uma unidade familiar (domicílio particular permanente (CAMARANO, 2003).

O núcleo familiar, promove senso de reciprocidade de direitos e obrigações, fortalecendo as relações e com a constituição da família as pessoas passam a assumir responsabilidades, e desenvolver maior maturidade, dentro do ciclo evolutivo natural das relações humanas (PEIXOTO, 2004).

Segundo a organização Panamericana de Saúde na maioria dos casos de suicídio, a depressão é uma das causas, estudos apontam que 90% dos suicídios tinham doenças mentais. A doença mais recorrente é a depressão. No mapa da violência, divulgado em 2011, o suicídio esteve como uma das três causas de mortalidade violenta no país. O estudo leva em consideração apenas os suicídios cometidos com armas de fogo. Conforme o mapa da violência, entre 1980 e 2010



aumentou 43,8% o número de suicídios com armas de fogo no Brasil; em 1980 foram 660 casos e, em 2010, 969 casos (OPAS, 2011).

Considerando os dados levantados na pesquisa que a frequência dos afastamentos dos servidores penitenciário se dá na maior parte dos casos pelo CID 42.0 (depressão) deve-se considerar estes dados, que complementam as referências de observação cuidadosa pela instituição, que apresenta dois cenários preocupantes nesta relação: depressão e desejo de morte.

O setor de Recursos Humanos da AGE PEN (2013) informou que até o presente momento não tem registros significativos na instituição referente a suicídio de servidores, porém na avaliação do Questionário de Saúde Geral de Goldberg que interpreta a severidade da ausência de saúde mental, 41 servidores encontram-se na faixa de “alerta, indicativo” para os fator desejo de morte, conforme tabela 23, dado este significativo e que deve ser observado.

**TABELA 24:** QSG-60 em relação ao tempo de serviço

Fator	SG	N	Média	D.P	F	p
Desejo de Morte	Bom	65	16,10	8,27	4,33	0,040
	Alerta	42	12,59	8,87		
Desconfiança do Próprio Desempenho	Bom	47	17,76	8,24	5,66	0,005
	Alerta	39	12,16	8,37		
	Indicativo	21	12,67	8,26		

Os profissionais com tempo de serviço entre 16 e 17 anos apresentaram melhores condições de saúde nos dois fatores: “desejo de morte” ( $p = 0,040$ ) e “desconfiança do próprio desempenho” ( $p = 0,005$ ). Em ambos os casos os profissionais com melhor saúde mental nestes fatores correspondem aos oficiais.

O fator desejo de morte evidencia o desejo de acabar com a própria vida, já que ela se apresenta inútil, sem sentido e sem perspectivas, ligado a depressão (PASQUALI, 1996).

O fator desconfiança do próprio desempenho expressa a consistência de ser capaz de empenhar ou realizar as tarefas diárias de forma satisfatória e compreende o construto falta de confiança na capacidade de desempenho (PASQUALI, 1996).

O resultado demonstra que quanto maior o tempo de serviço, os servidores possuem maior auto-confiança no desempenho de suas atribuições, como menor tendência ao desejo de morte. Para se ter uma boa qualidade de vida, o indivíduo

precisa estar funcionando bem, isto é, desempenhando de forma satisfatória seu papel social e as funções que valoriza (FLECK, 2008).

O aumento da idade elevando o nível de satisfação e reduzindo o nível de impacto do trabalho sugere um comportamento adaptativo, tal como observado em outros estudos. Em investigação sobre a alta rotatividade entre profissionais, os autores observaram em indivíduos mais velhos uma tendência acentuada a permanecerem no serviço, considerando a estabilidade e a segurança que o serviço público oferece. A hipótese levantada foi a de que tal achado refletia maior dificuldade em mudar de emprego e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas inerentes ao desempenho de suas atividades (BLANKERTZ; ROBINSON, 1997).

O servidor público exerce um papel social importante para a sociedade, como se fosse o seu “guardião”. Isso pode lhe propiciar satisfação na realização e resultado do seu trabalho e, principalmente, em relação à sua estabilidade funcional, fator importante na realidade social que vivencia, em que a estabilidade financeira cria a estabilidade social, ambiental e afetiva (MINAYO; CONSTANTINO, 2007).

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Ao longo da história, o ambiente de trabalho tem sido motivo de risco, e incapacidades que estão paulatinamente sendo mais bem controladas por meio de diversas tecnologias que podem propiciar ao trabalhador ambiente mais seguro e confiável. O setor da saúde tem papel fundamental neste sentido, colaborando com indicadores e medidas que reduzem riscos pessoais e ambientais, desenvolvendo ações de saúde individuais e coletivas, de caráter multiprofissional, procurando introduzir, manter e avaliar medidas preventivas nas empresas (DYNIEWICZ; MOSER; SANTOS et. al, 2009).

O Plano Nacional de Segurança Pública que foi lançado em 20 de junho de 2000, uma ação inédita no campo da segurança pública e estava articulado com outras propostas e ações na esfera das políticas sociais como o programa de combate à fome, de democratização da moradia e de transformação estrutural da economia brasileira, são projetos pertinentes no âmbito de mudanças e de transformação estrutural da economia brasileira, são projetos pertinentes no âmbito de mudanças para o Brasil no sentido de torná-lo menos violento, mais justo e democrático. O plano tentava organizar um conjunto abrangente de iniciativas na área de segurança pública, concentrando ações que antes eram isoladas. Compreendia 124 ações distribuídas em 15 compromissos voltados para áreas diversas, entre elas, a redução da violência e o aperfeiçoamento do sistema penitenciário.

As ações propostas pelo Plano para o aperfeiçoamento do sistema penitenciário, apresentaram o aumento de vagas, construção de penitenciárias federais, mutirões penitenciários, desenvolvimento de educação e profissionalização de presos, capacitação e aperfeiçoamento de agentes penitenciários, desenvolvimento de programas de assistência à vítima, ao egresso e ao preso, reaparelhamento dos estabelecimentos penais, fomento aos programas de execução de penas alternativas, monitoramento dos processos de presos com direito à liberdade condicional e regime aberto.

Transcorridos 13 anos, pode-se dizer que o sistema penitenciário pouco avançou, persiste em sua precariedade, não minimizou um dos seus maiores problemas que é a falta de estruturas físicas, estabelecimentos penais adequados, conforme preconiza a lei, e não consegue equacionar a demanda de custódia em relação a capacidade de vagas e servidores, desencadeando um dos maiores problemas que é a superlotação e não consegue realizar a reintegração social do

preso, devido ao *déficit* de servidores e tecnologia, o que decorre de razões diversas, entre elas, a falta de investimento público e de treinamento dos profissionais da área, o que resulta em índices de reincidência que superam 50% e contribui para o *déficit* de vagas prisionais e recursos humanos para o devido tratamento penal, conforme preconiza a Lei de Execução Penal (BRASIL, 2000).

As circunstâncias elucidadas, demonstram a distanciamento entre a formulação da política pública e a sua implementação. Vale ressaltar que, na esfera federal, as liberações de verbas, quando ocorrem, destinam-se em sua quase totalidade à construção e reforma de unidades prisionais. São mínimos os recursos destinados às áreas de treinamento de servidores penitenciários e a políticas voltadas a valorização da qualidade de vida e saúde do servidor penitenciário.

O DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional é o órgão executivo da política Penitenciária Nacional, que controla, acompanha e zela pela fiel aplicação da Lei de Execução Penal e das diretrizes da política criminal, emanadas do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

Com o objetivo de colaborar com as unidades da federação, no tocante à segurança pública, em especial nas questões do sistema penitenciário, o Governo Federal, criou o Fundo Penitenciário Nacional (FUNPEN) por meio da Lei Complementar Nº. 79, de 7 de janeiro de 1994, que foi regulamentado pelo Decreto Nº. 1.093, de 3 de março de 1994. Este Fundo, no âmbito do Ministério da Justiça, é gerido pelo Departamento de Assuntos Penitenciários da Secretaria dos Direitos da Cidadania e Justiça, com a finalidade de proporcionar recursos e meios para apoiar as atividades e programas de modernização e aprimoramento do Sistema Penitenciário Brasileiro.

Os recursos deste fundo são oriundos de diversas fontes do governo federal e são aplicados, especificamente, no aperfeiçoamento do sistema penitenciário, na melhoria dos recursos físicos, materiais e humanos.

Após este percurso nos recursos, os Estados da federação têm pouca autonomia na gestão executiva da política penal, considerando que o aporte de recursos são originários geralmente na monta de 90% no âmbito federal e contra partida de 10% dos Estados .

Na última década o MS, pouco evoluiu no seu parque prisional com edificações novas e foram feitas poucas ampliações e reformas. O último concurso público ocorreu em 2006, e em setembro de 2013 serão oportunizados 230 vagas, o

que significa uma inclusão muito inferior as reais necessidades que a gestão busca equacionar, com um quadro de funcionários defasado em aproximadamente 1.000 vagas.

A superlotação é presente em todas as 43 unidades do parque prisional Sulmatogrossense.

Ao investigar a temática qualidade de vida e saúde geral dos servidores penitenciários, os aspectos do espaço de vida dos técnicos no interior das unidades prisionais, com o objetivo de entender os processos que tornam tão singular e, ao mesmo tempo, tão perigoso e insalubre, o exercício profissional desses funcionários, procurou-se encontrar respostas que justificassem o quadro desalentador que representa o conjunto de dados de morbidade, que hoje significa 18% ao ano da categoria, enunciado ao longo da pesquisa, principalmente com os dados sobre jornada de trabalho, com consequências deletérias a saúde e QV do servidor penitenciário. Não obstante, destaca-se o número de sujeitos em situação de estresse em níveis críticos, que merecem um programa preventivo por parte da AGEPEN.

Quanto a vivência e aprendizado no exercício profissional no sistema penitenciário, tudo que se observou no percurso da pesquisa de campo e vivência profissional, complementado pelos estudos sobre a atividade laboral destes servidores, a prisão é uma instituição de arrebatamento coletivo. É praticamente impossível ingressar nos estabelecimentos penais e deles sair sem que, de alguma forma, o servidor não seja afetado, seja pela arquitetura singular, seja pelo conjunto de dispositivos que a tornam tão especial e, ao mesmo tempo, tão paradoxal, no conjunto das instituições. Por essa razão, FOUCAULT (1984) as denominou de instituições completas e austeras.

O servidor deve agir com precisão, senso ético e cautela no interior desses estabelecimentos, pois o equilíbrio pessoal e grupal é facilmente corrompido. Vive-se no limite das forças e das potências psicológicas interiores. Além disso, tudo no interior da instituição penal é precarizado e pauperizado, porque a constituição desta instituição não foi projetada ou pensada para confortar os sujeitos que lá estão e, sim, para doutriná-los a partir da perspectiva da própria miséria da condição humana: (...) “as prisões estão dentro das cidades e ninguém as vê” (FOUCAULT, 2003).

A situação preocupante em que se encontram as prisões, acaba por transformar as pessoas e os grupos que lá vivem ou trabalham. Estes verdadeiros espaços de mortificação pessoal e coletiva carecem de outro sentido que não o de máquinas para punir pessoas, essencialmente, os funcionários em estabelecimentos penais, restaria atender aos anseios por vingança, exigidos pela sociedade; o preconceito e a violência das ruas, transferidos para o interior dos muros da prisão (GOFFMAN, 2008).

No caso específico dos servidores penitenciários devem ser apropriadamente selecionados, treinados e melhor remunerados, a eles, o Estado deve assegurar adequadas condições de trabalho (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2008).

Há a necessidade de expandir a política de apoio à formação destes servidores por meio da qualificação profissional permanente e não somente na inclusão do serviço público, prevista no PRONASCI, para enfrentar desafio tão complexo que passa por reconhecer que os servidores penitenciários assumem a função de “educadores”, “ressocializadores”, junto a população em situação de prisão, ou seja, aquilo que a família e a sociedade de certo modo falharam com este cidadão, o servidor está investido da missão de promover, missão esta associada a responsabilidade de impedir que este indivíduo emane fuga, então também guardião da sociedade.

Faz-se necessário o reconhecimento e implementação da Legislação específica da condição especial do trabalho destes servidores pelo Estado Brasileiro, conforme disposto na CFB/88 artigo 40, § 4º, incisos II e III, que trata da aposentadoria especial, lacuna legislativa até o presente não sanada, necessitando de Lei complementar.

A sobrejornada de trabalho em função de falta de servidores e em busca de melhor remuneração; o plantão extraordinário, com sobre carga do labor; distúrbio do sono; uso de fármacos para dormir; absenteísmo ao trabalho em média de 18% ao ano, nestes dois últimos anos (2011, 2012); distúrbios psicossomáticos, evidenciam a necessidade urgente de transformação deste modelo, pois pode-se constatar que os servidores penitenciários, apresentam sérios prejuízos em sua atividade funcional.

Considerando que a maior parte dos servidores penitenciários apresentam redução das horas dormidas e exercem suas atividades com carga horária

excessiva de trabalho, realizam plantões extraordinários, resultando no comprometimento de sua saúde, bem como da qualidade de vida, faz-se necessário programas específicos de QV para a prevenção e reabilitação do indivíduos já acometidos, bem como uma análise criteriosa quanto ao sistema de rotina de trabalho executada com estes servidores, com possibilidade de alterações.

Os resultados desta pesquisa podem ajudar a nortear a prática institucional na promoção de saúde do servidor, considerando as variáveis interpessoais que parecem corroborar a evidencia de resultados significativos encontrados na pesquisa, considerando por exemplo os estudos e as características que se encontram no relacionamento conjugal satisfatório e estável que podem ser aplicadas na atividade profissional como: consenso, resolução de conflitos, comunicação, flexibilidade, entre as principais características, que podem ser aperfeiçoadas no ambiente de trabalho visando melhorar a qualidade de vida e saúde geral dos servidores.

A prática demonstra a necessidade urgente de mudanças, que passam por políticas penais e penitenciárias de melhor qualidade. Em relação as ações do executivo federal e estadual, pode-se salientar: prisões menores e mais equipadas, com escolas e salas de aula, oficinas visando profissionalização, espaços para desenvolver atividades culturais e de lazer aos custodiados, colaborando na execução do trabalho dos servidores, ambientes mais salubres (ventilados, iluminados e protegidos das intempéries climáticas), cursos permanentes de capacitação e qualificação profissional, redução da jornada de trabalho, melhor remuneração, aposentadoria especial, estudos de gênero, visando a melhor compreensão das atribuições de homens e mulheres na instituição, considerando as peculiaridades e equidade na ascensão funcional. Em relação as ações do legislativo: revisão da legislação penal e dos direitos dos servidores, no caso plano de cargos e carreira publicada no dia 3 de abril de 2014, Lei Nº 4.490 que não contemplou na integralidade as necessidades da categoria, necessitando de emendas, como o direito à aposentadoria especial, e melhor remuneração do servidor. Em relação ao judiciário: aplicação de penas alternativas, monitoramento eletrônico visando reduzir a superlotação carcerária. O Ministério Público: Melhorar a fiscalização e cumprimento da Lei. Sociedade civil, maior participação na ambiência prisional como contribuinte e fiscalizador da execução da política penal na cobrança de resultados eficazes.



Sugere-se a efetividade de programas de qualificação profissional e a participação dos servidores frente às tomadas de decisões promovendo reuniões periódicas e implementação de novas tecnologias e programas voltados à saúde e qualidade de vida do servidor penitenciário, podem resultar em reconhecimento profissional, maior percepção do seu papel social como promotor da segurança pública e agente responsável pela promoção da cidadania do custodiado, bem como favorecer a melhor ambiência no trabalho e consequentemente, as suas relações familiares, afetivas e sociais.

A relevância social, econômica e científica deste estudo pode ser atribuída à divulgação dos resultados para a instituição AGEPEN-MS cedente da pesquisa, a fim de que haja a implementação de um programa de saúde ocupacional, assim como para os profissionais envolvidos, por métodos expositivos, e para a comunidade científica, por meio de congressos, palestras, eventos, levando a uma projeção dos conhecimentos obtidos e ao incentivo de que novos estudos sejam realizados com os servidores penitenciários, sob um novo prisma.

## 10. CONCLUSÃO

---

Conhecer a dinâmica da produção das nocividades geradas em cada situação de trabalho para viabilizar medidas de proteção, prevenção e promoção de saúde e qualidade de vida é fundamental. Os aspectos ambientais do trabalho podem também ser condicionantes importantes na produção de doenças ocupacionais, comprometendo a saúde física e mental do servidor.

O meio ambiente é o domínio que mais afeta a qualidade de vida dos servidores penitenciários do Estado de Mato Grosso do Sul. Este domínio é composto por questões que envolvem segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados com a saúde e sociais, participação em oportunidades de recreação e lazer e transporte.

Quanto maior o grau de instrução, menor a qualidade de vida psicológica.

Servidores que consideram sua renda insuficiente, têm menor qualidade de vida em todos os domínios.

Estresse psíquico, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e de saúde geral, estão diretamente relacionados àqueles sujeitos que utilizam medicação para dormir. Assim, servidores que dormem mais, tendem a ter melhores índices de saúde geral e qualidade de vida.

O fator renda pessoal afeta diretamente: estresse psíquico, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral.

Os oficiais em relação aos agentes e gestores apresentam melhor qualidade de vida e saúde geral.

Os servidores penitenciários do sexo masculino em relação aos do sexo feminino apresentam melhores escores quanto a qualidade de vida e saúde mental.

O servidor penitenciário apresenta uma menor qualidade de vida e uma menor satisfação na realização de suas atividades (como demonstrado pelos resultados deste estudo) e conseqüentemente, comprometimento da saúde mental e a qualidade de vida, afastando-se do serviço, onerando o Estado, o contribuinte e adoecendo. Por conseguinte, o trabalho do servidor penitenciário, que também é a de educador e ressocializador junto a população prisional, não é realizado satisfatoriamente.

As prisões apresentam um ambiente inadequado de trabalho, por sua insalubridade, pela má remuneração e pela carga horária excruciante, pois duplicam a jornada de trabalho visando melhor remuneração. O Estado visando minimizar

custos, transforma um servidor em dois, para economizar férias, décimo terceiro e todos os encargos devidos.

Ao retornar para o convívio social, muitos ex-custodiados acabam não conseguindo se adequar ao novo contexto e acabam por cometer novos delitos, voltando à situação de prisão, iniciando assim um novo ciclo.

Este trabalho dá suporte a necessárias iniciativas institucionais relacionadas a trabalhos preventivos e, possivelmente, à mudança de condutas pertinentes a atividade laboral desses servidores,

Alerta-se para a necessidade do apoio biopsicossocial deste servidor na sua prática profissional, devendo o mesmo receber todo o suporte necessário pelos resultados apresentados na pesquisa que visem a melhoria de sua QV e saúde geral.

Aponta-se para a necessidade de continuidade desta investigação, por meio estudos científicos, visando a qualificação e conhecimento das necessidades dos servidores penitenciários, que prestam serviço à sociedade e que muitas vezes encontram-se invisíveis.

É necessário imaginar, conceber a idéia de uma sociedade sem prisões. Enquanto isso não acontece, é preciso corrigir os rumos deste mal necessário (FOUCALT, 2006).



AASM. Sleep-related breathing disorders in adults; recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. **Sleep**, v. 22, p. 667-689, 1999.

ADORNO, S.; SALLA, F. Criminalidade Organizada nas Prisões e os Agentes do PCC. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo. 21 (61), p. 07-29, 2007.

AGÊNCIA ESTADUAL DE ADMINISTRAÇÃO DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. **Servidores, instituição, legislação, organograma, plano diretor, diretorias**. 2013.

AGUIAR, F. L. S; **ESTRESSE OCUPACIONAL: Contribuições das pirâmides Coloridas de Pfister no contexto polícia militar**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal Do Pará, Belém, 2007.

AKERSTEDT, T. Sleepiness as a consequence of shift work. **Sleep**, v. 11, n. 1, p. 17-34, 1988.

AKERSTEDT, T. Shift work and disturbed sleep, wakefulness ocup. **Med**; 53; 89-94, 2003.

ALBUQUERQUE, S. **Características psicológicas associadas à saúde dos estudantes do ensino superior**. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Tese de mestrado, 1999.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP RESEARCH (AASR). **The internation classification of sleep disorders, revised: diagnostic and coding manual**, Westchester: AASR, 2005.

\_\_\_\_\_. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, 3a Ed.. Washington, DC.: APA, 1979.

\_\_\_\_\_. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV, 4a. Ed.** Washington, DC: Author, 1994.

\_\_\_\_\_. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5 th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista Saúde Pública**, 40 (N. Esp.), p. 121-132, 2006.

ARAUJO, M. **Qualidade de vida dos professores do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul** (Tese de Mestrado), Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Brasília: UNB, 1999.

ASERINSK, E; KLEITMAN, N. Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep. **Science**, v. 118, n. 3062, p. 273-274, 1953.

AVELAR, L. Z.; IGLESIAS, A.; VALVERDE, P. F. Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade oncológica. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 475-481, 2007.

AXELSSON, J; KECKLUND, G.; AKERSTEDT T.; LOWDEN, A. Effects of alternating 8- and 12- hours shifts on sleep, sleepiness, physical effort and performance. **SCAND, J. Environ Health**, 24 (3): 62-8, 1998.

BARROS, R. P. et al. A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. In: HENRIQUES, R. (org.), **Desigualdade e pobreza no Brasil**, Rio de Janeiro: IPEA, 1995.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia básica**. 2. Ed. Atualizada. São Paulo: Livraria Santos Editora, p. 175, 2003.

BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L.; BRACINI, M. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professores de enfermagem: elementos para reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 384-354, 1999.

BENJAMIN, S., DECALMER, P. & HARAN, D. Community Screening for mental illness: A Validity study of general Elath questionnaire. In: **British Journal of Psychiatry**, 140, 174-180., 1982.

BILLINGHAM, L. J.; ABRAMS, K. R.; JONES, D. R. **Methods for the analysis of quality-of-life and survival data in health technology assessment**, 2013.

BITTENCOURT, L.R.A. et al. Sleep complaints in the adult brazilian population: a national survey based on screening questions. **J Clin Sleep Med**, v.5, n.5, p.459-463, 2009.

BLANKERTZ, L.E.; ROBINSON, S. E. Turnover intentions of community mental health workers in psychology rehabilitation services. **Community.Ment Health J.** 33(6): 517-29, 1997.

BOLGE, S.C..et al. Association of insomnia with quality of life, work productivity, and activity impairment. **Qual. Life Res.** v.18, n.4, p. 415-422, 2009.

BONNET, M.H.; ARAND, D. L. Clinical effects of sleep fragmentation and sleep deprivation. A clinical review. **Sleep medicine Reviews** 7 (4): 297-310., 2003.

BONONI, A, E.; PATRICK, D. L.; MARTIN, M. Quality of life measurement: Will we ever be satisfield, **JournalClinical Epidemiology**, v. 53, n.1, p.19-23, 2000.

BOWLING, A. Measuring health: a review of quality of life measurement scales. Maidenhead, Berkshire, **England: open University Press**, 2005.

BRASIL. Código Penal. **Decreto Lei n. 2.848, de 07.12.1940, atualizado e acompanhado de legislação complementar e súmulas**. 7ª edição. Ed. Revista dos tribunais, 2012.

\_\_\_\_\_.Código criminal, 1830.

\_\_\_\_\_.**Direitos Humanos no cotidiano: manual**, 2. Ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 2001.

\_\_\_\_\_.**Lei N. 7.210, Lei de Execução Penal**. Brasília, DF: Senado Federal, 1984.

\_\_\_\_\_.**Lei Nº. 8.072**. Brasília, DF: Senado Federal, 1990.

\_\_\_\_\_.**Lei Nº 12.121**, de 15 de dezembro de 2009: determina que os estabelecimentos penais destinados as mulheres tenham por efetivo de segurança interna somente agentes do sexo feminino. Brasília, DF, 2009

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação.Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira. Educação Superior: **Formação de professoras X demanda de educação básica**. Brasília: MEC, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução n. 5, de 19.7.1999. **Diretrizes Básicas de Política Criminal e Penitenciária**. Brasília: Imprensa Nacional, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Parecer contrário a PEC 308, 2009**.

Disponível: <<http://www.sindarspen.org.br/noticia.php?id=421>>

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Fundo Penitenciário Nacional: em números**. Brasília DF, 2012.

Disponível em: < <http://www.mj.gov.br/depen>>

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Perfil da população carcerária do Brasil e Estados**. Brasília, DF: Ministério da Justiça – Departamento Penitenciário Nacional, 2012.

Disponível em: [http://www.mj.gov.br/depen/sistema\\_brasil.htm](http://www.mj.gov.br/depen/sistema_brasil.htm)

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Apresentação do Plano Nacional de Segurança Pública**. Brasília, DF, 2000.

Disponível: <<http://portal.mj.gov.br/data/pages/MJ3444D0741TEMID2C7FC5BA>>.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA **Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos** – Brasília – OPAS – Representações do Brasil, 2000.

\_\_\_\_\_. **Regras mínimas para tratamento do preso**. Brasília, DF, 1994.

\_\_\_\_\_. Resolução n. 14, de 11.11.1994: **regras mínimas para o tratamento do preso no Brasil**: Ministério da Justiça, 1995.

BUARQUE, C. Qualidade de vida: a modernização da utopia. Lua Nova. **Revista de Cultura e Política**, v. 31, p. 1-22, 1993.

BUB, M.B.C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D.; WINK, S.; LISS, P. & SANTOS, E. K. **A noção de cuidado de si mesmo e o consenso de autocuidado na enfermagem, texto e contexto – enferm.**; 15; p. 152-157, 2006.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. Em: D. Czeresnia ( Org.). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 15-39, 2003.

BUSS, P. M. & FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1), p. 77-93, 2007.

BUSS PM. **Saúde, Sociedade e Qualidade de Vida**, 2010. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br>>

BUYSSE, D. J; GRUNSTEIN R. HORNE, J.; LAVIE, P. Can an improvement in sleep positively impact on health, **sleep Med Rev**,: 14 (6): 405-10, 2010.

CALAIS, S. L.; ANDRADE, L. M.. B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos jovens. **Psicologia: Reflexão e crítica**, 16 (2). p. 257-263, 2003.



CALMAN, K.C. Definitions and dimensions of quality of life. In: AARONSON, N. K.; BECKMANN, J. **The quality of life of cancer patients**. Nova York: Raven Press, 1987. articulação possível. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, v. 1, p. 89-116, 1999.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **PEC 308. Projeto de leis e outras providências.**, 2004. Disponível: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesweb/fichatramitacao.id.preposicao>>

\_\_\_\_\_. **Projeto de lei 7.663, 2010.**

Disponível: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesweb/fichadetramitacao.id.preposicao>>

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K.. **Famílias com idosos: ninhos vazios. Texto para discussão. N. 950 IPEA, Rio de Janeiro**, 2003. Disponível: <<http://www.ipea.gov.br>>

CAMPOS, H. H.; BITTENCOURT, L.R.A.; HAIDAR, M. A.; TUFIK, S.; BACARAT, E. C. Prevalência de distúrbios do sono na pós-menopausa. **Rev. Bras Ginecol Obstet** ; 27 (12): 730-6, 2005.

CARDOSO, W. L. C. D. Qualidade de vida e trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, . V. 1, p. 89 -116, 1999.

CARDOSO, F. H. **Modelo de desempenho de irregularidades longitudinal: Berços para múltiplas cargas**. PAB, MC, pg. 133, 2012

CARVALHO, A.. B. **Qualidade de vida dos profissionais de saúde do hospital do câncer de Campo Grande/MS. 2009**. 98 f. Dissertação (Mestrado Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (ORG.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, V.4. p. 31-76, 1997.

CASTRO, M. de, et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. **Revista Associação Médica Brasileira**, 49(3), 245-249, 2003.

CAVALHEIRO, A. M.; MOURA JR, D. F. & LOPES, A. C. **Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva**. **Revista latino americana de enfermagem**, p.16, 29-35, 2008.

CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida**. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo (EPM), São Paulo, 1997.

\_\_\_\_\_. Medidas de avaliação de qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.43, n.2, p. IX-XIII,. 2003.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P.A. Desenvolvimento do Whoqol-Breve. In: FLECK, M.P.A. (org). **A avaliação da qualidade de vida: guia para os profissionais de saúde**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, p.60-74, 2008.

CHADWICK, B.A.; ALBRECHT, S.L.; & KUNZ, P. R. Marital and family role satisfaction. **Journal of Marriage and the family**, p. 38, 431-440, 1976.

**CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL SOBRE DROGAS, CID 10.** Disponível em: <[www.cid10.com.br/index.php/programas](http://www.cid10.com.br/index.php/programas)>

CLONINGER, Susan C. **Teorias da personalidade**. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2003.

COFFEY, L. C.; SKIPPER, J. K.; JUNG, F.D. Nurses and shift work: effects on job performance and job, related stress. **Journal of advanced nursing**, 13, 245-254, 1988.

COLEMAN, J. C. **Psicologia do anormal e a vida contemporanea**. Trad. Dante Moreira Leite & Miriam L. Moreira Leite. São Paulo: Pioneira, 1973.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Rumo a um modelo conceitual para análise e ações sobre os determinantes sociais de saúde**. Rio de Janeiro: CNDSS, Mimeo, (tradução), 2005.

CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA. **Expansão do sistema prisional no Brasil: reveses e possibilidades para o século XXI**, Curitiba (PR), 26 a 29 de Julho de 2011.

CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE DROGAS. **CID 2013**. Disponível em: < [http:// www.cid2013.com.br](http://www.cid2013.com.br)

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Falando Sério sobre Prisões, Prevenções e Segurança Pública. Proposta do Conselho Federal de Psicologia para o enfrentamento da crise no sistema prisional**. Brasília: CFP, novembro de 2008.

CONSELHO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde**, 2008.  
Disponível em:< [http:// www.cndss.fiocruzbr/pdf/home/relatório.pdf](http://www.cndss.fiocruzbr/pdf/home/relatório.pdf)>

CONSELHO NACIONAL DA JUSTIÇA. **Projeto começar de novo**, 2012. Disponível em: < <http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/sistema-carcerário-e-execucaopenal/p-comecar-de-novo>>

CONSELHO NACIONAL DA JUSTIÇA. **Departamento de monitoramento e fiscalização do sistema carcerário nacional**, 2013. Disponível em: < <http://www.cnj.jus.br/sobreocnj.estruturaorganica>>

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (1988):**Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**,. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 264p., 2008.

COOPER, C. L.; DEWE P. J.; O`DRISCOLL, M. **Stress and work organizations: a review and critique of theory, researh and applications**, Califórnia: sage, 2001.

CORECON DF: CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA DO DISTRITO FEDERAL. **A mensuração da desigualdade de gênero: um índice para os estados brasileiros**, 2012. Disponível: [www.ebc.com.br/2012/11/estudante-e-premiada-por-trabalho-que-cria-índice-de-desigualdade-de-genero-para-o-brasil](http://www.ebc.com.br/2012/11/estudante-e-premiada-por-trabalho-que-cria-índice-de-desigualdade-de-genero-para-o-brasil).

CORREIO DO ESTADO. **MPE faz recomendações para melhorar condições de presídios**, Cidades, pg. 16, 18 de setembro de 2013 a.

CORREIO DO ESTADO. **MS tem uma das piores situações de superlotação carcerária do Brasil**, Cidades, 07 de setembro de 2013b.

CORREIO DO ESTADO. Caderno Cidades. **MPE quer impedir novos presos em penitenciárias**, pg. 16,, 2 de agosto de 2013.

CORREIO DO ESTADO. Caderno cidades. **MS é o segundo estado do Brasil em número de suicídios**, pg. 13., 9 de setembro de 2013.

COSTA, G. Effects on health and well-being. In: Colquhoun W.P. COSTA, G, FOLKARD S.; KNAUTH P. editors. **Schiftworks: Problems and solutions**. Frankfurt: PETER,L, 1996.

CPI DO SISTEMA CARCERÁRIO. **Câmara dos deputados, biblioteca digital da câmara dos deputados**, 2008.

Disponível em: < [http://www. bd.camara.gov.br/bd/bitstram/handle/.../2701/cpi-sistema-carcerario.pdf](http://www.bd.camara.gov.br/bd/bitstram/handle/.../2701/cpi-sistema-carcerario.pdf)>

CRUZ, J. F.; GOMES, A. R.; MELO, B. M. **Stress e burnout nos psicólogos portugueses. Braga: Sistemas Humanos e organizacionais**, 2000.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.Em:D.Czeresnia& C.M. FREITAS (Orgs.), **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **European strategies for tackling social inequities in health**.Levelling up Part 2, 2007.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N.O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.11, n. 4, p.532-538, jul;ago, 2003.

DAVIS, K.; WHERTHER. W. B. **Administração de pessoal e recursos humanos**. São Paulo: Mc Graw-Hill, 1983.

DAWSEY, J.C. Coisa de Macunaíma: **cultura e dialética da qualidade de vida**. In: **MOREIRA, W.W. (org.). Qualidade de vida: complexidade e educação**. Campinas: Papirus, P. 27-44, 2001.

DEJOURS, C. A carga psíquica 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, p. 21-32, 1994.

DELA COLETA, M. F. **Locus de controle e satisfação conjugal**. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade de Brasília. Brasília. 1989.

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS.DC.**American Psychiatric Association**, 4.Ed. Washington, 2003.

DIKEOS, D.G.; SOLDATOS, C.R. the condition of insomnia: etiopathogenic considerations and their impact on treatment practices. **International Review of Psychiatry**, 17, n.4, p.255-262, 2005.

DSM-IV. Classificação das doenças mentais: CID-10. **Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais**, 4ª edição, 2000.

DYNIWICZ, A. M.; MOSER, A. D.; SANTOS, A. F.; PIZONI, H. **Fisioterapia e movimento**. Jun\set, 22(3); 457-466, 2009.

EFFINGER, J.; NELSON, L. C.; STARR, J. M. Understanding circadian rhythms: A holistic approach to nurses and shift work. **Journal of holistic nursing**, 13, 306-322, 1995.

EHSANPOUR, S.; EIVAZI, M.; & DAVAZDAH-EMAMI, S. Quality of life after the menopause and its relation with marital status. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, 12(4), 130-135, 2007.

ESPIE, C. A. et. A controlled comparative investigation of psychological treatments for chronic sleep-onset insomnia. **Behav. Res. Ther.**, v.27, p. 79-88, 1989.

EY, H.; BERNARD, P.; & BRISSET, C. **Manual de psiquiatria**. São Paulo: Masson, 1978.

FARIAS, M. A. **Satisfação e insatisfação no casamento: um estudo quantitativo. Tese de doutorado não publicada**. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.

FERRARA, M., De GENARRO, L. How much sleep do we need? **Sleep Medicine**, 5(2), 155-179. 2001.

FERREIRA, A. B..H. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa/ Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação de edição Maria Baird Ferreira**. 8 ed. Curitiba: Positivo, p. 960 , 2010.

FERREIRA, D. K.; AUGUSTO, L.; SILVA, J. Condições de trabalho e percepção da saúde de policiais militares. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 16, n.3, p. 403-420, 2008.

FERREIRA, P., L.; SANTANA, P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 21(2), 15-30, 2003.

FISCHER, F.M. **Efeitos do trabalho em turnos fixos e de revezamento para a saúde dos trabalhadores**. CUT, Brasil, p.5-8, 1997.

\_\_\_\_\_.et al. **Aging at work: survey among health care shift workers of São Paulo, Brazil**. Proceedings of the IEA 2000/HFES 2000 Congress, San Diego, Califórnia USA, v.4, p.39-41, jul –aug, 2000.

FISCHER, F.M; LIEBER, RR; BROWN, F. M. Trabalho em turnos e as relações com a saúde doença. In Mendes, R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

FISCHER, F. M; MORENO, C.R.C; ROTENBERG, L. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: atheneu, 2004.

FISCHER, G. N. **Traité de Psychologie de La Santé**. Paris: Dimond. 2002.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M.P.A. (Org.). **A avaliação da qualidade de vida: guia para os profissionais de saúde**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, p. 20-26, 2008.

FLECK, M.P.A. et al. **A avaliação de qualidade de vida guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008 p. (Número de chamada na biblioteca UCDB: 613 a 945, 2008

\_\_\_\_\_.Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.1, p. 9-13, 19-28, 1999.

\_\_\_\_\_.Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100), **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n.2, p.198-205, abr. 1999b.

\_\_\_\_\_.O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde ( WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 33-38, 2003.

Disponível em : < [http:// www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf)>

FOUCAULT, Michel. Estratégia, **Poder-saber. Organização e seleção de textos**: Manoel Barros da Motta. Tradução de Vera Lúcia Avelar Ribeiro. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, coleção Ditos e Escritos, volume IV, 2006 [1975].

\_\_\_\_\_.**Microfísica do Poder**. 18º Edição.Organização, Introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado. São Paulo: Graal, 2003.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: História da violência nas prisões**. Tradução de Ligia M. Pondé Vassalo. 3ª Edição. Editora Vozes.. Petrópolis. 1984 [1975].

GIGLIO, J. S. **Bem estar emocional em universitários: um estudo preliminar**. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, 1976.

GILLBERT, M. Subjective and objective sleepiness in the active individual.**Int.J. Neurosci**, v. 52, n. 1-2, p. 29-37, 1990.

GLOBO TV, BRASIL. **Ministro de justiça diz que “ prefere morrer” a ficar preso**, 2012.

Disponível em: <<http://globoTV.globo.com/ministro-da-justica>

Acesso em: 14.11.2012

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 8º Edição. São Paulo: Editora Perspectiva. [1961], (Debates, 91 / dirigida por J. Guinsburg), 2008.

GOLDBERG, D. P. The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assesment of non-psychotic psychiatric illness.Londres: **Oxford University Press**, 1972.

\_\_\_\_\_.**Questionário de saúde geral de Goldberg: manual técnico QSG: adaptação brasileira**. Tradução de L. Pasquali, V.V. Gouveia, W.B. Andriola. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

\_\_\_\_\_.Identifying psychiatric illness among general medical patients.**British Medical Journal**, 291, 162-164,1985.

GOLDBERG, D. P.; RICKELS, D.; DOWNING, R; & HESBACHER, P..A comparison of two psychiatric screening tests.British Journal of Psychiatry, 1976.

GOMES, L. F. **População prisional: Brasil vai passar EUA em 2004**. Instituto de pesquisa e cultura Luiz Flávio Gomes.  
Disponível:<[http://www.ipcluizflaviogomes.com.br/dados/1evoluçãodapopulaçãocar\\_cerária\\_e\\_nacional.pdf](http://www.ipcluizflaviogomes.com.br/dados/1evoluçãodapopulaçãocar_cerária_e_nacional.pdf)>

GOMES, R. A.; CRUZ, J. F. **A experiência de stress e burnout em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de gênero**. P. 193, 2004.

GONÇALVES, A. Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida. In: GONÇALVES, A; VILARTA, R. (Orgs.). **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas**.Barueri: Manole, p. 17-26, 2004.

GOTTMAN, J. M. **What predicts divorce? The relationship between marital process and marital outcome**.Hillsdale: Lawrence Erlbaum. 1994.

GOTTMAN, J. M.; KROKOFF, L. J. Marital interaction and satisfaction: a longitudinal view. **Journalofconsultingandclinicalpsychology**, p.57, 47-62. 1989.

GOULART, I. B.; SAMPAIO, J. R. Qualidade de vida no trabalho: uma análise da experiência de empresas brasileiras. In: SAMPAIO, J. R. (Org.). **Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 19-37, 1999.

GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia: adaptando o trabalho ao homem**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GUIMARÃES, L.. A ; GRUBITS, S (Orgs). **Série Saúde mental e trabalho, vol. 4**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, pg 2719, 2008.

HAJAK, G; CLARENBACH.P.;FISCHER, W; HAASE. W; RUTHER.E..Zopiclone improves sleep quality and daytime well-being in insomniac patients: comparison with triazolam, flunitrazepam and placebo. **Int. Clin. Psychopharmacol**.V.9, n.4, p.251-261,1994.

HARRISON, T. R. et al. **Medicina interna**. 17 ed., São Paulo: Editora AMGH, 2008.

HICKS, M.; PLANT, M. Marital happiness and stability: a review of research in the 60"s. **Journal of marriage and family**, 32, 553-574.

HOFFMANN, R. **Considerações sobre a evolução recente da distribuição de renda no Brasil**. **Revista de Administração de empresa**, v. 13, n. 4, Fundação Getúlio Vargas, Sao Paulo, 2000.

HUSE, E.; CUMMINGS, T.**Organization development and change**. St. Paul: West Publishing Company, 1985.

HUTZ, C. S. & NUNES, C. H. S. S. **Escala Fatorial de Neuroticismo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

IEMEB: INSTITUTO ESPECIALIZADO EM MERCADO EMERGENTE NO BRASIL. **Casa própria desejo de 7,9 milhões de famílias**, 2013.

INSÔNIA DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO. **III Consenso Brasileiro de Insônia**, 1ª ed., São Paulo: Editora OMN Farma, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000 : características da população e dos domicílios, resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. Censo demográfico 2010: Mato Grosso do Sul.  
Disponível:<[http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php?uf=50](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=50)>

KASLOW, F., HANSON, K., & Lundblad, A.M. Long term marriages in sweden: and some comparisons with similar couples in the United States. **Contemporary Family therapy**. 16(6), 521-537,1994.

KASLOW, F.; HAMMERSCHMITH, H. Long- term “good” marriages: the seemingly essential ingredients. **Journal of couples therapy**, 3 92\3), 15-38, 1992.

KASLOW, F.; ROBINSON, J. A. Long term satisfying marriages: perceptions of contributing factors. **The American journal of family therapy**, 24(2), 153-170. 1996.

KRYSTAL, A.D. et al. Sustained efficacy of eszopiclone over six months of nightly treatment: results of a randomized, Double-blind, placebo controlled study in adults with chronic insomnia. **Sleep**, v.26, p.793-799, 2003.

KRYSTAL, A.D. Treating the health, quality of life, and functional impairments in insomnia. **J.Clin.Sleep.Med.**, v.3, n. 1, p. 59-68, 2007.

KYLE, S. D.; MORGAN, K; ESPIE, C. A. Insomnia and health-related quality of life. **Sleep Med. Rev.**, v. 14, n. 1, p. 69-82, 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica**, 5 ed. São Paulo: Atlas, p. 23, 2007.

LAVILLE, A. Ergonomia. São Paulo: EPU, 1977.

LEGISLAÇÃO DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO – Brasília: MTE, SSST, 2000.

LEITE, F. H. C.; BIN, M. C.; SCHMITZ, W. O. **Produção do artigo científico**. Dourados: Seriem, 2009.

LEITER, M. P. & HARVIE, P. Bournout among mental health workers: A review and research agenda. **International Journal of social Psychology**: 42, 90-101,1996.

LEWIS, R. A. & SPANIER, G. B. Theorizing about the quality and stability of marriage. In W. R. Burr, R. HILL, F. I. Nye, & L.I. REISS (org.), **Contemporary theories about the family** (Vol. 1, pp. 268-294). Nova York: The Free Press,1979.

LIMONGI-FRANÇA, A.C. **Indicadores empresariais de qualidade de vida no trabalho: esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufaturas com ISO9000**. Tese (Doutorado) – Departamento de Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo,1996.

LIPP, M. E. N.; ROCHA, J.C. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida**. 2. Ed. Campinas: Papirus, 1996.

LOOMIS, A. L.; HARVEY, E. N.; HOBART, G. Further observations on the potential rhythms of the cerebral cortex during sleep. **Science**, v.82, p.2122, p.198-200, 1935.

LOPES, R. **Atualidades do discurso disciplinar: a representação da disciplina e do disciplinar na fala dos agentes de segurança penitenciária**. 1998. 207 f. Dissertação (mestrado em Psicologia: Psicologia Escolar) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo (IP-USP/SP), 1998.

MACNAMARA, M.L.L., & BAHR, H. M. The dimensionality of marital role satisfaction, **Journal of marriage and the family**, 42(2), 45-55, 1980.

MADSEN, N. Plano nacional de educação em disputa. **A superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da desigualdade racial, regional, de gênero e de orientação sexual**. Ed. Braziliense, 2014.

MARTINEZ, D. **Prática da medicina do sono**. São Paulo: BYK, 1999.

MATO GROSSO DO SUL. **Lei n. 1.102, de 10 de outubro de 1990. Estatuto dos Funcionários Públicos Civis**.

Disponível em: <HTTP:// www. Agepen.ms.gov.br (legislação)>

\_\_\_\_\_. **Lei n. 2.152, de 26 de outubro de 2.000, dispõe sobre a organização da estrutura básica do poder executivo do Estado-MS.**, Publicada no Diário Oficial do Estado MS em 26.Out, 2000.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 2.518, de 25 de setembro de .2002. Institui a carreira segurança penitenciária no grupo ocupacional Segurança do plano de cargos, empregos e carreiras do poder executivo**. Publicada no Diário Oficial do MS, 26.09.2002.

\_\_\_\_\_. TRIBUNAL DE JUSTIÇA. **Inquérito civil n. 0500755-03.2013.8.12.001, interdição dos presídios do Estado MS, e outras providências**, 2013.

Disponível em: <http:// www. [tjms.jus.br](http://www.tjms.jus.br)>

\_\_\_\_\_. **Decreto Lei n. 12.140, de 17 de agosto de 2006. Regimento Interno Básico das Unidades Prisionais/MS**: Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública, Agência Estadual do Sistema Penitenciário/AGEPEN, 2006.

MAURICE; FISCHER, F.M. Trabalho em turnos: alguns aspectos econômicos, médicos e sociais. **Ver. Bras.Saúde ocup**, v.9, n.36, p.5-40, 1981.

MAYER, V. M. **Síndrome de Bournout e qualidade de vida em Policiais Militares de Campo Grande /MS**, 157p. – Dissertação de Mestrado – Programa de Mestrado em Psicologia. Universidade Católica Dom Bosco. (UCDB), 2006.

MCCRAE, C. S., WILSON, N. M., LICHSTEIN, K. L., H. H., TAYLOR, D. J., BUSH, A. J., & RIEDEL, B. W. “Young old” and “old old” poor sleepers with and without insomnia complaints. **Journal of psycho somatic research**, 54 (1), 11-19, 2013.

MEIRELLES, A. C. P. R. **Níveis de prevenção: conceito e relação com as funções do médico de saúde pública**, 2008.



MEIRELES, A. C. P. R. **Níveis de prevenção: conceito e relação com as funções do médico de saúde pública**, 2006.

Disponível em: < <http://WWW.saudepublica.web.pt/trabcatarina/prevencao/tab.pdf>>

MEIRELLES H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. Editora Saraiva: São Paulo. 30ª edição. 2005.

MELLO, M.T.SANTANA, M. G.; SOUZA, L. M.; OLIVEIRA, P.C.S.; VENTURA, M. L.; STAMPI, C.; TUFIK, S. Sleep patterns and sleep-related complaints of Brazilian interstate bus drivers. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, v.33, n.1, p.71-77, 2000.

MELO, A. L. N.. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.

MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R; CONSTANTINO, P. Riscos percebidos e vitimização de policiais civis e militares na (in) **segurança pública**. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2767-2779, 2007.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (MJ); DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). **Relatório da situação atual do sistema penitenciário: agentes técnicos e pessoal administrativo**. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional, 2011.

\_\_\_\_\_. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). **Sistema penitenciário no Brasil, dados consolidados**:. Brasília, DEPEN, 2008.

\_\_\_\_\_. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN). **Sistema penitenciário no Brasil, dados consolidados**:. Brasília, DEPEN, 2013.

\_\_\_\_\_. PRONASCI. **Programa nacional de atenção à saúde dos servidores de segurança Pública**. Brasília, DF. 2011.

\_\_\_\_\_. DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (DEPEN) e CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro**. Brasília, 2007.

MIRANDA, E. S. Satisfação conjugal e aspectos relacionados a influência da comunicação, da semelhança de atitudes e da percepção interpessoal. **Arquivos brasileiros de psicologia**, 39 (3), 96-107, 1987.

MORA, J. F. **Dicionário de filosofia**. Lisboa: Don Quixote, 1994.

MOREIRA, M.M.S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

MORENO, Francine. **Lições da vida: A maturidade traz uma série de benefícios**. São José do Rio Preto, 2010.

Disponível: <<http://diariodaweb.com.br/novoportal/noticias/comportamentos/133908> + maturidade + traz + uma + série + de + benefícios. Asp>

MORIN, M. Pester em Bonnesanté, evite La maladie: La bataille Du risque. P. 47-94. Em: **M. Morin. Parcours de Santé**. Paris: Armand Colin., 2004.

MUHLEN, V.; SILVERSTEIN, K.; CONNOR, B. **A community- based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women**, p. 123, 1995.

MUSSCHENGA, A.W. **The relation between concepts of quality of life, health and happiness, Society for Health and Human Values, Chicago**, v. 22, n. 1, p.11-28, 1997.  
Disponível em:<<http://jmp.oxfordjournals.org/content/22/1/11.full.pdf.html>>.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**.3 ed., Editora atual, Londrina: Madiograf, p. 278, 2003.

NEAR, J. P; RICE, R. W.; HUNT, R. G. Work and extra-work correlates of life and job satisfaction. **Academy of Management Journal**, v. 21, n. 2, p. 248-264, 1978.

NIEVA, V. F.; PERKINS, D. N. T.; LAWLER, E. E. Assessment of a collaborative selection process.**Journal of Occupational Behaviour**, v.1, n.1, p. 43-52, 1980.

NORDENFELT, L.Introduction. In: NORDENFELT, L. (ED.). **Concepts and measurement of quality of life in health care**.London: KruwerAcademicPublishers, p. 1-15, 1994.

NOVELLI, M. M. P. C. **Validação da escala de qualidade de vida com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiares**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, D. L. A nova saúde pública e a promoção de saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 13 (3), p. 423-431, 2005.

OLIVEIRA, J. A. **Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduando**. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2006.

OLSON, D. H. Family types, family stress and family satisfaction: a family development perspective. In C. J. Falicov (org.), **Family transition: continuity and change over the life cycle** p.55-80. Nova York: Guilford. 1988.

OLSON, D. H.; STEWART, K. L. **Family systems and health behaviors**.In **H.E. Schroeder, (org), new directions in health psychology assessment**.P. 27-64. Nova York: Hemisphere. 1991., São Paulo, v. 20, n.3, p. 305-310, 2007.  
Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a10v20n3.pdf>>. Acesso em: 10 de dez 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos, Assembléia Geral das Nações Unidas de 1948**. Brasília DF, 1950.

\_\_\_\_\_.**Declaração Universal dos Direitos Humanos: adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948**. Brasília, DF, 1998.  
Disponível em: <[http:// unesdoc.unesco.org/imagens/0013/001394/139423por.pdf](http://unesdoc.unesco.org/imagens/0013/001394/139423por.pdf)>.

\_\_\_\_\_.**The Word Health Report 1998: Life in the 21 st Century – a vision for all**. Genebra: WHO, 1998.

\_\_\_\_\_. The World Health Report 1998: **Life in the 21 st Century – a vision for all**. Genebra: WHO, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **10 DATAS SOBRE LA SALUD MATERNA**. Washington, DC., 2010.

Disponível em: <[http:// www.who.int/features/factfiles/maternal-health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/maternal-health/es/)>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPA). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate**. Brasília, OPAS/OMS, 2011.

PAIM, I. **Curso de psicopatologia**. São Paulo: EPU, 1986.

PAIVA, Teresa; ANDERSON, Monica Levy; TUFIK, Sergio et al. **O Sono e a Medicina do Sono**. Instituto do sono, Barueri, São Paulo: Minha Editora, 2014.

PARIKH, P.; TAUARI, A.; BHATTACHARYA, T. Occupational stress and coping among nurses. **Journal of health management**, 6, 115-127, 2004.

PASCHOA, S.; ZANEI, S.S.V.; WHITAKER, I. Y. Qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2001.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. Dissertação (mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000.

PASQUALI, L.; NOGUEIRA, A.M.P.; MARTINS, A. E. O.; & MARTINS, F. M. de M.C. Atitude frente ao doente mental. In: **Revista de Psicopatologia**, p. 5, 37-67, 1987.

PASQUALI, L. et al.. **Questionário de Saúde Geral de Goldberg. Manual Técnico QSG, adaptação brasileira**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

PASQUALI, L. et al. **Psicometria: Teoria e aplicações**. Brasília: Editora da UNB, 1997.

PEDROSO, Regina Célia. **Os signos da opressão – Condições Carcerária e Reformas Prisionais no Brasil 1890- 1940**. Dissertação de Mestrado em História Social apresentada ao Departamento de História da Faculdade de Filosofia Letras e Ciências da Universidade de São Paulo, 1995.

PEIXOTO, C. E. Aposentadoria: Retorno ao trabalho e solidariedade familiar IN: PEIXOTO, C. E. (org) **família e envelhecimento**. Rio de Janeiro, p.144, 2004.

PEREIRA, L. Z.; BRAGA, C. D.; MARQUES, A. L. Estresse no trabalho: Estudo de caso com gerentes que atuam em uma instituição financeira nacional de grande porte. **Revista de Ciências da Administração**, v. 10, n.21, p. 175-196, mai/ago, 2008.

PINTO JUNIOR, L. R. Insônia. In: TUFIK, S. ( Ed.). **Medicina e biologia do sono**. Barueri: Manolo, p. 206-217, 2008.

POYARES, D.; Tufik, S. I consenso Brasileiro de Insônia. **Hypnos Journal of clinical and experimental sleep research**, 4(2), 1-45, 2002.

PRAVDA. RU.BRASIL. **No Brasil, sistema prisional está perto do colapso**.

Disponível em: <[http:// port.pravdaru>sociedade>curiosidades>](http://port.pravdaru>sociedade>curiosidades>)>

PRAZERES, P. M. **Dicionário de termos de qualidade**. São Paulo: Atlas, 1996.

QUEIRÓS, P. J. **Burnout no trabalho conjugal em enfermeiros portugueses**. Coimbra: Edições sinais Vitais, 2005.

RAJARATNAM, SM.; ARENDT, J. Health in 24-h society. **Lancet**, v. 358, n.9286, p.999-1005, 2001.

RATTNER, H. Indicadores sociais e planificação do desenvolvimento. **Revista de Administração de Empresas**, v. 17, n. 1, p. 21-27, 1977.

REBOUÇAS, R. **Satisfação e impacto do trabalho sobre profissionais de diferentes serviços de saúde, complexo Juliano Moreira**. Rio de Janeiro: NESC/UFRJ, 2005.

RECHTSCHAFFEN, A.; KALES, A. **A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects**. Washington: Government Printing Office, 1968.

RECONDO, Felipe. **Governador quer criar 42,5 mil vagas em Penitenciárias**. São Paulo, 2011.

Disponível em: <<http://criar-425-mil-vagas-em-penitenciarias,8021390htm>>

REGIS FILHO, G. I. **Síndrome da má adaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonômica**. Itajaí: UNIVALI, 2000.

REGIS FILHO, G.I; LOPES, M. C. Trabalho noturno e estresse – estudo de caso em uma indústria do setor de alimentos – uma abordagem ergonômica. **Ciênc. Saúde**, Florianópolis, v. 16, n. 1 e 2, p. 72-95, jan/dez. 1997.

REIMÃO, R. Sono: **estudo abrangente**, 2ª edição , São Paulo: Atheneu.1996.

REVISTA DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Saúde e Direitos Humanos. Ano XXIV, n. 107 – p. 18-20, Junho/ 2013.

ROBALO, J.Paradigmas da promoção, prevenção e cuidados em saúde. Em: M. Lopes; F. Mendes; A. Moreira (Orgs). **Saúde, educação e representações sociais: exercícios de diálogo e convergência**.Coimbra: Formasau, 2009.

ROLLINS, B.; CANNON, K. **Marital satisfaction over family life cycle: a reevaluation** *Journal of marriage and the family*, 36(2), 271-282,1974.

ROLLINS, B.; FELDMAN, H. Marital satisfaction over the family life cycle: *Journal of marriage and the family*, 32 (1), 20-28,1970.

R7, BRASIL. **Preso federal custa mais que o dobro de um universitário**.

Disponível em: < <http://noticiasR7.com/brasil/...preso.federal-custa-mais-que-o-dobro-que-universitario>>

SANTOS, Ana Flávia de Oliveira; CARDOSO, Carmen Lúcia. **Profissionais de Saúde Mental: Estresse, Enfrentamento e Qualidade de Vida**. Psicologia: Teoria e Pesquisa,

Ribeirão Preto, v. 26, n. 3, p.543-548, Universidade de São Paulo, 2010.  
Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a17v26n3.pdf>>

SCATOLLIN, F. A. .A. **Qualidade de vida: A evolução dos conceitos e os instrumentos de medida**. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*. Sorocaba, v.8, n.4, p. 1-5, 2006.

Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/175/119>>.

SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO DO MATO GROSSO DO SUL.  
**Concurso público de provas e títulos SAD, 2013.**

Disponível em: <<http://www.concurso.ms.gov.br>\ location=editais-complemento e concurso.  
Acesso: agosto, 2013.

SEIDI, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro,v..20,n.2, p.580-588,2004.

Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>.

SENADO FEDERAL,**SIGA BRASIL**.

Disponível em: <<http://www.12.senado.gov.br/orcamento/sigabrasil>>

SENASP. **Ministério da Justiça divulga grandes pesquisas em Segurança Pública, 2012.**

Disponível: : <<http://www.ead.senasp.gov.br>>

SHARLIN, A. S, KASLOW, F., & HAMMERSSCHMIDT, H. Together through thick and thin: a multinational picture of long-term marriages. Nova york: **The Haworth clinical practice press**, 2000.

SILVA, R. S. Introdução ao estagiamento do sono humano. **Braz. J. Epilepsy Clin.Neurophysiol.**, v.3, n.2, p. 187-199, 1996.

SILVEIRA, A. Psicologia Fisiológica. **Matern e Inf**, v.25, n.1, p.205-252, 1966.

SIMÕES, R. Qualidade de vida na (qual) idade de vida. In: MOREIRA, W.W. (org). **Qualidade de vida: complexidade e educação**. Campinas: Papyrus, 2001.

SOARES NETO, J. F. P. Santé. Em: Andieu (Org.). **Le dictionnaire Du corps em scienceshumaines e sociales**. P. 455-457. Paris: CNRS Editions, 2006.

SOUZA, J. C.; CARVALHO, A. B. Pesquisas sobre qualidade de vida, desenvolvidas no mestrado em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. **Psicólogo in formação**, São Paulo, ano 14, n. 14, p. 71-79, 2010.

SOUZA, J. C.; GUIMARAES, L. A. M. **Insônia e Qualidade de Vida**. Campo Grande, MS: UCDB, p. 194 . (Número de chamada na biblioteca da UCDB: 616.849 S729i 1999), 1999.

SOUZA, J. C.;. Insomnia and the use of hypnotic drugs in the State of MatoGrosso do Sul, Brazil. **Sleep Science**, v.2, n.3, p. 147-150, 2009.

SOUZA, J. C. **Qualidade de vida e saúde**. São Paulo: Vetor, 2011.

SPANIER, G. B., & LEWIS, R.A. **Marital quality: A review of the seventies: A closer look at self and spouse influences upon the use of maintenance behaviors in marriages, family relations**, 48 (3), 263-269. 1999.

SPECCHIO, L.M. et al. Insomnia, quality of life and psychopathological features. **Brain Res. Bull.**, v. 63, n.5, p.385-391, 2004.

SPLIKER, B. **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**. 2 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1996.

STEDILE, N. L. R. **Prevenção em saúde: comportamentos profissionais a desenvolver na formação do enfermeiro**. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós graduação de educação – área metodológica do ensino, da Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 1996.

STEPTOE, A., e WANDLE, J. The European Health and behaviour survey: The development of an international study in health psychology. **Psychology of health**, 11, 49-73, 1996.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

STROEBE. **Psicologia Social e Saúde**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

STROEBE, W.; STROEBE, W. **Determinantes do comportamento de saúde: uma análise ao nível da psicologia social**. p. 31-71. Em: W. STROEBE, W., 1995.

TEIXEIRA, L. R. **Efeitos das atividades diárias nos níveis de sonolência, em estudantes do ensino médio, trabalhadores e não trabalhadores**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Ambiental, 2006.

TREVIZOL, R. A.. **Estresse ocupacional – satisfação no trabalho e transtornos físicos e psicológicos em enfermeiros**. Criciúma, SC: Ed. do autor, 2001. p. 36. Monografia (Especialização de Gestão da Unidade Básica de Saúde), Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2001.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument ( the WHOQOL). In: Orley, J., Kuyken W. editors. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag; p. 41-60, 1994.

THORTEFS DOTTIR, B., BJORNSSON, J. K., BENEDIKSS DOTTIR, B., GISLASON, T. H.; KRISTBJARNARSON, H. Sleep and sleep habits from childhood to young adulthood over a 10 – year period. **Journal of psychosomatic research**, 53 (1) , 529-537. 2002.

TRIBI, G., SCHMEISER – RIEDER, A., ROSENBERGER, A., SALETU, B., BOLITSCHKE, J., KAPFHAMMER, G., KATSCHNIG, H., HOLZINGER, B., POPOVIC, R., KUNZE, M., & ZEITHOFER, J. Sleep habits in the Austrian population. **Sleep Medicine**, 3 (1), 21-28, 2002.

TUMMERS, G.; MERODE, F.; LANDEWEERD, A.; & CANDEL, M. Individual-level and group-level relationships between organizational characteristics, work characteristics, and psychological work reactions in nursing work: A multilevel study, **International Journal of Stress Management**, 10, 111-136, 2003.

VARELLA, D. **Estação Carandiru**. 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

VERSTER, J. C. The alcohol hangover. A puzzling phenomenon. **Alcohol Alcohol**. 43: 124-126, 2008.

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, Niteroi, v.6, n. 2. 2007.

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de vida: concepções básicas voltadas à saúde. In: GONÇALVES A.; VILARTA, R. (Orgs.). **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, p. 27-62, 2004.

VON MUHLEN, D. G.; KRITZ, S., D.; BARRETT-CONNOR. A community based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. **Maturitas**; 22(2): 71-8, 1995.

WEISHAUS, S., & FIELD, D. A half century of marriage: continuity or change? **Journal of marriage and the family**, 50 (3), 763-774. 1988.

WESTLEY, W. A. **Problems and solutions in the quality of working life**. **Human Relations**. V. 32, n.2, p. 111-123, feb. 1979.

WHOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going. **J.Clin. Epidemiol**, v. 52, n.4, p. 355-363, 1999.

WHOQOL Group. The development of life World Health Organization quality of life assessment instrument the WHOQOL. In: Orley, J., Kuyhen W. editors. **Quality of assessment : international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, p.41-60. 1994.

\_\_\_\_\_. **The Word Healt Organization. Quality of Life assessment (WHOQOL)**: position paper from the Word Healt Organization Soc.Sci. Med. 41 (10):1403-9, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZARTION (WHO). **Health of elderly: background document**. Geneve: WHO, 1995

\_\_\_\_\_. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. WHO Technical Support Series, Genebra: WHO\NUT\NCD, n. 894, 2000.

\_\_\_\_\_. **Health of elderly: background document**. Geneve: WHO, 2001.

\_\_\_\_\_. **The tobacco Atlas**. Geneve: WHO, 2002.

\_\_\_\_\_. **Relatório mundial da saúde: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-geral da saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Dietnutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneve: WHO, 2003.

\_\_\_\_\_. **Gender and tobacco control: a policy brief**. Geneve: WHO, 2007.

\_\_\_\_\_. **Estratégias para reducir el uso nocivo del alcohol**. Geneve: WHO, 2008.

WU, C. The Role of perceived discrepancy in **satisfaction evaluation**. **Social Indicators Research**, v. 88, n.3, p. 111-123, 2008.

XAVIER, G.N.A. **Aspectos epidemiológicos e hábitos de vida das servidoras da UFSC: Diagnóstico e recomendações para um programa de promoção da saúde da mulher..** Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – programa de pós-graduação, UFSC, Florianópolis, 1997.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade**. São Paulo: Medsi, 2001.





## APÊNDICE A - Questionário sócio-demográfico

1. Idade\_\_\_\_\_anos
2. Sexo  
( ) masculino ( ) feminino
3. Grau de instrução: \_\_\_\_\_
4. Estado civil:  
( ) solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) união estável
5. Número de filhos \_\_\_\_\_
6. Imóvel residencial:  
( ) próprio ( ) alugado ( ) terceiros
7. Quantas pessoas estão sob sua responsabilidade financeira:
8. A renda pessoal é suficiente para sua manutenção:  
( ) sim ( ) não
9. Função:  
( ) agente  
( ) oficial  
( ) gestor
10. Área de atuação:  
( ) custódia  
( ) administração e finança  
( ) assistência e perícia
11. Tempo de serviço no sistema prisional:\_\_\_\_\_

12. Carga horária diária:
- ☐ 24/72
  - ☐ expediente
  - ☐ plantão extraordinário
13. Esteve afastado do serviço:
- ☐ sim ☐ não
- Caso afirmativo, por quanto tempo e motivo: \_\_\_\_\_
14. Possui outra fonte de renda:
- ☐ sim ☐ não
15. Qual estabelecimento prisional trabalha:
- ☐ regime aberto ☐ semi aberto ☐ fechado
16. Número de pessoas na família \_\_\_\_\_
17. renda familiar \_\_\_\_\_
18. Meio de deslocamento para o trabalho:
- ☐ automóvel
  - ☐ motocicleta
  - ☐ bicicleta
  - ☐ ônibus (transporte coletivo)
  - ☐ outros \_\_\_\_\_
19. Você acha seu trabalho: \_\_\_\_\_
20. Quantas horas dormem:
- Normalmente: \_\_\_\_\_ horas (num ciclo de 24 horas)
21. Toma remédio para dormir?
- ☐ sim ☐ não

## APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>
---

### 1. TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE GERAL DOS SERVIDORES PENITENCIÁRIOS

### 2. PESQUISADORA:

**Nome:** Jane Maria Motta Stradiotti

**CPF:** 365 820 851 – 15    **RG** 185 321 SSP-MS    **Telefone** (67) 8427 0700

**Endereço:** Abrão Julio Rahe Nº 858    **Cidade:** Campo Grande    **Estado:** MS

**CEP:** 79010-010

### 3. ORIENTADOR :

**NOME:** Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza

**CPF:** 554 262 631-91

**RG:** 206. 864 SSP/MS

**TELEFONE:** (67) 3325- 0990

(67) 9981-6271

**ENDEREÇO:** Rua Theotônio Rosa Pires, N. 88, Vila Rosa Pires,  
Campo Grande-MS

### 4. OBJETIVOS DA PESQUISA:

Avaliar a qualidade de vida e a saúde geral dos Servidores Penitenciários.

### 5. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

O serviço Público representa estabilidade funcional e econômica, promovendo segurança de receber proventos e direitos, no entanto é possível perceber que alguns servidores podem apresentar desmotivação e insatisfação no desempenho de suas atribuições, acarretando com isso, problemas emocionais como ansiedade, depressão, stress, distúrbio do sono e dificuldade em manter o bom desempenho e qualidade de vida no serviço. Com a realização desta pesquisa será possível conhecer o ambiente funcional destes servidores e como este ambiente interfere em sua saúde geral. A presente pesquisa pode colaborar socialmente e economicamente com o Estado, bem como para os servidores públicos, considerando que é de conhecimento público o elevado número de afastamentos do labor, por justificativas vinculadas a disfunção biopsíquica destes servidores, por trabalharem em situações com alto nível de stress, jornadas excessivas de trabalho. Para a abrangência acadêmica e profissional, contribuirá com a instituição educacional e funcional na temática penitenciária, podendo servir de suporte no presente, bem como em estudos mais específicos futuros que abordem esta temática, considerando a relevância deste grupo de servidores em resposta a necessidade desta atividade dentro do serviço público, visando a implementação de políticas públicas voltadas a melhoria funcional deste grupo, bem como reconhecimento de direitos como aposentadoria especial, jornada de trabalho e na aplicabilidade de medidas profiláticas.

**6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:** O método será quantitativo, descritivo e de corte transversal. A sistemática procedimental será desenvolvida através da aplicação de 3 questionários: O questionário sóciodemográfico, *WHOQOL* abreviado e o questionário de saúde geral de Goldberg..

**7. POSSÍVEIS DESCONFORTO E RISCOS:** A resistência por parte de alguns servidores na participação da pesquisa, podendo gerar desconforto aos participantes ao serem questionados sobre questões que envolvam sentimentos e aspectos psicológicos.

**8. POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS:** Pretende-se que a presente pesquisa resulte em divulgação dos resultados obtidos, através de palestras e encontros com a instituição cedente, assim como, contribuir por meio dos dados levantados na melhoria da qualidade de vida e saúde geral dos servidores penitenciários. No campo acadêmico contribuirá na ampliação do conhecimento científico sobre a funcionalidade desta categoria funcional e aplicabilidade prática de ações positivas voltadas a temática penitenciária.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

1. A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no cronograma de desembolso financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o sujeito da pesquisa e/ou seu responsável;

2. É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosas;

3. É garantido o anonimato;

4. Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;

5. A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que referenda e

6. O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande-MS \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.

---

Nome e assinatura do (a) participante da pesquisa

Meio de contato: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

PESQUISADORA  
JANE MARIA MOTTA STRADIOTTI  
Psicóloga CRP 14\ 00590-3  
e-mail:jstradiotti@bol.com.br

3) \_\_\_\_\_

ORIENTADOR  
Dr. JOSÉ CARLOS ROSA PIRES DE SOUZA  
e-mail:josecarlossouza@uol.com.br



## ANEXO A – Instrumento de coleta de dados

# WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE  
GENEVA

**Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil**

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck**  
**Professor Adjunto**  
**Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**  
**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Porto Alegre – RS - Brasil**

## Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5



As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

## ANEXO B - Autorização para realização da pesquisa CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco

UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO



### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE GERAL DOS SERVIDORES PENITENCIÁRIOS  
**Área Temática:**  
**Versão:** 2  
**CAAE:** 05565912.9.0000.5162  
**Pesquisador:** JANE MARIA MOTTA STRADIOTTI  
**Instituição:** Universidade Católica Dom Bosco

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 94.958  
**Data da Relatoria:** 16/08/2012

#### Apresentação do Projeto:

Dessa forma a presente pesquisa visa avaliar a qualidade de vida geral dos Técnicos Penitenciários e sua relação com as condições de trabalho e a saúde geral destes profissionais através de uma série de variáveis, tais como contentamento natural das necessidades biológicas e a continuação de seu equilíbrio (saúde), a manutenção de um ambiente favorável, a possibilidade de um ambiente social que propicie a comunicação entre os gestores e operadores desta categoria funcional. Para isso serão utilizados três instrumentos: Questionário Sócio-demográfico, Questionário de Saúde Geral de Goldberg e o questionário de qualidade de vida geral WHOQOL- Abreviado

#### Objetivo da Pesquisa:

**3.1 OBJETIVO GERAL**  
 Avaliar a qualidade de vida e a saúde geral dos Servidores Penitenciários.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**3.2.1** Caracterizar a amostra estudada, através das variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, tempo de serviço, renda familiar, classe social, meio de transporte, distúrbio do sono, entre outras.  
**3.2.2** Descrever e analisar a qualidade de vida dos Servidores Públicos, através do instrumento de medida e avaliação de qualidade de vida geral (WHOQOL- Abreviado) que conta com quatro domínios: Físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente.  
**3.2.3** Descrever e analisar a qualidade de vida dos Servidores Penitenciários, através do questionário de Saúde Geral de Goldberg, considerando os fatores: stress psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e saúde geral.  
**3.2.4** Correlacionar a qualidade de vida e a saúde geral dos Servidores Penitenciários.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta, de um modo geral, riscos para os participantes bem como não é descrito quais os benefícios diretos da pesquisa para os sujeitos pesquisados e para a instituição no sentido de como será feita a devolutiva da pesquisa.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é de grande relevância e a metodologia está adequada ao que o trabalho se propõe. O projeto apresenta uma revisão de literatura consistente. A metodologia que será utilizada para o desenvolvimento do trabalho responde aos objetivos do mesmo. Observamos ainda que a pesquisa é relevante e mostra preocupação com os itens preconizados na resolução 196/96. O Termo de

**Endereço:** Av. Tamandaré, 6000  
**Bairro:** Jardim Seminário **CEP:** 79.117-900  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (673)312-3479 **Fax:** (673)312-3349 **E-mail:** pesquisaepos@ucdb.br; elainebarbosa@ucdb.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DOM BOSCO**



Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contempla as exigências da resolução 196/96. Após leitura e análise, o projeto apresentado a este Conselho de Ética na Pesquisa (CEP/UCDB) com o título „Qualidade de vida e saúde mental dos servidores penitenciários” orientado pelo professor Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza e tendo como pesquisadora Jane Maria Motta Stradiotti foi considerado aprovado por este avaliador.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos como TCLE, folha de rosto e autorização para a realização da pesquisa no local sugerido estão de acordo com as recomendações da resolução 196/96.

**Recomendações:**

A pesquisadora pode iniciar a coleta de dados para a realização da pesquisa em questão.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto é de grande relevância e a metodologia está adequada ao que o trabalho se propõe. O projeto apresenta uma revisão de literatura consistente. A metodologia que será utilizada para o desenvolvimento do trabalho responde aos objetivos do mesmo. Observamos ainda que a pesquisa é relevante e mostra preocupação com os itens preconizados na resolução 196/96. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contempla as exigências da resolução 196/96. Após leitura e análise, o projeto apresentado a este Conselho de Ética na Pesquisa (CEP/UCDB) com o título „Qualidade de vida e saúde mental dos servidores penitenciários” orientado pelo professor Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza e tendo como pesquisadora Jane Maria Motta Stradiotti foi considerado aprovado por este avaliador.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CAMPO GRANDE, 11 de Setembro de 2012

Assinado por:  
Márcio Luís Costa

Endereço: Av. Tamandaré, 6000  
Bairro: Jardim Seminário  
UF: MS Município: CAMPO GRANDE CEP: 79.117-900  
Telefone: (673)312-3479 Fax: (673)312-3349 E-mail: pesquisaepos@ucdb.br; elainebarbosa@ucdb.br

## ANEXO C- Autorização da AGEPEN para realização da Pesquisa

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: AGEPEN		29. Endereço (Rua, nº): Rua Santa Maria, 1307	
27. Unidade/Orgão: SSJ/MS		30. CEP: 79011-190	31. Cidade: Campo Grande
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não (X)		33. Fone: (67)39011615	34. Fax: (67)39011694
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não (X) Nacional ( ) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
<b>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição):</b> Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: <u>DEUSDETE SOUZA DE OLIVEIRA FILHO</u> Data: <u>06 / 07 / 2012</u>			
		Cargo: <u>Diretor Presidente (AGEPEN)</u>  Assinatura: <u>Deusdete Souza de Oliveira Filho</u> <u>Diretor Presidente</u> <u>AGEPEN - MS</u>	
PATROCINADOR			
36. Nome:		39. Endereço:	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP			
45. Data de Entrada: ____/____/____	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado ( ) Data: ____/____/____	48. Não Aprovado ( ) Data: ____/____/____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____			
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro ( ) 51. O projeto para apreciação ( ) 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador: _____ Assinatura	Anexar o parecer consubstanciado
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP			
54. Nº Expediente	55. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:	
58. Observações:			