



Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho campus Bauru
Faculdade de Ciências
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e
Aprendizagem

Mariani da Costa Ribas

Orientadora: Prof. Dra. Sandra Leal Calais

STRESS, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM BENEFICIÁRIOS DE
PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA

Bauru

2013

MARIANI DA COSTA RIBAS

**STRESS, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM BENEFICIÁRIOS DE
PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA**

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração Comportamento e Saúde - sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Sandra Leal Calais.

BAURU

2013

Ribas, Mariani da Costa.

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda / Mariani da Costa Ribas. Bauru, 2013.

90 folhas

Orientadora: Sandra Leal Calais

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2013.

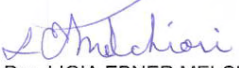
1. *Stress*. 2. Depressão. 3. Qualidade de Vida. 4. Vulnerabilidade Social. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE MARIANI DA COSTA RIBAS, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DO(A) FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU.

Aos 04 dias do mês de fevereiro do ano de 2013, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro da Pós-Graduação, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Dr. ALEXANDRE DITTRICH do(a) Departamento de Psicologia / Setor de Ciências Humanas Letras e Artes / Universidade Federal do Paraná, Profa. Dra. LIGIA EBNER MELCHIORI do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de MARIANI DA COSTA RIBAS, intitulada "Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda". Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA ____. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. SANDRA LEAL CALAIS


Prof. Dr. ALEXANDRE DITTRICH


Profa. Dra. LIGIA EBNER MELCHIORI

AGRADECIMENTOS

A MINHA FAMÍLIA,

pela compreensão, amizade e compromissos compartilhados.

AO NOIVO,

pelo carinho, compreensão e incentivo nos momentos de dificuldade.

À MINHA ORIENTADORA PROF^a. DR^a. SANDRA LEAL CALAIS

que colaborou com seus conhecimentos, dedicação, amizade e paciência para que esse trabalho fosse realizado.

AO PROF. MS. HUGO FERRARI CARDOSO,

pela realização, com paciência e dedicação, da análise estatística dos dados.

À PROF^a. DR^a. LÍGIA EBNER MELCHIORI,

pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

AO PROF. DR. ALEXANDRE DITTRICH,

que aceitou prontamente o convite mesmo com a longa distância a percorrer, pelas excelentes sugestões na banca de qualificação.

AOS FUNCIONÁRIOS DA PÓS-GRADUAÇÃO, EM ESPECIAL A GETHIELY,

pelo comprometimento e prontidão.

AOS COLEGAS DE PÓS-GRADUAÇÃO,

por compartilharem os desafios do curso.

À SECRETARIA MUNICIPAL RESPONSÁVEL PELA GESTÃO DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA,

que abriu as portas para a coleta dos dados, permitindo que esta pesquisa fosse realizada.

AOS BENEFICIÁRIOS DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA,

meus sinceros agradecimentos, pois sem suas colaborações a realização deste trabalho seria impossível.

Enfim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho, muito obrigada!

*“É preciso compreender o presente não apenas como presente
de limitações, mas como presente de possibilidades.”*

(Paulo Freire)

RIBAS, M. C. **Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda.** 90f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista - UNESP, Campus Bauru, 2013

RESUMO

O *stress* é descrito como um processo de adaptação do indivíduo a situações que alteram seu equilíbrio psicofisiológico. A depressão se apresenta como um transtorno mental de alta incidência na população mundial e brasileira, que se caracteriza por alteração de humor que compromete o relacionamento da pessoa com o ambiente em diferentes âmbitos. O conceito de qualidade de vida é subjetivo e multidimensional, inclui dimensões positivas e negativas e engloba visão de mundo e percepções em relação a aspectos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo. Os Programas de Transferência de Renda foram implementados no Brasil na década de 1990 para proporcionar melhoria nas condições sociais das pessoas menos favorecidas, sendo que em 2001 foi estabelecido o Programa Renda Cidadã no estado de São Paulo, que beneficia famílias com renda *per capita* mensal de meio salário mínimo nacional, e em 2003 o Bolsa Família do governo federal, que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. Neste contexto, esta pesquisa teve como objetivo investigar a prevalência de *stress* e depressão e a percepção da qualidade de vida nesses beneficiários. Participaram 198 beneficiários dos Programas “Renda Cidadã” e/ou “Bolsa Família” de uma cidade de grande porte do interior do estado de São Paulo que responderam ao Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, Inventário de Depressão de Beck, Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref e Questionário Sociodemográfico. A análise dos dados foi feita a partir dos testes estatísticos “t” de *Student*, ANOVA e correlação de Pearson. Dos participantes, 115 (58%) apresentaram *stress*, sendo que a fase predominante foi a de resistência (68%). Oitenta beneficiários (41%) apresentaram indicativo sugestivo de depressão. A percepção média de qualidade de vida variou de 43,0 no domínio meio ambiente a 54,9 no domínio psicológico, no critério de pontuação máxima de 100. As variáveis estudadas apresentaram correlação significativa, sendo que quanto mais avançado o processo de *stress*, maior foi o indicativo de depressão e menor o índice de percepção de qualidade de vida obtidos. Os resultados sinalizam que muito deve ser feito para que o alívio imediato da situação de pobreza proporcionado pela transferência de renda, associado ao cumprimento das condicionalidades dos Programas, resultem efetivamente em melhores condições de saúde mental e de qualidade de vida desta população.

Palavras-chave: *Stress*. Depressão. Qualidade de Vida. Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Stress is described as a process of adaptation from the individual to situations that alter their psychophysiological balance. Depression presents itself as a high incidence of mental disorder in Brazilian and world population, which is characterized by mood swings that affects a person's relationship with the environment in different areas. The concept of quality of life is subjective and multidimensional, includes positive and negative dimensions, worldview and perceptions of physical, psychological and social aspects of the individual. Government Programs to combat the poverty were implemented in Brazil in the 1990s with the objective of providing better social status of disadvantage people, and in 2001 was established a program in the state of Sao Paulo, which benefits families with income half national minimum salary by one, and in 2003 the federal government also gave another program which benefits poverty families. In this context, this study aimed to investigate the prevalence of stress and depression and perception of quality of life in these beneficiaries. Participated 198 beneficiaries of these programs in a large city in the state of Sao Paulo who responded to the *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*, the Beck Inventory Depression, the WHO Quality of Life-BREF and the Sociodemographic Questionnaire. Data analysis was done based on statistical tests "t" of the Student, ANOVA and Pearson correlation. One hundred and fifteen participants (58%) had stress. Eighty beneficiaries (41%) presented indication suggestive of depression. The average perception of quality of life ranged from 43.0 in the environment domain to 54.9 in the psychological domain, in the criterion of a maximum score of 100. The variables studied were significantly correlated, and the more advanced the process of stress, more advanced the indication of depression and lower the index of perception of quality of life obtained. The results indicate that should be done more things than money transfer for the immediate relief of poverty for a better mental health and quality of life this population.

Key-words: Stress. Depression. Quality of Life. Social Vulnerability.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição das variáveis sociodemográficas.....	50
Tabela 2 - Total de participantes em cada fase do <i>stress</i> e sintomas predominantes.....	51
Tabela 3 - Médias, desvios-padrão e medianas referentes ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida.....	52
Tabela 4 - Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção de qualidade de vida referentes à idade.....	53
Tabela 5 - Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes ao sexo.....	54
Tabela 6 - Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes ao estado civil.....	55
Tabela 7 - Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes à escolaridade.....	57
Tabela 8 - Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes à condição socioeconômica	58
Tabela 9 - Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes à ocupação.....	59
Tabela 10 - Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes à moradia.....	61
Tabela 11 – Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes ao benefício.....	62
Tabela 12 - Correlação entre o <i>Stress</i> , Depressão e Qualidade de Vida.....	63

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Questionário Sociodemográfico.....80

Apêndice B – Ofício.....81

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref.....	82
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89
Anexo C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	90

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
<i>Stress</i>	14
Depressão.....	19
Qualidade de Vida.....	25
Programas de Transferência de Renda.....	27
2 OBJETIVOS.....	43
3 MÉTODO.....	43
Participantes.....	43
Local.....	44
Instrumentos.....	44
Procedimento.....	48
4 RESULTADOS.....	49
Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	50
<i>Stress</i>	51
Depressão.....	52
Qualidade de Vida.....	52
Relação entre as variáveis sociodemográficas e os dados obtidos com a aplicação dos instrumentos.....	52
Correlação entre <i>Stress</i> , Depressão e Qualidade de Vida.....	62
5 DISCUSSÃO.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	74

APRESENTAÇÃO

O número de estudos sobre a atuação dos psicólogos junto a populações em situação de pobreza e extrema pobreza é bastante reduzido, apesar de ser cada vez maior a quantidade de profissionais desta área que atua nos serviços da Assistência Social. Sendo assim, mostra-se relevante a realização de pesquisas sistematizadas com famílias de baixa renda.

Nos atendimentos individuais e grupais com famílias de baixa renda realizados no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) tem sido frequentemente observado o relato de sofrimento psicológico (tristeza, apatia, angústia, medo) entre os usuários do Serviço. Ao mesmo tempo, apesar de existir conhecimento deste sofrimento, cabe ao psicólogo que atua na área da assistência social encaminhar os usuários do Serviço para Unidades de Atendimento em Saúde. Porém, percebe-se a dificuldade destes usuários em acessar estas Unidades devido a longas filas de espera e falta de equipe especializada. Ao mesmo tempo, o número de pessoas que fazem uso de medicamentos psicoativos, como antidepressivos e ansiolíticos, sem passarem por avaliação adequada, é alto. Frente a este contexto, por fazer parte da equipe de trabalho de um CRAS, ocorreu-me o interesse de investigar se o que observo seria constatado por meio de instrumentos padronizados.

O trabalho consta de uma parte introdutória, subdivida em tópicos: *Stress*, Depressão, Qualidade de Vida e Programas de Transferência de Renda. No tópico “*Stress*” sua conceituação é abordada. Em “Depressão”, as definições colocadas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais em sua 4ª Edição Revisada são expostas. A “Qualidade de Vida” é exibida em suas várias definições. Em “Programas de Transferência de Renda” a implantação dos Programas é contextualizada e são apresentados os Programas Renda Cidadã, do governo do estado de São Paulo, e Bolsa Família, do governo federal. Em todos são expostos estudos sobre os assuntos com diferentes populações.

Em seguida, são apresentados os objetivos geral e específicos da pesquisa. Na sequência o método é descrito, incluindo-se a apresentação dos participantes, o local, os instrumentos e procedimentos de coleta e análise dos dados.

Após, são expostos os resultados, sendo que inicialmente são relatados os dados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes. Em seguida, são considerados os dados referentes a cada variável separadamente (*stress*, depressão e qualidade de vida), a análise estatística dos dados e as correlações entre as variáveis.

A discussão foi realizada a partir do confronto da bibliografia pesquisada com os resultados do trabalho, apresentando-se inicialmente o perfil da amostra, seguido das análises de prevalência quanto ao *stress*, depressão e qualidade de vida e das correlações. Após, considerou-se as características dos Programas de Transferência de Renda. Ao final do texto, são realizadas as considerações finais e contemplados referências, apêndices (Questionário de Caracterização Sociodemográfica e o Ofício) e anexos (o Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Carta de Aprovação do Comitê de Ética).

1 INTRODUÇÃO

Stress

O conceito de *stress*, abordado no século XVIII pela Física no estudo de materiais expostos a pressões ou forças constantes, foi adotado, no início do século XX, pelo fisiologista Walter Cannon para designar respostas fisiológicas apresentadas por animais quando expostos a estímulos aversivos (CARLSON, 1995). Em 1926, foi introduzido na área da saúde pelo médico austríaco Hans Selye que utilizou o termo para designar uma síndrome produzida por vários agentes nocivos, que denominou de Síndrome Geral de Adaptação, enfatizando a resposta não específica do organismo a situações que o debilitam, enfraquecendo-o e o levando ao adoecimento (LIPP, 1996; PAFARO; MARTINO, 2004).

Selye recebeu a influência de dois fisiologistas, Bernard e Cannon. Bernard sugeriu, em 1879, que apesar de mudanças do ambiente externo, o ambiente interno tende a se manter estável e Cannon, em 1939, introduziu o conceito de homeostase designando que os processos fisiológicos do organismo visam a manutenção do seu equilíbrio interno. A partir desses conceitos, Selye definiu o *stress* como uma quebra neste equilíbrio (LIPP, 1996). Demonstrou, por meio de experimentos com animais, que a exposição a fatores estressantes é acompanhada de aumento na liberação de corticóides, aparecimento de úlceras pépticas, hipertrofia do córtex das glândulas adrenais e involução dos órgãos imunes, o timo e o baço. Selye descreveu a Síndrome Geral de Adaptação, enfatizando que o processo de *stress* se desenvolve por meio de três fases: alerta, resistência e exaustão (ALCHIERI; CRUZ, 2004).

A fase de Alerta se caracteriza pelo confronto inicial do indivíduo com um estressor. No momento de tensão, o hipotálamo ativa o sistema nervoso simpático, que aciona a produção de noradrenalina. A medula da suprarrenal também é ativada e produz adrenalina. As secreções hormonais são dirigidas para a corrente sanguínea. Estas alterações fazem com que ocorra aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da frequência respiratória e maior concentração de glóbulos

vermelhos, de glóbulos brancos e de açúcar no sangue, redistribuição do sangue e dilatação dos brônquios e da pupila (FRANÇA, 1999).

Quando a duração do estressor é curta, a adrenalina é eliminada e o indivíduo retorna à homeostase, saindo da fase de alerta sem complicações para seu bem-estar. Porém, quando o estressor é de longa duração ou muito intenso, a pessoa tenta restabelecer a homeostase de um modo reparador, entrando na fase de resistência (LIPP, 1996). Esta fase se caracteriza por aumento do córtex da suprarrenal, atrofia do timo, do baço e de todas as estruturas linfáticas, aumento do número de glóbulos sanguíneos, diminuição do número de eosinófilos, ulcerações no aparelho digestivo, rarefação do sangue em consequência do acúmulo de grânulos de secreção hormonal segregados pelo córtex da suprarrenal, além de mudanças no humor e diminuição do desejo sexual (FRANÇA, 1999). O organismo pode enfraquecer e ficar vulnerável a doenças (LIPP, 1996).

Se o indivíduo conseguir eliminar o estressor ou utilizar técnicas eficazes de controle do *stress*, ele se restabelece e o processo é finalizado. Porém, se sua resistência não for suficiente para lidar com a fonte de *stress*, ou se outros estressores ocorrerem simultaneamente, o processo de *stress* evoluirá para a próxima fase, a fase de exaustão (LIPP, 1996) que é caracterizada pelo reaparecimento dos sintomas da fase de alerta de forma mais acentuada (PAFARO; MARTINO, 2004). Pode ocorrer esgotamento devido à exaustão psicofisiológica e aparecerem doenças graves que ocasionalmente levam à morte (LIPP, 1996).

Lipp propôs uma quarta fase ao processo de *stress*: a fase de quase-exaustão, que acontece entre as fases de resistência e de exaustão. Nesta fase, ocorre um enfraquecimento do indivíduo que não consegue se adaptar ou resistir ao estressor. Surgem doenças, porém estas não são tão graves como na fase de exaustão (LIPP, 2000a). Cada fase do *stress* apresenta uma sintomatologia diversificada que, se não for controlada, pode ocasionar doenças e comprometer o desenvolvimento pessoal e profissional.

Segundo Lazarus (1976), o *stress* se caracteriza como um processo que ocorre quando as demandas do ambiente superam os recursos de ajustamento do indivíduo. Haan (1982) define *stress* como um conjunto de eventos, bons ou ruins,

que levaria ao desenvolvimento de consequências adversas em pessoas mais vulneráveis devido a questões relacionadas à história de vida.

Desta forma, o *stress* pode ser compreendido como um processo de desgaste geral do indivíduo. Este processo é desencadeado pelas reações psicofisiológicas que acometem o organismo diante de situações que ameaçam sua homeostase (Lipp, 2000b). É uma reação natural que está presente em todos os momentos da vida de um indivíduo, sendo importante e necessária para sua sobrevivência, auxiliando-o em todos os momentos de adaptação (SOUZA et al., 2002).

O estímulo que inicia uma reação de *stress* é chamado de estressor (PAFARO; MARTINO, 2004). Lipp (1996) define estressor como um evento que causa a quebra da homeostase do organismo, exigindo alguma adaptação. Determinadas situações como a fome, a dor e o frio são naturalmente estressoras, não dependem da interpretação do indivíduo e atuam automaticamente no desenvolvimento do *stress*. Outros eventos se tornam estressores a partir da história de vida do indivíduo, são os estressores psicossociais.

Para Sisto et al. (2007) os estímulos estressores mobilizam diferentes capacidades adaptativas do indivíduo, provocando resposta de *stress* quando seus recursos físicos e/ou comportamentais não suprem as exigências apresentadas pelo estímulo. Além disso, os autores apontam que a duração do estímulo pode ser um fator para o desenvolvimento do *stress* quando é superior aos recursos do organismo.

Eventos diversos, sejam positivos ou negativos, crônicos ou agudos, atuam constantemente no organismo e exigem esforços de adaptação. O *stress* não é necessariamente um processo patológico, pois possui caráter positivo quando os estressores são leves e passíveis de controle. Neste caso, há um equilíbrio entre esforço, tempo, realização e resultados. Este tipo de *stress*, denominado *eustress*, proporciona crescimento pessoal. Porém, quando o estressor ultrapassa um determinado limite de tensão por excesso ou falta de esforço e é incompatível com tempo, resultados e realização, o *stress* caracteriza-se por ser negativo, prejudicando o desempenho social, pessoal e profissional do indivíduo. Este tipo de *stress* é denominado *distress* (FRANÇA, 1999).

A presença de *distress* tem sido associada a variáveis sociodemográficas em diversos estudos com diferentes populações (DANTAS et al., 2000a; LIPP, 2000a; RAMOS; FERREIRA, 2011; SPARRENBERGER; SANTOS, 2004; ZANELATO, 2008). Sexo feminino, baixa escolaridade, não ter filhos, ser solteiro e menor renda familiar, frequentemente relacionam-se a índices de *stress* mais elevados. Outras pesquisas enfatizam a relação entre variáveis culturais, como pobreza e instabilidade familiar, e o desenvolvimento do *distress* (DRESSLER; BALIEIRO, 2002; PRIGERSON; MACIEJEWSKI; ROSENBACK, 2002).

Em 2004, Sparrenberger e Santos realizaram um estudo com 3.942 pessoas com idade acima de 20 anos, cujo objetivo foi investigar o efeito e a prevalência dos eventos produtores de *stress* sobre o *distress*. Para tanto, foram utilizados questionários padronizados e pré-codificados, com os quais foram investigadas informações sociodemográficas (sexo, cor da pele, escolaridade, renda familiar no último mês) e a ocorrência de sete eventos estressantes (morte de pessoa importante, doença em familiar, separação conjugal, roubo, migração, acidente e perda de emprego). Para a identificação de mal estar psicológico (definido como o desfecho dos eventos produtores de *stress*) foi utilizada a Escala de Faces de Andrews, que se constitui em uma escala visual de sete pontos, composta por faces estilizadas que se referem ao estado de humor predominante durante o ano anterior ao da entrevista. Cada figura da escala consiste em um círculo, com olhos que permanecem iguais e uma boca que varia de um sorriso de quase meio círculo para baixo até o inverso.

A prevalência de *distress* neste estudo foi de 14% e foi associada significativamente ($p=0,001$) a todas as variáveis sociodemográficas estudadas. As mulheres apresentaram uma prevalência maior do que os homens e os não-brancos maior do que a dos brancos. Observou-se, também, uma relação direta de *distress* com a idade, sendo que pessoas na faixa etária de 50 a 59 anos apresentaram prevalência cerca de duas vezes maior do que os indivíduos de 20 a 29 anos. Foi encontrada associação inversa com renda e escolaridade, ou seja, quanto maior a escolaridade ou a renda apresentada, menor a prevalência de *distress* observada,

sendo que a presença de *distress* foi quatro vezes menor em indivíduos com mais de doze anos de escolaridade quando comparados aos analfabetos.

No decorrer do seu processo de padronização, o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) foi aplicado em 1.843 participantes, sendo 64% do sexo feminino. A faixa etária variou entre 15 e 75 anos e 52% da amostra se denominou casada e 61% possuindo Ensino Médio. Os analfabetos contabilizaram 1% dos participantes. Para esta amostra, verificou-se que 56% dos participantes apresentaram *stress* e, destes, mais da metade estava na fase de resistência (53% do total), sendo que 2% encontravam-se na fase de alerta e 1% na fase de exaustão. Na ocasião a fase de quase-exaustão ainda não havia sido proposta por Lipp. Nesta amostra, verificou-se que 43% dos homens e 63% das mulheres apresentavam *stress* (LIPP, 2000a).

O estudo de Ramos e Ferreira (2011) com 30 participantes portadores de diabetes tipo 2 teve por objetivo verificar a relação dos fatores emocionais com a qualidade de vida e adesão ao tratamento. Para a coleta dos dados os autores realizaram uma entrevista de caracterização sociodemográfica e utilizaram o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), as Escalas Beck (Inventário Beck para Ansiedade - BAI e Inventário Beck para Depressão - BDI), o Questionário Genérico de Qualidade de Vida relacionada à Saúde (SF-36) e o prontuário multidisciplinar do paciente. Os resultados foram analisados em relação aos participantes que apresentaram hemoglobina glicada acima de 6,5%, totalizando 14 mulheres e 7 homens. Os autores relataram que 57% das mulheres e 57% dos homens demonstraram presença de *stress*. Em relação ao indicativo de depressão, 57% das mulheres apresentaram percentuais sugestivos de depressão mínima, 29% de depressão leve, 7% de depressão moderada e 7% de depressão grave. Dos homens, 43% apresentaram indicativo de depressão leve, 28,5% apresentaram de depressão mínima e 28,5% de depressão moderada. Quanto aos dados obtidos relacionados à ansiedade, 78% das mulheres apresentaram ansiedade mínima e 22% ansiedade leve. Dos homens, 57% apresentaram ansiedade leve e 43% ansiedade mínima. Em relação à qualidade de vida, os autores enfatizaram que os participantes do sexo masculino, comparados aos escores dos participantes do sexo

feminino, tiveram baixos escores na capacidade funcional (escore de 48,5%), vitalidade (47%) e aspectos sociais (36,25%). No que se refere aos aspectos emocionais, as mulheres apresentaram escores considerados muito baixos (5%). Para os autores, apesar dos testes de correlações estatísticas referirem que a baixa adesão não foi significativa para a qualidade de vida dos participantes, esses dados indicam um nível de comprometimento da sua qualidade de vida.

Rodríguez et al. (2008) ressaltam que indivíduos com hábitos pouco saudáveis (como fumar, consumir bebida alcoólica e apresentar sedentarismo) mostraram maior probabilidade de desenvolverem *distress* frente a situações estressoras. O *distress*, por sua vez, proporciona um enfraquecimento de seu sistema imunológico, podendo ocasionar problemas de saúde. Para os autores, a queda do sistema imunológico, somada aos hábitos pouco saudáveis, contribui para a não resolutividade da situação estressora, ocasionando um ciclo que pode culminar com o adoecimento do indivíduo, vindo a exibir uma doença crônica ou até mesmo um transtorno mental.

Neste sentido, Sparrenberger e Santos (2004) afirmam que eventos produtores de *stress* podem desencadear problemas de saúde que vão desde um resfriado comum a transtornos como esquizofrenia e depressão. Prigerson, Maciejewski e Rosenback (2002) acreditam que isso acontece quando os indivíduos que experienciam esses eventos, em função do desgaste físico e psíquico envolvidos, não os superam em um determinado tempo. Os autores apontam a relevância de estudos que procuram identificar a relação entre *stress* e os transtornos mentais. Desses, o de maior prevalência na população mundial é, na atualidade, a depressão.

Depressão

A depressão tem se constituído em um grave problema de saúde pública. Caracteriza-se como um transtorno mental que compromete o relacionamento do indivíduo com o ambiente em diferentes âmbitos: família, trabalho e comunidade (MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007).

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão - CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997) a depressão é classificada em episódio depressivo leve, moderado, grave sem sintomas psicóticos ou grave com sintomas psicóticos. Os episódios típicos de cada um dos três graus de depressão (leve, moderado ou grave) relacionam-se à ocorrência dos seguintes sintomas fundamentais: 1 - rebaixamento do humor; 2 - redução da energia; e 3 - diminuição da atividade; e aos seguintes sintomas acessórios: 1 – concentração e atenção reduzidas; 2 – autoestima e autoconfiança reduzidas; 3 – ideias de culpa e inutilidade; 4 – visões pessimistas do futuro; 5 – ideias ou atos autolesivos ou tentativas de suicídio; 6 – alterações do sono; 7 – alterações do apetite; 8 – irritabilidade e impaciência; e 9 – incapacidade de tomar decisões. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar o grau.

Para caracterizar um episódio depressivo leve, o indivíduo deve apresentar dois sintomas fundamentais, acrescidos de dois sintomas acessórios. Usualmente sofre com a presença destes sintomas, mas é capaz de desempenhar a maior parte das atividades. No episódio depressivo moderado, manifesta dois sintomas fundamentais e três ou quatro sintomas acessórios. Há muita dificuldade para desempenhar as atividades de rotina. No episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, a pessoa exibe os três sintomas fundamentais e cinco ou mais sintomas acessórios. Os sintomas aparecem de forma marcante e angustiante e as ideias e os atos suicidas são comuns. No episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, os mesmos sintomas do episódio anteriormente descrito se manifestam acrescidos de alucinações, ideias delirantes, lentidão psicomotora ou de estupor de tal gravidade que todas as atividades sociais rotineiras tornam-se impossíveis. Pode existir o risco de morte por suicídio, desidratação ou desnutrição.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais em sua 4ª Edição Revisada – DSM-IV TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) classifica a depressão como Transtorno Depressivo Maior e a caracteriza pelos seguintes sintomas: 1 – humor deprimido; 2 – acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os

dias; 3 – perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta; 4 – insônia ou hipersonia quase todos os dias; 5 – agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias; 6 – fadiga ou perda de energia quase todos os dias; 7 – sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada quase todos os dias; 8 – capacidade diminuída de pensar ou de se concentrar ou indecisão, quase todos os dias; 9 – pensamentos de morte e ideação suicida recorrentes e tentativa de suicídio.

Para o diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior são estabelecidos cinco critérios: A - cinco ou mais dos sintomas citados devem estar presentes ao mesmo tempo por um período de duas semanas e representar uma alteração a partir do funcionamento anterior do indivíduo e pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse ou prazer; B - os sintomas não devem satisfazer os critérios para um Episódio Misto; C - os sintomas precisam ocasionar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; D – os sintomas não se devem a efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral; E – os sintomas não são mais bem explicados pelo luto.

Fester, Culbertson, Boren (1979) e Dougher e Hackbert (2003) ressaltam que, do ponto de vista da análise do comportamento, o repertório comportamental de uma pessoa com depressão se caracteriza por um decréscimo na frequência de certas classes de comportamento, geralmente comportamentos positivamente reforçados, e um aumento na frequência de outras, ou seja, a característica mais evidente de uma pessoa deprimida, de acordo com os autores, é a perda de certos tipos de atividades, associada a um aumento de comportamentos de fuga e esquiva. A redução na frequência de algumas atividades que fazem parte do repertório comportamental de um indivíduo com depressão pode diminuir a eficácia de certos reforçadores relacionados a processos fisiológicos, como o comer ou a atividade sexual.

Conforme Máximo (2010), várias pesquisas epidemiológicas têm sido realizadas a respeito da depressão embora não cite a base de dados de sua coleta. Tais pesquisas têm apontado os seguintes aspectos em relação à sua prevalência: é duas vezes mais frequente em mulheres do que em homens; parece não haver

diferenças significativas entre os sexos quanto ao início da depressão, que tem sido em torno de 24 anos de idade; independente do sexo, a depressão costuma ser mais prevalente entre os indivíduos de menor renda, com menor escolaridade, desempregados e que passaram por separação conjugal recente; o *stress* associado a esses eventos tem sido colocado como um dos desencadeantes da depressão.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) obtidos a partir da Pesquisa Mundial sobre Saúde Mental, que integra e analisa pesquisas epidemiológicas sobre abuso de substâncias e distúrbios mentais e comportamentais em diversas nacionalidades, nos países com maior rendimento 14,6% das pessoas, em média, tiveram transtorno depressivo maior. Nos países com menor rendimento esta prevalência é de 11,1%. A maior prevalência nos últimos 12 meses entre os países com menor renda, 10,4%, foi registrada no Brasil. As mulheres apresentaram prevalência duas vezes maior que os homens e, de acordo com a pesquisa, houve diferença em alguns dados obtidos conforme o desenvolvimento socioeconômico do país. Os fatores associados à maior prevalência do transtorno depressivo maior nos países desenvolvidos foram: idade média de início de 25,7 anos; menores idades foram associadas com maior prevalência nos últimos 12 meses; e situação de separação conjugal. Nos países com menor rendimento médio a maior prevalência do transtorno associou-se às seguintes características: início em torno de 24 anos de idade; idade mais avançada foi associada com maior prevalência nos últimos 12 meses; e situação de viuvez ou de divórcio. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e consideraram os critérios estabelecidos pela CID-10 (BROMET et al., 2011).

O estudo de Chapela et al. (2009) sobre a prevalência dos sintomas depressivos em 954 mexicanos que se encontravam em desvantagem social devido à pobreza procurou relacionar os sintomas depressivos às condições vivenciadas por esta população. Para esta investigação, os pesquisadores utilizaram um questionário sociodemográfico e uma versão abreviada do *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), instrumento que aborda os sintomas depressivos. Os autores verificaram que 35% dos homens e 50% das mulheres exibiram sintomas significativos de depressão, que foram associados às dificuldades

da vida diária. Nos homens, os sintomas de depressão foram também relacionados à presença de doença crônica. Não foi encontrada associação entre o nível de pobreza e os sintomas depressivos. Os autores refletiram que isto pode ser explicado pela falta de variabilidade na renda, pois todos os participantes estavam inscritos em um Programa cujo objetivo é combater a pobreza, sendo assim, mesmo os participantes com um melhor rendimento, ainda tinham um menor nível de renda nacional.

Zanello e Silva (2012) realizaram uma análise de 72 prontuários de pacientes do sexo masculino e em 165 de pacientes do sexo feminino de dois hospitais psiquiátricos com o objetivo de identificar sintomas e diagnósticos, bem como as condições sociais de usuários dos serviços de saúde mental do Distrito Federal. Em relação ao diagnóstico, os autores afirmam que 27,5% dos homens e 59,6% das mulheres apresentaram transtornos mentais comuns, como os transtornos depressivo e de ansiedade. Quanto ao perfil sociodemográfico da amostra, os autores enfatizam que 62,5% se declararam não branca (negros e pardos) e 62% com baixa escolaridade (cursaram até o Ensino Fundamental Completo). Em relação à ocupação, 50% das mulheres referiram que realizam serviços domésticos (do lar e trabalhadoras domésticas) e nos homens a situação de desemprego foi a mais apresentada (17%) dentre as demais. Informações de renda e habitação não puderam ser consideradas devido a sua escassez nos prontuários.

Em revisão de literatura para identificar quais são os instrumentos mais utilizados para investigação da depressão, Aros e Yoshida (2009) fizeram um levantamento da produção científica a partir da análise de resumos da base de dados Medline, tendo-se como descritores *depression* e *scale*. Encontraram 49 instrumentos na base de dados, sendo os mais frequentes o *Hamilton Depression Rating Scale (HRDS)*, o *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* e o *Beck Depression Inventory (BDI)*.

Amaral et al. (2008) fizeram uma pesquisa cujo objetivo foi investigar a prevalência de sintomas depressivos em estudantes do curso de medicina da Universidade Federal de Goiás. O estudo foi realizado com 287 estudantes e o instrumento utilizado pelos pesquisadores foi o BDI, além de um questionário

sociodemográfico. Os resultados apontaram que 73,2% dos participantes se encontravam com indicativo de depressão mínimo, 19,9% apresentavam-se com indicativo de depressão leve, 5,9% estavam com indicativo de depressão moderado e 1% com indicativo de depressão grave.

Para verificar a correlação entre depressão, índice de massa corpórea (IMC) e qualidade de vida, Baptista, Vargas e Baptista (2008) efetuaram um estudo com 43 obesos em fase pré-cirúrgica e 39 em fase pós-cirúrgica, todos pacientes de um serviço especializado em cirurgia de obesidade do interior do estado de São Paulo. Os pesquisadores utilizaram um Questionário de Identificação, o BDI para investigar o indicativo de depressão e o Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) para apreensão da percepção de qualidade de vida. Identificou-se que dos pacientes pré-cirúrgicos, 32,5% apresentaram depressão mínima, 27,9% depressão leve, 23,3% depressão moderada e 16,3% depressão grave. Dos pacientes pós-cirúrgicos 51,3% apresentaram depressão mínima, 38,5% depressão leve, 5,1% depressão moderada e 5,1% depressão grave. Em relação aos índices de qualidade de vida, houve predomínio dos escores em torno de 50. Na amostra total, os resultados apontaram correlação negativa entre IMC e qualidade de vida ($p=0,007$), correlação limítrofe entre IMC e sintomas depressivos ($p=0,062$) e a não existência de correlação entre depressão e qualidade de vida.

Em outro estudo que visou investigar possíveis relações entre depressão, qualidade de vida e características sociodemográficas, Nunes e Santos (2010) utilizaram um questionário do perfil sociodemográfico, a versão brasileira do BDI e o WHOQOL-Bref em 20 mães de crianças com transtorno autístico. Os resultados apontaram que 15% das participantes preencheram os critérios para depressão e 70% avaliaram favoravelmente sua qualidade de vida global. Nos domínios relacionados à qualidade de vida (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), a maior média obtida foi no domínio físico (69,4) e a menor foi no domínio meio ambiente (60,8). As participantes com maior renda assinalaram significativamente menor número de itens relacionados à depressão ($p=0,03$) e apontaram melhores índices de qualidade de vida nos domínios psicológico ($p=0,04$) e meio ambiente ($p=0,006$). As participantes com maior escolaridade também se

mostraram menos vulneráveis aos critérios para depressão e apontaram maiores escores nos domínios psicológico ($p=0,04$), meio ambiente ($p=0,04$) e físico ($p=0,001$). Foi observada correlação negativa entre depressão e qualidade de vida nos domínios físico ($p=0,02$), psicológico ($p=0,001$) e meio ambiente ($p=0,006$).

Segundo Santos (2011), o ambiente sociocultural tem grande influência na prevalência da depressão. Este autor enfatiza que o número de estudos realizados com a população de baixa renda no Brasil é muito pequeno quando comparado à quantidade de pesquisas feitas com as classes economicamente mais favorecidas. Para ele, ao negligenciar esta população, contribui-se com o aumento da prevalência de sintomas depressivos, e, conseqüentemente, com a diminuição dos índices de qualidade de vida. Qualidade esta que será mais bem apresentada abaixo.

Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e inclui dimensões positivas e negativas. Ele engloba visão de mundo e percepções em relação a aspectos físicos, psicológicos e sociais do indivíduo (ELIAS et al., 2003). Desta forma, qualidade de vida diz respeito à percepção de um indivíduo sobre a sua posição na vida, na cultura em que vive e os sistemas de valores em que acredita, relacionados às suas expectativas, objetivos e inquietações (THE WHOQOL GROUP, 1995).

A qualidade de vida de uma população se relaciona às suas condições de existência e a seu acesso a determinados bens e serviços econômicos e sociais (GORDIA et al., 2009). Estes autores enfatizam a importância do acesso ao emprego e renda, à educação básica, à alimentação adequada, a bons serviços de saúde, ao saneamento básico, à habitação e ao transporte na determinação dos índices de qualidade de vida. Nahas (2001) aponta que para se ter uma boa qualidade de vida é necessário considerar fatores como nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos e controle do *stress*.

Blay e Marchesoni (2011) mencionam a influência de determinados fatores na avaliação da qualidade de vida. Variáveis socioeconômicas, presença de comorbidades, idade, apresentação de sintomas depressivos e/ou psicóticos, tentativas de suicídio e dor crônica se relacionam aos escores obtidos na avaliação da qualidade de vida, segundo eles.

Várias pesquisas têm sido realizadas com diferentes populações com o intuito de se verificar a qualidade de vida (BAPTISTA; VARGAS; BAPTISTA, 2008; BLAY; MARCHESONI, 2011; GORDIA et al., 2009; MASTROPIETRO et al., 2010; NUNES; SANTOS, 2010; PEREIRA; ALVAREZ; TRAEBERT, 2011). Blay e Marchesoni (2011) realizaram um estudo sobre a avaliação da qualidade de vida com universitários de meia idade e universitários idosos. Os dados coletados foram analisados conjuntamente, pois não foi encontrada diferença significativa entre a idade e os índices de qualidade de vida. Foi observada relação significativa ($p < 0,05$) entre os índices de qualidade de vida, obtidos por meio do WHOQOL-Bref, e os indicativos de depressão, avaliados com o BDI ($p < 0,05$), ou seja, os índices de qualidade de vida obtidos foram menores nos indivíduos que apresentaram maior indicativo de depressão.

Pereira, Alvarez e Traebert (2011) examinaram 141 idosos com o objetivo de verificar a relação das condições sociodemográficas com a autoavaliação da qualidade de vida. Para isto, realizaram entrevista no domicílio do participante e aplicaram o WHOQOL-Bref. Em relação aos resultados, 70% dos participantes referiram ter uma qualidade de vida global muito boa ou boa e nenhuma das variáveis estudadas apresentou correlação com os domínios social e psicológico. No domínio meio ambiente, renda familiar inferior a três salários mínimos ($p = 0,004$) e a escolaridade inferior a oito anos de estudo ($p = 0,008$) mostraram-se associadas a piores índices de qualidade de vida. No domínio físico, além da renda inferior a três salários mínimos ($p = 0,018$) e da escolaridade inferior a oito anos de estudo ($p = 0,010$), a condição de não ter companheiro(a) ($p = 0,011$) e a idade de 80 anos ou mais ($p < 0,001$) também estiveram associadas a escores menores.

Em pesquisa com pacientes adultos que passaram por transplante de medula óssea (TMO), Mastropietro et al. (2010) pretenderam identificar possíveis relações

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

entre renda, trabalho e qualidade de vida. Para a coleta dos dados, fizeram Entrevista de Recuperação Pós-TMO, utilizaram um Instrumental de Avaliação Socioeconômica, o Questionário Genérico de Qualidade de Vida relacionada à Saúde (SF-36) e o *Functional Assesment Cancer Therapy – Bone Marrow Transplantation* (FACT-BMT), que avalia bem-estar físico, social/familiar, emocional e funcional, relacionamento com o médico e preocupações adicionais. Dos participantes, 43,5% possuíam renda familiar de até dois salários mínimos e 46,7% se encontravam afastados do trabalho. A variável renda foi significativamente associada com qualidade de vida ($p=0,020$) e com todos os seis domínios e o escore total do FACT-BMT ($p<0,001$), sendo que quanto maior a renda, maiores foram os resultados obtidos.

Probst et al. (2005) e Hernandez, Moreno e Borges (2007) enfatizam que a condição socioeconômica é um dos fatores que pode interferir nos índices de qualidade de vida. Assim, possuir baixa renda tem sido associado à baixa qualidade de vida.

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das famílias de baixa renda a partir da melhoria de sua condição socioeconômica foram implementados os Programas Sociais pelos governos de alguns estados da federação e pelo governo federal do Brasil. Dois desses programas que visam a melhoria da qualidade de vida das famílias de baixa renda a partir da transferência de renda serão mostrados a seguir.

Programas de Transferência de Renda

A assistência social no Brasil foi instituída no âmbito da seguridade social a partir da Constituição de 1988, na qual foram formalizados os direitos sociais básicos e o correspondente dever do Estado e da sociedade com relação às políticas sociais. Torres (2007) indica que o padrão de proteção social constituído pela Constituição se pautava na relação entre assistência e incapacidade de produzir e entre seguros sociais e pessoas com emprego estável. Neste sentido, Ferreira (1997) enfatiza que ficaram excluídos da proteção social os trabalhadores

que não se enquadravam no sistema produtivo devido à modernização tecnológica e exigências do mercado de trabalho e os jovens à procura do primeiro emprego, pois ambos eram considerados aptos ao trabalho, não tendo direito à assistência social, e, ao mesmo tempo, não estavam inseridos no mercado formal de trabalho, não possuindo, portanto, direito à seguridade social.

Frente a este contexto, a política de garantia de uma renda social mínima, entendida como um direito social de caráter não contributivo, representou uma estratégia para inserção da população não coberta pela assistência e pelos seguros sociais na proteção social (TORRES, 2007). Esta política, na forma de transferência de renda, tem início no Brasil na década de 1990 a partir de experiências descentralizadas e se efetiva como política nacional de mínimos sociais com a implementação do Programa Nacional de Renda Mínima em 2001 (Lei nº 10.219/01).

Segundo Fonseca (2001), os Programas de Transferência de Renda pressupõem que a insuficiência de renda das famílias obriga as crianças a entrarem precocemente no mercado de trabalho, abandonando a escola. Tal situação contribuiria para a perpetuação do ciclo da pobreza, pois dificultaria que as próximas gerações alcançassem postos de trabalho que exigem maiores qualificação e escolaridade. Para o autor, estes Programas têm como objetivo primordial o rompimento deste ciclo, o que pode ocorrer a partir do cumprimento das condicionalidades estabelecidas. Neste sentido, Dittrich (2008) enfatiza que o planejamento cultural deve pressupor que o comportamento precisa ser controlado por consequências de curto prazo para que as consequências benéficas à cultura sejam produzidas em longo prazo.

O Programa Renda Cidadã foi estabelecido desde 2001 como um dos principais Programas do Governo do Estado de São Paulo e tem como propósito o enfrentamento do processo de empobrecimento de uma parcela significativa da população.

Programa Renda Cidadã

O Programa Renda Cidadã implementado pelo Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social (SEADS), surgiu a partir da substituição dos Programas Complementando a Renda e Fortalecendo a Família. Atualmente, encontra-se regulamentado pela resolução SEADS 010, de 29 de junho de 2010 (SÃO PAULO, 2010).

Podem ser beneficiárias do Renda Cidadã as famílias - definidas pelo programa como a unidade nuclear, eventualmente ampliada por outros indivíduos que com ela possuam laços de parentesco ou de afinidade, que forme um grupo doméstico, vivendo sob o mesmo teto e que se mantém pela contribuição de seus membros - com renda *per capita* mensal de até meio salário mínimo nacional, comprovação de endereço, tendo prioridade as famílias chefiadas por mulheres, e que possuem cadastro no Sistema Pró-Social. A renda familiar mensal diz respeito à soma dos rendimentos brutos auferidos pela totalidade dos membros da família, excluindo-se os rendimentos concedidos por programas oficiais de transferência de renda.

O Sistema Pró-Social foi implementado pelo Estado de São Paulo em parceria com a Casa Civil para unificar os cadastros sobre as principais ações, programas, entidades e beneficiários no Estado. Nele são registradas informações como endereço residencial e programas e serviços acessados pelas famílias.

Segundo dados registrados neste Sistema, aproximadamente 94% dos beneficiários do Programa são do sexo feminino, destes, 54% são solteiros, 63% não trabalham e 19% têm idade entre 26 e 30 anos. De todos os beneficiários, 90% não apresentam ocupação definida. Entre aqueles que declaram algum tipo de emprego, as ocupações de maior frequência são serviços gerais, diarista e doméstica, sendo que entre os homens aparece constantemente a profissão de servente de pedreiro. Em relação aos beneficiários que não possuem ocupação, muitos declaram algum tipo de remuneração advinda de serviços esporádicos. O rendimento médio proveniente da remuneração do trabalho dos beneficiários que declaram uma ocupação está próximo de um salário mínimo (SÃO PAULO, 2007).

Os objetivos do Programa Renda Cidadã se relacionam à promoção de ações complementares, à concessão de apoio financeiro temporário direto à família e à

viabilização do acesso da população à rede de serviços. O valor mensal do benefício é de R\$ 80,00 por família e é creditado pela SEADS diretamente ao beneficiário, devendo ser sacado pelo responsável pela unidade familiar, preferencialmente a mulher com idade mínima de 18 anos. A transferência de renda é concedida por um período de 12 meses, ou até o limite de 36 meses. A elegibilidade das famílias deve ser revista a cada período de um ano com a realização de seu recadastramento no Sistema Pró-Social. O argumento central ao se propor um benefício com um período pré-determinado de tempo é de que após esse tempo as famílias consigam encontrar um caminho para sua emancipação econômica. Tal característica, segundo a SEADS, depende muito do trabalho realizado pelos municípios, que são os responsáveis por reunir as famílias beneficiárias para participação das atividades socioeducativas (como reuniões, grupos de discussão, palestras sobre questões de saúde, cidadania) e de geração de renda (como cursos profissionalizantes e oficinas de artesanato).

As condicionalidades estabelecidas pelo Programa devem ser cumpridas pela família beneficiária para a sua permanência até o prazo máximo. Estas condicionalidades se relacionam à frequência escolar (crianças maiores de seis anos de idade e adolescentes de até 15 anos, com frequência escolar mínima de 75%), saúde (crianças de até seis anos de idade com as vacinas obrigatórias em dia) e participação das ações complementares.

As ações complementares dizem respeito a atividades organizadas e regulares, de iniciativa pública e/ ou privada, que procuram favorecer o desenvolvimento da autonomia dos beneficiários e a melhoria da sua qualidade de vida. Estas ações se desenvolvem por meio do serviço socioeducativo, geralmente executado pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), do apoio à formação e capacitação e do Complementando Renda Cidadã. O serviço socioeducativo tem o objetivo de favorecer o diálogo e a troca de experiências entre os beneficiários. O apoio à formação e capacitação apresenta a proposta de desenvolver habilidades voltadas ao setor de comércio e serviços e de produção, dentre outras modalidades, visando a geração de trabalho e de renda. O Complementando Renda Cidadã objetiva oferecer condições para que as famílias

possam viver com seus próprios recursos, sem definir tais condições no documento oficial.

Os municípios são os responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades do Programa, devendo registrar trimestralmente as informações de cada uma das condicionalidades no aplicativo do programa, além de promover o controle e o monitoramento destas ações, implementar estratégias articuladas para superação das situações de descumprimento das condicionalidades e estabelecer parcerias no âmbito local com as áreas de saúde e educação. Para avaliar o impacto do Programa Renda Cidadã na vida dos beneficiários, a SEADS propõe a análise de alguns indicadores: ampliação do número de jovens e adultos alfabetizados; aumento do número de beneficiários atendidos pela rede de proteção social nas áreas de educação, saúde, habitação, saneamento, justiça e direitos humanos; maior participação das famílias na vida comunitária; melhoria das condições de higiene pessoal e ambiental; aumento do número de encaminhamentos a cursos de qualificação profissional; e ampliação da quantidade de beneficiários exercendo atividade remunerada.

Pereira (2009) apresentou um painel com informações e pesquisas sobre o Programa no II Congresso Consad (Conselho Nacional de Secretários de Estado da Administração) de Gestão Pública. A autora relatou uma pesquisa qualitativa realizada pela SEADS em 2006 como parte do Projeto “Avaliação e Aprimoramento da Política Social no Estado” com beneficiários de programas de transferência de renda em uma amostra de municípios do Estado. Os objetivos do estudo foram investigar o impacto dos programas na vida dos beneficiários e identificar sua percepção a respeito da relação com o poder público. Para isto, foram organizados 27 grupos de discussão em oito municípios do Estado, sendo nove grupos de discussão focados no Programa Renda Cidadã, nove no Programa Ação Jovem, seis no Programa Bolsa Família e três grupos com pessoas consideradas elegíveis para cada um dos programas, mas ainda não beneficiárias.

Em relação aos resultados da pesquisa, a autora enfatiza que, segundo informações da SEADS, as famílias incluídas no Renda Cidadã apontaram como vantagens do Programa a facilidade de obterem informações nas reuniões

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

socioeducativas, a aprendizagem de um ofício por meio dos cursos profissionalizantes, a socialização realizada nas reuniões e nos cursos e o fato de poderem assumir prestações e fazer compromissos por receberem o valor do benefício todo mês. Quanto ao destino do benefício, a compra de alimentos foi o mais mencionado. Foi citado também o uso com vestuário, fraldas, pagamento de contas de luz e de água, compra de gás, medicamentos, material escolar e uniforme, custeio de transporte coletivo e compra a prazo de materiais de construção, mobiliário e eletrodomésticos. Em relação ao impacto dos programas na vida dos beneficiários e os sentimentos vinculados ao recebimento do benefício, os participantes demonstraram se sentirem mais felizes e tranquilos com o auxílio que recebem, satisfeitos por conseguirem atender a alguns pedidos dos filhos e crença no futuro pelo fato dos filhos frequentarem a escola regularmente e em boas condições (com uniforme e bem alimentados). As mulheres citaram a independência financeira em relação aos cônjuges. Em alguns grupos foi relatada melhora da autoestima e em outros uma sensação de humilhação por dependerem deste tipo de auxílio. A autora ressalta que os participantes se apresentaram muitas vezes apáticos, desiludidos e desestimulados, com o relato de que os programas de transferência de renda são a única esperança de melhorar de vida.

Segundo a SEADS, a pesquisa citou também que é necessária maior preparação dos beneficiários para o desligamento dos Programas, mesmo em relação ao Programa Bolsa Família, pois, apesar de não ser estabelecido um prazo fixo, um dia a desvinculação pode ocorrer. Alguns participantes disseram que após isso tentarão inserção em outros programas sociais, poucos relataram que estavam procurando emprego ou tinham retornado à escola e o restante apresentou a demanda de inserção em cursos gratuitos de qualificação profissional. Pereira (2009) acredita que esse conjunto de respostas deve subsidiar os gestores e executores do programa nos municípios.

Outra pesquisa relatada por Pereira (2009) foi realizada pela SEADS em parceria com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) na Região Metropolitana de São Paulo no ano de 2008. O estudo também fazia parte do mesmo Projeto "Avaliação e Aprimoramento da Política Social do Estado". Seu

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

objetivo foi avaliar os efeitos conjugados de programas de transferência de renda, quando combinados com outros serviços direcionados à população de baixa renda, como educação, atendimento em saúde, programas de alimentação e nutrição, serviços socioeducativos para crianças e adolescentes, educação de jovens e adultos e programas de capacitação ou treinamento para jovens ou adultos.

A primeira parte do estudo foi realizada em domicílio com um total de 900 famílias em situação de vulnerabilidade social. Os dados apresentados são preliminares, visto que a pesquisa continua se desenvolvendo. Até o momento, a SEADS destaca que o grupo de famílias que participa de programas de transferência de renda apresenta melhores condições de vida para aspectos como alimentação e educação, quando comparado às famílias não beneficiárias. Os participantes incluídos em serviços complementares, além da transferência de renda, apresentam condições de vida melhores que aqueles que apenas recebem o benefício.

O Programa Renda Cidadã desde sua implantação atendeu cerca de 796 mil famílias. De forma não excludente, no âmbito do Governo Federal, o Programa Bolsa Família foi implantado em 2003 como uma das principais estratégias do Governo Federal para diminuição da pobreza no país.

Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família consiste em um programa de transferência de renda com condicionalidades. Foi regulamentado no início de 2004 (Lei nº 10.836/04) com a unificação dos procedimentos de gestão e execução das ações de transferência de renda do Governo Federal, como as do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Educação (Bolsa Escola), do Programa Nacional de Acesso à Alimentação (PNAA), do Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à Saúde (Bolsa Alimentação), do Programa Auxílio-Gás e do Cadastro Único do Governo Federal (BRASIL, 2004).

Podem ser beneficiadas pelo Programa as famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. O Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome

(MDS) define situação de extrema pobreza e pobreza a partir dos critérios adotados pelo Banco Mundial, que consideram pessoas em situação de extrema pobreza aquelas que vivem com menos de um dólar por dia e em situação de pobreza aquelas que vivem com entre um e dois dólares por dia. Sendo assim, para o MDS são consideradas famílias em situação de extrema pobreza aquelas com renda *per capita* mensal de até R\$ 70,00 e em condição de pobreza aquelas que possuem renda *per capita* mensal entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00 (BRASIL, 2012).

Segundo informações do MDS, o Bolsa Família atende mais de 13 milhões de famílias em todo território nacional de acordo com o perfil e tipos de benefícios, o básico, o variável, variável gestante (BVG), variável nutriz (BVN), variável vinculado ao adolescente (BVJ) e o Benefício para Superação da Extrema Pobreza (Brasil Carinhoso). O benefício básico, no limite de um por família, corresponde a R\$ 70,00 e se destina a unidades familiares que se encontram em situação de extrema pobreza. O variável, no valor de R\$ 32,00, é direcionado a famílias que se encontram em situação de pobreza ou extrema pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças de 0 a 12 anos de idade ou adolescentes de até 15 anos, sendo pago até o limite de cinco benefícios por família. O variável jovem, no valor de R\$ 38,00, é voltado a famílias que possuem jovens com idade entre 16 e 17 anos, sendo disponibilizados até dois benefícios por família. O benefício para superação da extrema pobreza, no limite de um por família, destina-se a unidades familiares beneficiárias do Programa Bolsa Família e que, cumulativamente, tenham em sua composição crianças e adolescentes de 0 a 15 anos de idade e que apresentem soma da renda familiar e dos benefícios relatados igual ou inferior a R\$ 70,00 por pessoa. Este benefício corresponde ao valor necessário para que a soma da renda familiar mensal e dos benefícios supere o valor de R\$ 70,00

O Programa possui três eixos principais: transferência de renda, programas complementares e condicionalidades. A transferência de renda visa promover o alívio imediato da pobreza. As ações e programas complementares objetivam o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

situação de vulnerabilidade. As condicionalidades reforçam o acesso a direitos sociais básicos nas áreas da saúde, educação e assistência social.

São condicionalidades do Programa:

- Na área da saúde: o acompanhamento do cartão de vacinação e do crescimento e desenvolvimento das crianças com idade de até sete anos, o acompanhamento das mulheres com idade entre 14 e 44 anos e as gestantes ou nutrízes (lactantes) devem realizar o pré-natal e o monitoramento da sua saúde e da do bebê.

- Na área da educação: todas as crianças e adolescentes com idade entre 6 e 15 anos devem apresentar frequência escolar mensal igual ou superior a 85% e os jovens de 16 a 17 anos devem ter presença igual ou superior a 75%.

- Na área da assistência social: crianças e adolescente de até 15 anos de idade em risco ou retiradas do trabalho infantil pelo Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) devem ser inseridas nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, com frequência mínima de 85% da carga horária mensal.

Cabe ao poder público a identificação dos motivos de descumprimento das condicionalidades e a implementação de ações de acompanhamento das famílias que se encontram nesta situação. O MDS orienta as famílias que apresentam dificuldade em cumprir as condicionalidades a procurar o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) com o objetivo de receber auxílio para superação das dificuldades enfrentadas. Quando o descumprimento se perpetua, a família pode ter o benefício bloqueado, suspenso ou, em último caso, cancelado.

A seleção das famílias é feita com base nas informações registradas pelo município no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal. Este cadastro caracteriza-se como um instrumento de identificação das famílias de baixa renda, entendidas como aquelas que possuem renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa ou renda mensal total de até três salários mínimos. Nele devem ser registradas informações de todo o núcleo familiar, das condições de moradia e das formas de acesso aos serviços públicos essenciais. Segundo o MDS, por meio

das informações coletadas com o Cadastro Único, o Governo Federal pode formular e programar políticas direcionadas à redução da vulnerabilidade social. Muniz (2006) ressalta que o conceito de vulnerabilidade social se define não só pela pobreza, mas também pela privação de acesso aos serviços sociais básicos e/ou pela fragilização dos vínculos familiares.

O MDS (BRASIL, 2012) realiza o Relatório de Informações Sociais (RI) a respeito dos programas, ações e serviços relativos às Políticas de Desenvolvimento Social, como Transferência de Renda, Assistência Social, Segurança Alimentar e Nutricional e Inclusão Produtiva. O RI é realizado pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI), que é responsável pelas ações de avaliação, monitoramento, gestão da informação e capacitação das políticas e programas do Ministério e do Plano Brasil Sem Miséria. Por meio de pesquisas de avaliação e ferramentas informacionais, a SAGI tem o intuito de promover o conhecimento dos gestores a respeito do público alvo de suas políticas.

Segundo o Relatório Informacional de 2012 referente ao Cadastro Único e ao Programa Bolsa Família, no município de coleta de dados desta pesquisa, há 10.016 famílias inscritas no Cadastro Único que possuem renda *per capita* de até R\$ 70,00, (encontrando-se em situação de extrema pobreza), 5.232 que apresentam renda por pessoa entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00 (vivendo em situação de pobreza) e 9.345 com renda *per capita* entre R\$ 140,01 e R\$ 311,00, totalizando 24.583 famílias. Destas, 8.800 são beneficiárias do Programa Bolsa Família e recebem benefícios com valor médio de R\$ 144,77. Em relação às condicionalidades, o acompanhamento da frequência escolar, com base no bimestre de julho de 2012, atingiu o percentual de 91,6% das crianças e adolescentes com idade entre 6 e 15 anos (do total de 11.029) e de 78,55% dos jovens com idade entre 16 e 17 anos (do total de 1.692). O acompanhamento das famílias em relação à saúde alcançou 66,41% das pessoas com perfil para este acompanhamento (do total de 6.820).

As pesquisas promovidas por meio da SAGI se encontram publicadas na série “Cadernos de Estudos” do MDS, disponibilizada no site do Ministério. Em sua primeira edição, organizada por Marques (2005), foi abordada a importância do Programa Bolsa Família, a partir de uma pesquisa realizada com 98 municípios,

selecionados por meio de critérios específicos, como localização geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste ou Sul), porte populacional (pequenos, com até 20.000 habitantes; médios, entre 20.000 e 100.000 moradores; grandes, entre 200.000 e 500.000 habitantes; ou muito grandes, acima de 500.000 munícipes), nível de pobreza (foi adotado como critério o Índice de Desenvolvimento Humano do Município), atividade econômica predominante (primária, secundária ou terciária) e proporção população urbana/ população rural (mais de 50% da população vivendo na zona urbana ou mais de 50% da população vivendo na zona rural). Cada município selecionado representou um grupo específico de municípios com características semelhantes. A análise dos dados foi feita comparando-se o total de recursos transferidos pelo Programa a informações como a receita disponível do município, o total de transferências federais para o SUS, o total de transferência federal, o Fundo de Participação Municipal e o total de transferência estadual a título do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS). Para a estimativa da população beneficiada pelo Programa Bolsa Família foi utilizada a média de pessoas por família por Estado, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2002.

O estudo revelou que a região com maior número de beneficiários do Programa foi a Nordeste (69,1%), seguida pelas regiões Sudeste (19,1%), Norte (8%), Centro-Oeste (2,4%) e Sul (1,4%). Foi observado que quanto menor a receita disponível do município, maior a importância relativa dos recursos transferidos pelo Programa e quanto mais desenvolvido o município, maior sua arrecadação a título do ICMS e menor a relação entre os recursos do Bolsa Família e as receitas desta transferência. Conclui-se que, quanto menos desenvolvido é o município, maior será a importância relativa do Programa Bolsa Família, sendo que em alguns municípios o Programa é responsável por boa parte das atividades econômicas realizadas.

Também são abordadas pesquisas de avaliação dos programas sociais do MDS no quinto Caderno de Estudos (PAES-SOUSA; VAITSMAN, 2007) e no décimo terceiro (TAPAJÓS; QUIROGA, 2010). No Caderno 5 são apresentados estudos com beneficiários do Programa Bolsa Família sobre utilização do benefício, condicionalidades, efeitos sobre suas condições de vida e sobre segurança

alimentar e nutricional e é enfatizada a importância da pesquisa qualitativa para o estudo dos efeitos do Programa sobre desigualdades de gênero.

A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) investigou, entre os anos de 2004 e 2006, o impacto do Programa Bolsa Família no consumo domiciliar (gasto corrente com alimentação, remédios, bens tipicamente infantis e bens tipicamente adultos) e no trabalho. Para isto foi feita uma pesquisa domiciliar com desenho quase-experimental e longitudinal. A análise comparativa envolveu três grupos, o grupo 1 constituído por domicílios com beneficiários do Programa Bolsa Família, o grupo 2 formado por domicílios que recebem outros benefícios e o grupo 3 representado por domicílios que declararam nunca ter recebido nenhum tipo de benefício. O tamanho da amostra foi definido de forma a abranger todas as regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), tendo-se como meta a obtenção de 15.000 entrevistas. O grupo com beneficiários do Programa Bolsa família consistiu em 30% da amostra, o com beneficiários de outros Programas em 60% e o de não beneficiários em 10%.

A pesquisa mostrou que, no que se refere aos indicadores de gastos domiciliares, o grupo de beneficiários do Programa Bolsa Família apresentou gastos superiores em educação, vestuário infantil e alimentação, quando comparados aos beneficiários de outros Programas. Com relação à ocupação, os resultados indicam uma maior participação no mercado de trabalho dos beneficiários do Bolsa Família, principalmente em relação àqueles que não recebem nenhum benefício. Observou-se, por outro lado, menor participação das mulheres beneficiárias do Programa no mercado de trabalho em relação aos demais grupos. Os autores sugerem que a menor ocupação destas mulheres poderia indicar um desincentivo ao trabalho pelo efeito renda ou pela maior alocação em atividades domésticas.

Outra investigação contemplada no Caderno de Estudos 5 foi executada pela Pólis Pesquisa e apresentou como objetivos identificar as percepções dos beneficiários a respeito de suas condições de vida e mensurar o grau de conhecimento dos beneficiários sobre o Programa. Foi aplicado um questionário contendo questões abertas e fechadas com o responsável legal pelo recebimento do

Bolsa Família. A pesquisa compreendeu 2.317 domicílios de beneficiários do Programa distribuídos em 86 municípios. A margem de erro estimada foi de 2,1 pontos percentuais para mais e para menos e o intervalo de confiança foi de 95%.

O Programa Bolsa Família foi muito bem avaliado pelos beneficiários, sendo que 85,3% o consideram ótimo/bom, 13,7% regular e menos de 1% o avaliaram de forma negativa. Para 62% dos beneficiários a vida familiar melhorou após o ingresso no Programa e para 25,9% melhorou muito. A vida familiar permaneceu a mesma para 11,9% e 0,3% referiram que havia piorado. Os participantes mencionaram que o principal item para o qual o benefício estava sendo utilizado era a alimentação, seguida por material escolar, vestuário e remédios. Em relação ao grau de concordância com as condicionalidades de educação e saúde determinadas pelo Programa, 85,6% dos beneficiários afirmaram concordar totalmente com estas condicionalidades, 11,7% referiram assentir em parte, 2% disseram discordar em parte e 0,3% relataram discordar totalmente. Quanto à escolarização, nas famílias participantes 34,4% das crianças de até quatro anos de idade frequentavam a escola, assim como 72,2% das crianças de cinco anos e 90,5% das crianças de seis anos. Na faixa etária de 7 a 15 anos, 96,2% estudavam na rede pública, 1,7% na rede privada e 1,8% não frequentavam a escola, embora tenham estudado em algum momento da vida e 0,3% nunca esteve na escola. Na faixa etária entre 16 e 24 anos, 0,4% nunca frequentaram a escola, assim como 5,8% com idade entre 25 e 49 anos, 20,8% entre 50 e 64 anos e 40,2% entre aqueles com mais de 65 anos de idade.

No mesmo Caderno de Estudos foi publicada uma pesquisa sobre o enfrentamento das desigualdades de gênero no Programa Bolsa Família. Seu objetivo foi investigar os efeitos do Bolsa Família sobre a condição social das mulheres beneficiárias, particularmente no que se refere às desigualdades de gênero nos espaços domésticos e públicos. A pesquisa foi qualitativa e se caracterizou por um conjunto de estudos de caso realizados em 10 municípios. Foram feitos grupos focais, questionário semiestruturado e entrevistas semiestruturadas e abertas com mulheres beneficiárias e agentes governamentais ligados direta ou indiretamente à gestão do Programa Bolsa Família.

Com relação aos resultados sociodemográficos, foi relatado que 84,8% das participantes residem na cidade natal ou moram no município há pelo menos 10 anos, 86,9% se definem como negras, pardas ou morenas e 46% da amostra não possuíam cônjuge. A atividade “do lar” foi a mais identificada entre as participantes e as atividades de lazer citadas relacionaram-se a eventos como ver televisão, dormir ou descansar. No entendimento das participantes, o Programa se restringe à transferência de uma renda que possibilita o melhor cumprimento da responsabilidade de cuidar dos filhos. Por parte dos gestores, as condicionalidades do Programa se configuram como uma possibilidade de poder exigir das beneficiárias uma contrapartida pelo recebimento do benefício. Segundo o MDS, os principais impactos do Programa se dão na afirmação da autoridade das mulheres no espaço doméstico devido ao aumento do poder de compra suscitado pelo benefício, porém isto não implica em mudanças nas relações tradicionais de gênero.

Resultados semelhantes foram observados em uma pesquisa coordenada pela Universidade Federal da Bahia, publicada no décimo terceiro Caderno de Estudos, na qual foi demonstrada, por meio da realização de dois grupos focais em uma cidade do estado da Bahia, melhora na autoestima das beneficiárias após a inserção do Programa Bolsa Família devido ao manejo dos recursos e ao fato de terem o poder de direcionar seu uso de forma a melhorar o bem-estar de toda a família.

O Núcleo de Pesquisas, Informações e Políticas Públicas da Universidade Federal de Fluminense (DATAUFF) e a Universidade Federal da Bahia (UFBA) publicaram no Caderno de Estudos 5 uma pesquisa cujo objetivo foi avaliar o impacto do Programa Bolsa Família na qualidade de vida das famílias beneficiárias, enfatizando questões relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional. Foram realizadas 3.000 entrevistas com indivíduos responsáveis por famílias que são beneficiárias há 12 meses ou mais e 1.000 com indivíduos responsáveis por famílias que são beneficiadas pelo Bolsa Família há três meses ou menos em 53 municípios distribuídos nos 27 estados do país.

A maioria dos participantes foi do sexo feminino (93,9%), a escolaridade primária foi a mais presente (70%), 32,5% se denominaram brancos, 48,4% pardos

e 16,8% negros. A renda familiar variou entre um e três salários mínimos mensais em 58,6% da amostra e foi igual ou menor que um salário mínimo no restante. Para o MDS a caracterização dos participantes demonstra que a focalização do Bolsa Família está sendo feita de forma adequada. Em relação à segurança alimentar, os pesquisadores mostraram que o término dos alimentos antes que houvesse disponibilidade financeira para adquirir mais gêneros alimentícios foi relatado por 87,5% dos participantes, percentual que sofreu redução após a inserção no Programa. Quanto à avaliação do Programa, 88,7% dos beneficiários o julgaram de forma positiva, 9,8% como regular e 1,6% o consideraram ruim ou péssimo.

O Caderno de Estudos 13 aborda uma pesquisa de objetivos semelhantes. Inicialmente foram realizadas entrevistas para avaliar os impactos do Programa Bolsa Família com famílias beneficiárias, famílias que não eram beneficiárias, mas estavam incluídas no Cadastro Único e famílias não cadastradas, mas com perfil semelhante ao das famílias cadastradas. Esta rodada da pesquisa foi feita no ano de 2005 com 15.426 famílias, em 269 municípios de 23 estados e do Distrito Federal. Em 2009, 74,1% dos participantes foram entrevistados novamente para avaliação da ocorrência ou não de mudanças em suas condições de vida e determinação de quais dessas mudanças poderiam ser atribuídas exclusivamente ao Programa.

Segundo o MDS, a comparação entre os resultados de 2005 e 2009 demonstra melhoras significativas. As melhoras relatadas foram as seguintes: menor quantidade de partos prematuros entre as famílias beneficiárias (a quantidade de crianças nascidas a termo foi 14,1% maior nas famílias beneficiárias, em comparação com as famílias não beneficiárias); a proporção de crianças beneficiárias consideradas nutridas foi 39,4% mais alta em comparação com as crianças não beneficiárias; aumento dos índices de vacinação em dia; a frequência escolar de crianças de 6 a 17 anos de idade das famílias beneficiárias foi 4,4% maior em comparação com a frequência escolar das crianças não beneficiárias. Para o MDS, essas diferenças podem ser atribuídas ao Bolsa Família.

O Governo Federal desenvolveu, por meio da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o Índice de Desenvolvimento Familiar (IDF), disponibilizado no site do Ministério desde

2008. Este índice permite verificar o grau de vulnerabilidade de cada família cadastrada no Cadastro Único, ou mesmo de um grupo de famílias ou do total de famílias de um município. O IDF varia entre zero e um e quanto melhores as condições da família, mais próximo de um será seu indicador. O índice de cada família se constrói a partir dos dados pessoais de seus integrantes, com base em seis aspectos: 1 – Vulnerabilidade; 2 – Acesso ao conhecimento; 3 – Acesso ao trabalho; 4 – Disponibilidade de recursos; 5 – Desenvolvimento infantil; 6 – Condições habitacionais.

O objetivo do IDF é possibilitar que os gestores municipais identifiquem, entre as famílias pobres e extremamente pobres inseridas no Cadastro Único, aquelas que apresentam baixo nível de desenvolvimento em alguma das dimensões definidas pelo IDF, implantando ações complementares ao Programa Bolsa Família que estejam focadas nas maiores vulnerabilidades desta população. No município em que foram coletados os dados, no ano de 2012, o IDF variou entre 0,26 e 0,95. O IDF médio foi de 0,63, no indicador de vulnerabilidade foi de 0,65, no de acesso ao conhecimento foi de 0,48, no de acesso ao trabalho foi de 0,26, no de disponibilidade de recurso foi de 0,58, no de desenvolvimento infantil foi de 0,95 e no de condição habitacional foi de 0,86.

Conforme refletem Albuquerque (2002) e Dantas, Oliveira e Yamamoto (2010), o número de estudos sobre a atuação do psicólogo junto a populações em situação de baixa renda é bastante reduzido. Além disso, os poucos estudos feitos sobre a atuação do psicólogo junto a esta população apresentam pouco impacto na prática deste profissional (DANTAS; OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2010). Por outro lado, em algumas pesquisas têm sido observada a relação entre desigualdade social e piores condições de saúde mental (HERNÁNDEZ; MORENO; BORGES, 2007; PROBST et al., 2005). Neste trabalho optou-se por coletar dados com a população de baixa renda que são beneficiárias dos Programas de Transferência de Renda “Renda Cidadã” e/ou “Bolsa Família” devido à facilidade de contato e de seleção por meio da renda, pois, sendo beneficiária, a família, além de apresentar renda dentro dos critérios de definição de baixa renda, deve se vincular a alguma instituição

pública, ao passo que famílias de baixa renda não cadastradas em programas sociais seriam menos acessíveis.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar a prevalência de *stress*, depressão e percepção da qualidade de vida em beneficiários de programas de transferência de renda.

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar aspectos sociodemográficos da amostra.
- ✓ Determinar sintomas e fases de *stress* predominantes.
- ✓ Verificar o indicativo de depressão e a percepção de qualidade de vida.
- ✓ Averiguar possíveis relações entre *stress*, depressão e qualidade de vida.

3 MÉTODO

Participantes

Participaram da pesquisa 215 beneficiários dos Programas de Transferência de Renda “Renda Cidadã” e “Bolsa Família”. Os critérios de inclusão consistiram em ter mais de 18 anos de idade, estar inscrito em um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e frequentar reuniões sistemáticas realizadas neste local. O critério de exclusão foi não conseguir ler e responder aos instrumentos.

Dos 215 participantes, 198 foram válidos, pois 11 preencheram os instrumentos de forma incompleta e seis receberam auxílio de terceiros por não conseguirem ler e escrever, sendo seus dados descartados. Dos 198, 36 são beneficiários do Programa Bolsa Família, 85 recebem o Renda Cidadã e 77 são beneficiários dos dois Programas. O número total de famílias beneficiárias do

Programa Renda Cidadã do município de coleta de dados é de 1.026 e do Programa Bolsa Família na ocasião de coleta dos dados foi em torno de 8.800.

Local

A coleta dos dados ocorreu em sete Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e em uma Associação de Moradores localizada na zona rural de uma cidade de grande porte do interior do Estado de São Paulo. Os CRAS constituem-se em unidades estatais que funcionam como “porta de entrada” da rede de serviços socioassistenciais do território, onde são prestadas informações e orientações para a população de sua área de abrangência. A Associação de Moradores é utilizada por um dos CRAS para realização de reuniões com as famílias moradoras da zona rural de seu território de abrangência.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico dos participantes (APÊNDICE A)

Este questionário foi aplicado com o objetivo de se caracterizar informações da amostra pesquisada. Os itens investigados foram: idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, número de moradores da casa, ocupação e localidade da residência (zona urbana ou zona rural).

Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL (LIPP, 2000a)¹

O ISSL é um instrumento que visa identificar se o sujeito apresenta sintomas de *stress*, o tipo predominante (físico ou psicológico) e a fase em que se encontra (Alerta, Resistência, Quase Exaustão ou Exaustão). O instrumento contém três

1 Este inventário não constará dos anexos, posto que é privativo do psicólogo e todos os direitos de reprodução são reservados à Casa do Psicólogo que o publicou.

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

quadros referentes às quatro fases do *stress*. No primeiro quadro deve-se assinalar os sintomas vivenciados nas últimas 24 horas. O segundo quadro indica os sintomas experimentados na última semana. No terceiro quadro devem ser assinalados os sintomas experimentados no último mês. Sua aplicação para coleta de dados com pessoas de menor nível educacional prevê a troca de algumas palavras: aumento de sudorese por maior suor/suadeira; insônia por dificuldade de dormir; taquicardia por bateadeira no peito; hiperventilação por respirar ofegante, rápido; hipertensão arterial por pressão alta; aparecimento de problemas dermatológicos por problemas de pele; sensibilidade emotiva excessiva por estar muito nervoso; e diminuição da libido por sem vontade de sexo.

Conforme instruções de seu manual, para avaliar se uma pessoa apresenta sintomas significativos de *stress*, verifica-se o escore bruto total de respostas por quadro, sendo que é considerada como tendo *stress* aquela que no Quadro 1 apresenta a soma de sintomas psicológicos e físicos superior a 6 ou que no Quadro 2 apresenta soma superior a 3 ou que no Quadro 3 apresenta soma maior que 8. Para determinar em que fase de *stress* o indivíduo se encontra verificam-se as porcentagens correspondentes aos resultados brutos. Destaca-se que no Quadro 2 porcentagens de até 50 indicam fase de resistência e acima de 50 indicam fase de quase-exaustão. Para determinar a sintomatologia predominante, verifica-se a porcentagem correspondente à fase de *stress* em que a pessoa se encontra.

Inventário de Depressão de Beck (BDI) (adaptado por CUNHA, 2001)²

As Escalas Beck (Inventário de Depressão, Inventário de Ansiedade, Escala de Desesperança e a Escala de Ideação Suicida) foram desenvolvidas por Beck e seus colegas no Centro de Terapia Cognitiva (CTT) da Universidade de Pennsylvania, na Philadelphia, Estados Unidos. O BDI consiste em um questionário de auto avaliação com 21 itens de múltipla escolha, cada um com quatro alternativas que subentendem graus crescentes de gravidade da depressão.

² Este inventário não constará nos anexos, posto que é privativo do psicólogo e todos os direitos de reprodução são reservados à Casa do Psicólogo que o publicou.

O BDI não deve ser utilizado para identificar características nosológicas, pois fornece apenas um indicativo da intensidade da depressão. Seus itens relacionam-se a: 1 – Tristeza; 2 – Pessimismo; 3 – Sentimento de fracasso; 4 – Insatisfação; 5 – Culpa; 6 – Punição; 7 – Autoaversão; 8 – Autoacusações; 9 – Ideias suicidas; 10 – Choro; 11 – Irritabilidade; 12 – Retraimento social; 13 – Indecisão; 14 – Mudança na autoimagem; 15 – Dificuldades de trabalhar; 16 – Insônia; 17 – Fatigabilidade; 18 – Perda de apetite; 19 – Perda de peso; 20 - Preocupações somáticas; 21 – Perda da libido. Cada resposta recebe um valor de 0 a 3. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens. Quando a soma das respostas fica entre 0 e 13, diz-se que é um indicativo de depressão mínima, entre 14 e 19 depressão leve, entre 20 e 28 depressão moderada e entre 29 e 63 depressão severa. Pode ser autoadministrado (a própria pessoa faz a leitura das instruções e dos itens e assinala as respostas) ou administrado oralmente (uma terceira pessoa faz a leitura das instruções e dos itens, que podem ser assinalados por ela ou pela pessoa que está respondendo).

O instrumento foi validado em amostras populacionais brasileiras por Gorenstein e Andrade em 1998 e por Cunha em 2001 e recebeu a influência de diferentes sistemas de classificação nosológica vigentes na época, CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais - DSM IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). O trabalho foi desenvolvido em três grandes amostras, uma constituída por pacientes psiquiátricos (N=1.388), outra por pacientes de clínica médica (N=531) e uma terceira constituída por grupos da população geral (N=2.476).

Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida – WHOQOL-Bref (ANEXO A)

Este instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) numa perspectiva transcultural, tendo sido abreviado a partir do WHOQOL-100, que se baseia no conceito de qualidade de vida como uma percepção do indivíduo construída a partir de suas relações com o meio ambiente. O WHOQOL-100

apresenta quatro questões gerais sobre a qualidade de vida e mais 96 divididas em 24 facetas: 1 – dor e desconforto; 2 – energia e fadiga; 3 – sono e repouso; 4 – sentimentos positivos; 5 – pensar, aprender, memória e concentração; 6 – autoestima; 7 – imagem corporal e aparência; 8 – sentimentos negativos; 9 – mobilidade; 10 – atividades da vida cotidiana; 11 – dependência de medicação ou de tratamentos; 12 – capacidade de trabalho; 13 – relações pessoais; 14 – suporte (apoio) social; 15 – atividade sexual; 16 – segurança física e proteção; 17 – ambiente no lar; 18 – recursos financeiros; 19 – cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; 20 – oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; 21 – participação em, e oportunidades de recreação/lazer; 22 – ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima); 23 – transporte; 24 – espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais. Estas 24 facetas se encontram, no instrumento original, contempladas em seis Domínios (Domínios I – Físico; II – Psicológico; III – Nível de dependência; IV – Relações sociais; V – Meio ambiente; VI – Aspectos espirituais/religião/crenças pessoais).

O WHOQOL-Bref contém 26 questões sendo que duas questões se referem à percepção do indivíduo em relação à qualidade de vida (questões 1 e 2) e as demais representam cada uma das 24 facetas. Diferentemente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de quatro questões, no WHOQOL-Bref cada faceta é avaliada por uma questão. Neste instrumento as facetas estão divididas em quatro domínios: Domínio I – Físico (Questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), Domínio II – Psicológico (Questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26), Domínio III - Relações Sociais (Questões 20, 21 e 22) e Domínio IV - Meio Ambiente (Questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25). A pontuação dos escores deve ser realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS com a sintaxe do WHOQOL-bref.

O critério de seleção das questões que compõem o instrumento abreviado foi tanto psicométrico, como conceitual. No nível conceitual o “The WHOQOL Group” definiu que o caráter abrangente do WHOQOL-100 deveria ser mantido, com cada uma das 24 facetas sendo contempladas por uma questão. Em relação aos aspectos psicométricos, selecionou-se a questão que melhor se correlacionasse ao escore total do instrumento original, calculado pela média de todas as facetas.

Realizou-se uma análise fatorial confirmatória para a divisão em quatro domínios. O WHOQOL-bref no Brasil apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste (FLECK, 2000).

Procedimento

Os instrumentos e o questionário sociodemográfico foram aplicados antes da coleta de dados para identificação de eventuais dificuldades com 22 beneficiários de Programas de Transferência de Renda. Após aplicação do estudo piloto, não foi realizada alteração na metodologia para coleta de dados. Dos 22 participantes, dois não foram válidos, visto que necessitaram de auxílio para responder aos instrumentos. Assim, 20 participantes foram considerados para o estudo total.

Coleta dos dados

Foi encaminhado ofício (APÊNDICE B) à Secretaria responsável pela gestão dos Programas Renda Cidadã e Bolsa Família do município de coleta dos dados, solicitando autorização para utilização dos dados destes Programas para fins de pesquisa. Após a autorização, fez-se contato com os CRAS para agendamento da coleta de dados de acordo com a disponibilidade do local. Os beneficiários que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (ANEXO B). Todos os cuidados éticos foram tomados segundo o Regulamento do Sistema Único de Saúde 2048-09 e o projeto foi aprovado sob nº 8193/46/01/11 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade (ANEXO C).

A coleta de dados ocorreu em grupos e o número de pessoas por grupo variou de 7 a 20. Foram montados 16 grupos, sendo que destes, dois foram feitos durante o estudo piloto. O ambiente utilizado para a coleta dos dados foi o mesmo utilizado pelos CRAS para a realização de atividades coletivas, sendo que seus

aspectos variaram de um local para outro (tamanho, iluminação, assentos e ventilação).

Em todos os grupos o procedimento seguiu a mesma ordem: 1 - apresentação da pesquisadora por um profissional do CRAS; 2 – explicação oral sobre a pesquisa e sua importância; 3 – realização de convite para participação a todos os presentes; 4 – distribuição e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 5 – assinatura do Termo de Consentimento pelos beneficiários que concordaram em participar; 6 - entrega dos instrumentos aos participantes (primeiramente o ISSL, depois o BDI, em seguida o WHOQOL-Bref e, por último, o questionário sociodemográfico).

Os instrumentos (instruções e itens) e o questionário sociodemográfico foram lidos em voz alta pela pesquisadora e cada participante os respondeu individualmente. Todas as instruções recomendadas nos manuais para a aplicação dos instrumentos foram seguidas.

A coleta de dados ocorreu de Janeiro a Abril de 2012. Sua duração nos grupos variou de 40 a 105 minutos.

Análise dos dados

Na análise quantitativa, as informações coletadas foram sintetizadas por meio das funções da estatística descritiva. Para isto, foram utilizados os testes estatísticos “t” de *Student* para comparação entre duas médias, ANOVA para comparação entre mais de duas médias e correlação de Pearson para avaliar se duas ou mais variáveis estão correlacionadas.

4 RESULTADOS

Os dados coletados foram organizados e apresentados em tabelas em relação à caracterização da amostra, descrição das variáveis (*stress*, depressão e qualidade de vida) e análise estatística. Estes dados são apresentados a seguir:

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Conforme demonstra a Tabela 1, a faixa etária dos participantes distribuiu-se entre 18 e 74 anos, sendo que 42% apresentaram entre 51 e 74 anos, 30% entre 31 e 50 anos e 28% entre 18 e 30 anos. A grande maioria dos participantes se caracterizou por ser do sexo feminino (92%). Em relação ao estado civil, 41% dos participantes se denominaram solteiros, 37% em união estável, 18% separados e 4% viúvos.

Dos 198 participantes, 42% apresentaram escolaridade entre 1ª e 4ª séries do Ensino Fundamental, 34% entre 5ª e 8ª séries do Ensino Fundamental, 22% entre o 1º e o 3º anos do Ensino Médio e 2% Ensino Técnico. A renda *per capita* variou entre R\$0,00 e R\$622,00, sendo que 37% apresentaram renda de R\$140,01 a R\$622,00 por pessoa, 32% entre R\$70,01 e R\$140,00 por pessoa e 31% até R\$70,00 por pessoa.

Tabela 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas

Variáveis	Categorias	Número de Participantes
Idade	18 a 30 anos	55
	31 a 50 anos	68
	51 a 74 anos	75
Sexo	Feminino	183
	Masculino	15
Estado Civil	Solteiro	81
	União Estável	73
	Separado	35
	Viúvo	09
Escolaridade	1ª a 4ª EF	84
	5ª a 8ª EF	67
	1º ao 3º EM	44
	Ensino Técnico	03
Renda <i>Per Capita</i>	Até R\$70,00	61
	De R\$70,01 a R\$140,00	63
	De R\$140,01 a R\$622,00	74
Ocupação	Informal	81
	Formal	06
	Desempregado	18
	Do lar	89
Residência	Aposentado	04
	Zona Urbana	175
	Zona Rural	23
Benefício	RC	85
	BF	36
	BF + RC	77

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

Em relação à ocupação, 45% da amostra denominaram-se do lar, 41% referiram ter emprego informal, 9% apontaram estar desempregados, 3% relataram ter um emprego formal e 2% referiram ser aposentados. Quanto à moradia, a maioria (88%) apontou residir na zona urbana. No que se refere ao benefício, observou-se que 43% dos participantes estão inseridos somente no Programa Renda Cidadã, 18% apenas no Bolsa Família e 39% são beneficiários dos dois Programas.

Stress

Com a aplicação do ISSL, avalia-se se no participante existe ou não *stress* e a fase de *stress* e os sintomas predominantes (físicos ou psicológicos) para aqueles que possuem *stress*. Dos 198 participantes, 115 (58%) tinham *stress*, destes, 78 (68%) estavam na Fase de Resistência, 28 (24%) apresentavam-se na Fase de Quase-Exaustão, 8 (7%) encontravam-se na Fase de Exaustão e um (1%) na Fase de Alerta.

Tabela 2 – Total de participantes em cada fase do *stress* e sintomas predominantes

ISSL	Ausência de <i>Stress</i>	Presença de <i>Stress</i>	Sintomas Físicos	Sintomas Psicológicos	Sintomas Físicos e Psicológicos
Total	83	115	44	54	17
Alerta	-	1	0	0	1
Resistência	-	78	31	32	15
Quase-Exaustão	-	28	12	15	1
Exaustão	-	8	1	7	0

Dos participantes que apresentaram *stress*, 54 (47%) exibiram predominância de sintomas psicológicos, 44 (38%) de sintomas físicos e 17 (15%) referiram sintomas físicos e psicológicos. Na Tabela 2 são mostrados os dados relacionados às fases e sintomas predominantes do *stress*.

Depressão

Por meio do BDI obtém-se uma medida do indicativo de depressão, sendo que, nesta pesquisa, 68 participantes (34%) apresentaram indicativo de depressão mínima (0-11), 53 (27%) de depressão moderada (12-19), 50 (25%) de depressão leve (20-35) e 27 de (14%) depressão grave (36-63). O índice médio de depressão obtido foi de 19,2, o desvio padrão foi de 12,9 e a mediana foi de 17. Estes dados, assim como os relacionados à qualidade de vida, podem ser observados na Tabela 3.

Qualidade de Vida

No WHOQOL-bref obtêm-se os resultados, em uma escala que varia de zero a 100, referentes à Qualidade de Vida Global e em relação aos Domínios I - Físico, II - Psicológico, III - Relações Sociais e IV - Meio Ambiente. Quanto ao Índice Global a média dos participantes foi de 51,3.

Tabela 3 – Médias, desvios-padrão e medianas referentes ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida

Medidas/ Variáveis	Depressão	Qualidade de Vida Global	QV - Físico	QV - Psicológico	QV – Relações Sociais	QV – Meio Ambiente
Média	19,2	51,3	54,1	54,9	53,4	43,0
Desvio Padrão	12,9	10,7	20,7	19,7	24,1	15,0
Mediana	17	56,9	53,6	54,2	58,3	43,8

Nos domínios referentes à qualidade de vida as médias obtidas foram de 54,1 (Físico), 54,9 (Psicológico), 53,4 (Relações Sociais) e 43,0 (Meio Ambiente). Estes dados também podem ser observados na Tabela 3.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e os dados obtidos com a aplicação dos instrumentos

Os dados obtidos com a aplicação dos instrumentos foram considerados em relação a cada variável sociodemográfica. Estes são apresentados a seguir.

Idade

Foi exibida presença de *stress* em 66% dos participantes na faixa etária de 31 a 50 anos, em 56% daqueles que se encontravam com idade de 18 a 30 anos e em 52% dos participantes mais velhos (51 a 74 anos). Na faixa etária de 31 a 50 anos, nos participantes que exibiram *stress*, 23 (51%) estavam na fase de resistência, 18 (40%) em quase-exaustão e quatro (9%) em exaustão. Na de 18 a 30 anos, 26 participantes estavam na fase de resistência (84%) e cinco (16%) na fase de quase-exaustão. Nos participantes de 51 a 74 anos, 29 (74%) estavam na fase de resistência, cinco (13%) na de quase-exaustão, quatro (10%) em exaustão e um (3%) na fase de alerta.

Verificou-se que os participantes de 51 a 74 anos exibiram maior indicativo médio de depressão, seguidos pelos participantes com idade entre 18 e 30 anos e pelos que tinham entre 31 e 50 anos ($p=0,412$). Quanto à percepção da qualidade de vida, no índice global foi observado que os participantes mais novos (18 a 30 anos) obtiveram o melhor índice médio, sendo acompanhados pelos mais velhos (51 e 74 anos) e, logo após, pelos de idade entre 31 e 50 anos ($p=0,509$). Esses dados são exibidos na Tabela 4.

Tabela 4 – Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção de qualidade de vida referentes à idade

Idade	Depressão	Qualidade de Vida Global	QV - Físico	QV - Psicológico	QV - Relações Sociais	QV - Meio Ambiente
De 18 a 30 anos	19,1	52,1	55,8	55,1	52,9	44,5
De 31 a 50 anos	17,7	50,5	52,0	55,9	52,6	41,4
De 51 a 74 anos	20,6	51,6	54,7	53,9	54,4	43,3
Valores de p	0,412	0,861	0,578	0,825	0,886	0,509

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

Os beneficiários com o maior índice médio no domínio físico foram os com idade de 18 e 30 anos, em seguida, os com maior índice médio foram os mais velhos (51 a 74 anos), seguidos pelos com faixa etária de 31 a 50 anos ($p=0,578$). No domínio psicológico, o maior índice médio foi referido pelos participantes na faixa etária de 31 a 50 anos, seguidos pelos de 18 a 30 anos e com idade de 51 a 74 anos ($p=0,825$). No domínio relações sociais, a maior média foi observada nos mais velhos (51 a 74 anos), seguidos pelos mais novos (18 a 30 anos) e os de idade de 31 a 50 anos ($p=0,886$). No domínio meio ambiente, os participantes mais novos (18 a 30 anos) obtiveram o maior índice médio, sendo acompanhados pelos mais velhos (51 e 74 anos) e, logo após, pelos de idade de 31 a 50 anos ($p=0,509$).

Sexo

Observou-se que 60% das mulheres e 40% dos homens apresentaram *stress*, sendo que das participantes com *stress*, 74 (68%) estavam na fase de resistência, 26 (24%) na de quase-exaustão, oito (7%) na de exaustão e um (1%) na de alerta. Quanto aos homens que possuíam *stress*, quatro (66%) se encontravam na fase de resistência e dois participantes (33%) estavam na fase de quase-exaustão.

A maior média do indicativo de depressão foi obtida pelos homens ($p=0,975$). Em relação à qualidade de vida global, houve maior índice médio nos homens, conforme Tabela 5.

Tabela 5 – Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes ao sexo

Sexo	Depressão	Qualidade de Vida Global	QV – Físico	QV - Psicológico	QV - Relações Sociais	QV – Meio Ambiente
Feminino	17,93	47,87	50,95	51,11	46,11	43,35
Masculino	19,30	54,57	54,32	55,24	53,96	42,98
Valores de p	0,975	0,200	0,541	0,485	0,217	0,920

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

Nos domínios físico ($p=0,541$), psicológico ($p=0,485$) e relações sociais ($p=0,217$) também foram obtidos melhores índices médio entre os homens. No domínio meio ambiente, o índice médio foi maior entre as mulheres ($p=0,920$).

Estado Civil

Verificou-se que 67% dos viúvos apresentaram *stress*, assim como 58% dos solteiros, 57% dos participantes em união estável e 57% dos separados. Dos participantes viúvos com *stress*, quatro (67%) estavam na fase de resistência, um (17%) na de quase exaustão e um (17%) na de exaustão. Dos solteiros com *stress*, 32 (68%) se encontravam na fase de resistência, 13 (28%) na de quase-exaustão e dois (4%) na de exaustão. Dos participantes em união estável que exibiram *stress*, 28 (67%) estavam na fase de resistência, nove (21%) na de quase-exaustão e cinco (12%) na de exaustão. Dos beneficiários separados com *stress*, 14 (70%) permaneciam na fase de resistência, cinco (25%) na de quase-exaustão e um (5%) na de alerta.

Nos dados observados por meio do BDI, verificou-se que os viúvos obtiveram maior indicativo médio de depressão. Seguidos pelos separados, solteiros e em união estável ($p=0,625$). Esta informação se encontra na Tabela 6.

Tabela 6 – Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes ao estado civil

Estado Civil	Depressão	Qualidade de Vida Global	QV – Físico	QV - Psicológico	QV - Relações Sociais	QV - Meio Ambiente
Solteiro	19,89	49,74	53,48	52,06	51,23	42,22
União Estável	17,68	52,95	56,48	56,96	55,25	43,17
Separado	20,06	51,78	51,12	55,71	55,95	44,29
Viúvo	21,89	50,74	51,19	61,12	47,21	43,76
Valores de p	0,625	0,692	0,588	0,338	0,563	0,918

No índice global de qualidade de vida, os participantes em união estável apresentaram maior índice médio, acompanhados pelos separados, viúvos e

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

solteiros ($p=0,692$). No domínio físico obteve-se maior índice médio entre os participantes em união estável, seguidos pelos solteiros, viúvos e separados ($p=0,588$). No domínio psicológico, o maior índice médio foi encontrado entre os participantes viúvos, seguidos pelos em união estável, separados e solteiros ($p=0,338$). No domínio relações sociais, os participantes separados obtiveram maior índice médio, acompanhados pelos em união estável, solteiros e viúvos ($p=0,563$). No domínio meio ambiente, o maior índice médio foi obtido entre os participantes separados, seguidos pelos viúvos, em união estável e solteiros ($p=0,918$).

Escolaridade

Verificou-se que 53 (63%) participantes com escolaridade entre 1ª e 4ª séries do Ensino Fundamental, 38 (57%) de 5ª a 8ª séries do Ensino Fundamental, 23 (52%) do Ensino Médio e um (33%) do Ensino Técnico apresentaram *stress*. Dos participantes com *stress* que cursaram entre 1ª e 4ª séries do Ensino Fundamental, 36 (68%) estavam na fase de resistência, 10 (19%) na de quase-exaustão, seis (11%) na de exaustão, e um (2%) na de alerta.

Dos participantes com *stress* que cursaram entre 5ª e 8ª séries do Ensino Fundamental, 24 (63%) se encontravam na fase de resistência, 12 (23%) na de quase-exaustão e dois (4%) na de exaustão. Dos participantes com Ensino Médio que apresentavam *stress*, 17 (74%) estavam na fase de resistência e seis (26%) na de quase-exaustão. O beneficiário com Ensino Técnico que apresentou *stress* se encontrava na fase de resistência.

Nos resultados do BDI, obteve-se que quanto menor a escolaridade, maior foi o indicativo de depressão. Desta forma, os participantes que estudaram até a 4ª série se encontravam com maior indicativo de depressão, seguidos pelos que cursaram entre 5ª e 8ª séries, Ensino Médio e Ensino Técnico ($p=0,114$).

No índice referente à qualidade de vida global, os participantes que cursaram Ensino Médio apresentaram maior média, seguidos daqueles que estudaram no Ensino Técnico, dos que fizeram entre 1ª e 4ª séries e dos que cursaram entre 5ª e 8ª séries ($p=0,786$). No domínio físico foi obtido maior índice médio entre os

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

participantes que cursaram Ensino Médio, seguidos por aqueles que tinham entre 5^a e 8^a séries, Ensino Técnico e entre 1^a e 4^a séries, sendo esta diferença significativa ($p=0,001$). A Tabela 7 aponta as médias de indicativo de depressão e de percepção da qualidade e vida e os valores de p relacionados à escolaridade.

Tabela 7 – Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes à escolaridade

Escolaridade	Depressão	Qualidade de Vida Global	QV - Físico	QV - Psicológico	QV - Relações Sociais	QV - Meio Ambiente
1^a a 4^aEF	21,02	55,42	48,67	54,01	50,79	42,53
5^a a 8^aEF	19,61	49,86	54,24	52,30	52,73	40,21
E. Médio	15,43	57,63	64,44	60,42	57,95	47,75
E. Técnico	14,00	57,06	48,83	58,30	72,20	48,96
Valores de p	0,114	0,786	0,001	0,187	0,221	0,064

No domínio psicológico, o índice médio foi maior entre os participantes que cursaram Ensino Médio, seguidos daqueles com Ensino Técnico, 1^a a 4^a séries e 5^a a 8^a séries ($p=0,187$). No domínio relações sociais, a média variou conforme a escolaridade, sendo maior entre os participantes com nível técnico e menor entre os que estudaram até a 4^a série ($p=0,221$). No domínio meio ambiente, o índice médio foi maior entre os participantes que cursaram Ensino Técnico, sendo acompanhados, logo após, por aqueles que estudaram no Ensino Médio, até a 4^a série e entre 5^a e 8^a séries ($p=0,064$).

Condição socioeconômica

Foi verificada presença de *stress* em 60% dos participantes com renda *per capita* entre R\$70,01 e R\$140,00, em 58% daqueles com renda por pessoa entre R\$140,01 e R\$622,00 e em 56% dos participantes com renda *per capita* de até R\$70,00. Dos participantes com renda *per capita* entre R\$70,01 e R\$140,00 com *stress*, 23 (60%) estavam na fase de resistência, 11 (29%) na de quase-exaustão e

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

quatro (11%) na de exaustão. Entre os beneficiários com *stress* com renda de R\$140,01 a R\$622,00 por pessoa, foi observado que 30 (70%) se encontravam na fase de resistência, 11 (26%) na de quase-exaustão, um (2%) na de exaustão e um (2%) na de alerta. Dos participantes com *stress* em situação de extrema pobreza (até R\$ 70,00 *per capita*), 25 (73%) estavam na fase de resistência, seis (18%) na de quase-exaustão e três (9%) na de exaustão.

Foi obtido maior indicativo médio de depressão entre os participantes com renda *per capita* de R\$70,00 a R\$140,00, seguidos pelos com renda entre R\$140,00 e R\$622,00 e pelos com renda de até R\$70,00 por pessoa ($p=0,605$). Os valores médios e de p obtidos por meio do BDI e do WHOQOL-Bref referentes à condição socioeconômica estão apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 – Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes à condição socioeconômica

<i>Renda Per Capita</i>	Depressão	Qualidade de Vida Global	QV - Físico	QV - Psicológico	QV - Relações Sociais	QV - Meio Ambiente
Até R\$70,00	17,82	49,64	51,11	55,54	50,68	41,25
Entre R\$70,01 e R\$140,00	19,97	50,47	53,63	52,31	55,16	40,79
Acima de R\$140,01	19,68	60,76	56,87	56,65	54,05	46,34
Valores de p	0,605	0,227	0,269	0,428	0,561	0,053

Na qualidade de vida global ($p=0,227$) e no domínio físico ($p=0,269$) o índice médio obtido foi maior entre os participantes com renda *per capita* de R\$140,01 a R\$622,00, seguidos pelos com renda entre R\$70,01 e R\$140,00 por pessoa e pelos com renda de até R\$70,00. Nos domínios psicológico ($p=0,428$) e meio ambiente ($p=0,053$), os participantes com maior índice médio também foram os com renda *per capita* entre R\$140,00 e R\$622,00, seguidos pelos de até R\$70,00 e pelos com renda de R\$70,01 a R\$140,00 por pessoa, sendo que no domínio meio ambiente a diferença apresentada esteve próxima da significância. No domínio relações sociais, os participantes com maior índice médio foram os com renda de R\$70,01 a

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

R\$140,00 por pessoa, seguidos pelos com renda entre R\$140,00 e R\$622,00 e pelos com renda por pessoa de até R\$70,00 ($p=0,561$).

Ocupação

Observou-se que 67% dos participantes do lar, 56% dos desempregados, 50% dos que possuem trabalho formal, 50% dos aposentados e 49% dos que têm trabalho informal exibiram *stress*. Entre os beneficiários do lar com *stress*, 38 (63%) estavam na fase de resistência, 18 (30%) na de quase-exaustão e quatro (7%) na de exaustão. Dos participantes desempregados com *stress*, nove (90%) se encontravam na fase de resistência e um (10%) na de quase-exaustão. Dos participantes com *stress* que possuem emprego formal, dois (67%) se encontravam na fase de exaustão e um (33%) na fase de resistência. Todos os aposentados com *stress* estavam na fase de resistência. Dos participantes com trabalho informal que apresentaram *stress*, 28 (70%) se encontravam na fase de resistência, nove na de quase-exaustão (23%) e dois na de exaustão (5%).

Os participantes beneficiários aposentados obtiveram maior indicativo médio de depressão, acompanhados, logo após, pelos do lar. Os que trabalham formalmente e os desempregados apareceram em seguida. Os com menor indicativo médio foram os que possuem trabalho informal ($p=0,832$).

Tabela 9 – Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes à ocupação

Ocupação	Depressão	Qualidade de Vida Global	QV - Físico	QV - Psicológico	QV - Relações Sociais	QV - Meio Ambiente
Informal	18,0	52,1	63,7	56,1	54,0	42,9
Formal	18,7	52,6	55,4	54,8	48,6	43,2
Desempregado	18,7	51,8	55,2	58,1	51,8	42,2
Do lar	20,4	50,6	52,5	53,7	52,8	43,5
Aposentado	20,8	47,2	41,9	42,7	66,7	37,5
Valor de p	0,832	0,961	0,466	0,633	0,808	0,955

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

Na qualidade de vida global, os beneficiários que trabalham formalmente, apresentaram o maior índice médio, seguidos pelos com emprego informal, desempregados, do lar e aposentados ($p=0,961$). No domínio físico, os beneficiários com maior índice médio foram os que trabalham informalmente, seguidos pelos que possuem emprego formal, pelos desempregados, pelos do lar e pelos aposentados ($p=0,466$). No domínio psicológico, o maior índice médio obtido foi entre os desempregados, acompanhados, logo após, pelos com trabalho formal, com emprego informal, do lar e aposentados ($p=0,466$). No domínio relações sociais, o maior índice médio foi observado entre os aposentados, seguidos pelos que possuem emprego informal, do lar, desempregados e pelos que têm trabalho formal ($p=0,808$). No domínio meio ambiente, os participantes que se denominaram do lar exibiram maior índice médio, acompanhados, logo após, pelos que possuem trabalho formal, emprego informal, desempregados e aposentados ($p=0,955$). Esses dados e os relacionados ao indicativo de depressão podem ser observados na Tabela 9.

Moradia

Constatou-se que 61% dos participantes residentes na zona rural e 58% dos moradores da zona urbana apresentaram *stress*. Dos beneficiários da zona rural com *stress*, 10 (71%) estavam na fase de resistência e quatro (29%) na de quase-exaustão. Dos participantes moradores da zona urbana que apresentaram *stress*, 68 (67%) estavam na fase de resistência, 24 (24%) na de quase-exaustão, oito (8%) na de exaustão e um (1%) na de alerta.

O indicativo médio de depressão foi maior entre os beneficiários residentes na zona urbana ($p=0,213$). Em relação aos índices referentes à qualidade de vida, em todos os domínios e também na qualidade de vida global, a média foi maior entre os participantes residentes na zona rural.

Tabela 10 – Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes à moradia

Moradia	Depressão	Qualidade de Vida Global	QV - Físico	QV - Psicológico	QV - Relações Sociais	QV – Meio Ambiente
Zona Urbana	19,57	53,71	53,29	54,41	52,47	42,35
Zona Rural	16,35	56,72	59,94	58,86	60,16	47,97
Valores de p	0,213	0,515	0,128	0,265	0,160	0,053

No domínio meio ambiente o valor de p obtido ficou próximo a 0,005 ($p=0,053$), apontando para uma diferença próxima à significância. A Tabela 10 apresenta as médias e os valores de p relacionados à residência (zona urbana ou zona rural) referente ao indicativo de depressão e à percepção de qualidade de vida.

Benefício

Quanto à presença de *stress*, 46 (54%) participantes que recebem somente o benefício referente ao Programa Renda Cidadã, 21 (58%) participantes beneficiários apenas do Programa Bolsa Família e 48 (62%) dos inseridos nos dois Programas apresentaram *stress*. Dos participantes com *stress* que recebem exclusivamente o Renda Cidadã, um (2%) estava na fase de alerta, 36 (78%) na fase de resistência, cinco (11%) na de quase-exaustão, quatro (9%) na de exaustão. Dos beneficiários com *stress* que recebem somente o Bolsa Família, 14 (67%) se encontravam na fase de resistência e sete (33%) na de quase-exaustão. Dos participantes com *stress* que recebem os dois benefícios, 28 (59%) estavam na fase de resistência, 16 (33%) na de quase-exaustão e quatro (8%) na de exaustão.

Foi obtido maior indicativo médio de depressão entre os participantes beneficiários dos dois Programas, seguidos pelos que recebem apenas o Bolsa Família e, logo após, pelos que recebem somente o Renda Cidadã mas não houve significância ($p=0,181$). Os valores médios e de p obtidos por meio do BDI e do WHOQOL-Bref referentes ao benefício estão apresentados na Tabela 11.

Tabela 11 – Médias e valores de p relacionados ao indicativo de depressão e aos índices de percepção da qualidade de vida referentes ao benefício

Benefício	Depressão	Qualidade de Vida Global	QV - Físico	QV - Psicológico	QV - Relações Sociais	QV - Meio Ambiente
Renda Cidadã	17,46	59,15	55,18	57,26	55,88	42,95
Bolsa Família	18,97	53,28	57,73	56,48	53,92	44,98
RC+BF	21,22	48,79	51,11	51,62	50,32	42,13
Valores de p	0,181	0,297	0,230	0,172	0,340	0,646

Na qualidade de vida global ($p=0,297$) e nos domínios psicológico ($p=0,172$) e relações sociais ($p=0,340$) os participantes que recebem apenas o Renda Cidadã exibiram maior índice médio seguidos pelos inseridos somente no Bolsa Família e pelos beneficiários dos dois programas. Nos domínios físico e meio ambiente o maior índice médio foi apresentado pelos participantes inseridos exclusivamente no Programa Bolsa Família, seguidos pelos que recebem apenas o Renda Cidadã e pelos beneficiários dos dois programas ($p=0,230$). Essas pontuações, no entanto, não apresentaram significância.

Correlação entre *Stress*, Depressão e Qualidade de Vida

Foi encontrada correlação significativa ($p<0,05$) entre as variáveis investigadas neste estudo, sendo que *stress* e depressão correlacionaram-se positivamente e *stress* e qualidade de vida e depressão e qualidade de vida correlacionaram-se de forma negativa. Portanto, observou-se que quanto mais avançado o processo de *stress*, maior foi o indicativo de depressão e menor o índice de percepção de qualidade de vida (global e em todos os domínios) obtidos.

As correlações positivas indicam relação direta entre as variáveis (enquanto uma aumenta a outra também e se uma diminui isso ocorre com a outra). As correlações negativas indicam relação inversa (enquanto uma aumenta, a outra diminui). Os valores de r indicam a correlação e variam de 1 a -1, sendo estes as correlações máximas, e os de p demonstram sua significância.

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de RendaTabela 12 – Correlação entre o *Stress*, Depressão e Qualidade de Vida

		<i>Stress</i>	Depressão	QV - Global	QV - Físico	QV - Psicológico	QV - Relações Sociais	QV - Meio Ambiente
<i>Stress</i>	R	1	0,49	- 0,19	- 0,36	- 0,35	- 0,27	- 0,28
	p		0,001	0,035	0,001	0,001	0,003	0,002
Depressão	R	0,49	1	- 0,25	- 0,50	- 0,61	- 0,56	- 0,39
	p	0,001		0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Qualidade de Vida Global	R	-0,19	-0,25	1	0,41	0,33	0,31	0,35
	p	0,035	0,001		0,001	0,001	0,001	0,001
Domínio Físico	R	-0,36	-0,50	0,41	1	0,66	0,51	0,62
	p	0,001	0,001	0,001		0,001	0,001	0,001
Domínio Psicológico	R	-0,35	-0,61	0,33	0,66	1	0,59	0,62
	p	0,001	0,001	0,001	0,001		0,001	0,001
Relações Sociais	R	-0,27	-0,56	0,31	0,51	0,59	1	0,53
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001		0,001
Meio Ambiente	R	-0,28	-0,39	0,35	0,62	0,62	0,53	1
	p	0,002	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	

Para analisar uma correlação deve-se levar em consideração o nível de significância (p), a direção (+ou-) e a magnitude. Os dados referentes à correlação entre *stress*, depressão e qualidade de vida podem ser observados na Tabela 12.

5 DISCUSSÃO

As classes sociais menos favorecidas, costumam sê-lo até na frequência de estudos sobre elas (ALBUQUERQUE, 2002; DANTAS; OLIVEIRA; YAMAMOTO, 2010). Albuquerque (2002) enfatiza que pesquisas na área da psicologia que

investigam variáveis relacionadas à saúde mental da população de baixa renda são escassas e Dantas, Oliveira e Yamamoto (2010) ressaltam que o reduzido conhecimento produzido pela psicologia em relação a esta população, apesar de ter tido um avanço em seu número nos últimos anos, tem subsidiado de forma pouco efetiva a prática deste profissional. Por outro lado, alguns estudos apontam a relação entre desigualdade social e saúde mental, enfatizando que as populações em condição de pobreza podem estar mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos mentais, o que demonstra a importância da realização de pesquisas com esta população (HERNÁNDEZ; MORENO; BORGES, 2007; PROBST et al., 2005).

Neste trabalho procurou-se investigar a prevalência de *stress* e depressão e os índices de percepção da qualidade de vida da população de baixa renda beneficiária de Programas de Transferência de Renda. As características sociodemográficas observadas na amostra pesquisada vão ao encontro do perfil selecionado pelos Programas de Transferência de Renda. Isto pode ser confirmado pelos dados registrados no Sistema Pró-Social do Programa Renda Cidadã, em que a maioria dos beneficiários é do sexo feminino e mais da metade declara não possuir renda proveniente do mercado de trabalho (SÃO PAULO, 2007). Este perfil também foi encontrado em outros estudos realizados com beneficiários de Programas de Transferência de Renda (PAES-SOUSA; VAITSMAN, 2007; TAPAJÓS; QUIROGA, 2010). Estes dados sugerem que a amostra selecionada é representativa da população participante dos Programas Sociais e demonstra que estes Programas têm atendido aqueles a quem se dirigem (população que não se enquadra no sistema produtivo devido à modernização tecnológica e exigências do mercado de trabalho), conforme enfatiza Ferreira (1997).

Salienta-se que 69% da amostra estavam dentro do perfil de renda do Programa Bolsa Família. No entanto, a porcentagem de participantes beneficiários do Bolsa Família foi menor (57%). Os 12% da amostra que possuem perfil para inserção no Programa Bolsa Família, mas não são beneficiários, podem refletir a existência, no município de coleta de dados, de uma demanda maior do que o número de vagas disponibilizadas pelo MDS. Isto pode ser observado por meio do Relatório Informacional do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família (RI),

segundo o qual há 5.903 famílias cadastradas no Cadastro Único que aguardam inserção no Bolsa Família no município de coleta de dados (BRASIL, 2012).

A renda *per capita* permitida para inclusão no Programa Renda Cidadã é de até R\$311,00 enquanto que no Bolsa Família o valor limite é de até R\$140,00. Portanto, não se esperava que a amostra tivesse renda superior a estes valores. Entretanto, quando não há comprovação de renda esta passa a ser autodeclarativa o que justificaria um participante que declarou renda maior no questionário sociodemográfico. Poderia haver outros participantes nesta condição que omitiriam a informação correta no questionário sociodemográfico com receio de perder o benefício.

Com a aplicação do ISSL avaliou-se se o participante apresenta ou não *stress* e a fase de *stress* e os sintomas (físicos ou psicológicos) predominantes para aqueles que apresentaram *stress*. A prevalência de *stress* encontrada nesta pesquisa foi maior do que a observada no trabalho realizado por Sparrenberger e Santos (2004), no entanto, os instrumentos utilizados para mensuração do *stress* (questionários padronizados e pré-codificados) foram diferentes dos utilizados na presente pesquisa, o que dificulta a comparação dos dados. Lipp (2000a) e Ramos e Ferreira (2011) obtiveram resultados semelhantes ao deste trabalho em relação à prevalência de *stress* e à fase predominante, que foi a de resistência. Quanto às características sociodemográficas, neste trabalho as diferenças encontradas não foram significativas, porém, alguns dos dados observados foram semelhantes aos expostos em diversos estudos, como a maior prevalência de *stress* em pessoas do sexo feminino, com menor renda e baixa escolaridade (DANTAS et al., 2010; DRESSLER; BALIEIRO, 2002; LIPP, 2000a; PRIGERSON; MACIEJEWSKI; ROSENBACK, 2002; SPARRENBERGER; SANTOS, 2004).

Por meio do BDI obteve-se uma medida da intensidade de depressão de cada participante. Considerando que o escore de depressão que possivelmente aponta para o desenvolvimento de um transtorno depressivo, segundo Cunha (2001), é de 20 ou mais, 41% da amostra apresentaram indicativo sugestivo de depressão (depressão moderada ou grave). Este percentual de participantes com escore sugestivo de depressão está acima do encontrado em algumas pesquisas, como a

de Amaral et al. (2008) com estudantes de medicina, a de Baptista, Vargas e Baptista (2008) com obesos em fase pré e pós-cirúrgica e a de Nunes e Santos (2010) com mães de crianças com transtorno autístico.

O escore sugestivo de depressão encontrado está bem acima do demonstrado pela população brasileira em geral nos últimos 12 meses (10,4%), segundo dados da OMS destacados no relatório referente à Pesquisa Mundial sobre Saúde Mental (BROMET et al., 2011). Cogita-se que isto ocorreu porque a amostra possui muitas das características que, conforme enfatizam Máximo (2010) e Santos (2011), relacionam-se aos fatores de risco para desenvolvimento da depressão, como condição socioeconômica menos favorecida, baixa escolaridade e situação de desemprego/sem trabalho.

Embora as diferenças encontradas referentes às características sociodemográficas não tenham sido estatisticamente significativas, a prevalência de depressão em pessoas com menor escolaridade é corroborada pela literatura (MÁXIMO, 2010; NUNES; SANTOS, 2010; ZANELLO; SILVA, 2012), e nos mais velhos e viúvos/separados é ressaltada pela OMS (BROMET et al., 2011). Em relação à condição socioeconômica, enfatiza-se que todos os participantes se encontravam em situação que os caracterizou como população de baixa renda, o que pode ter dificultado a observação de diferenças significativas neste aspecto, pois estudos indicam que a situação de baixa renda é um fator de risco para desenvolvimento da depressão e não fazem diferenciação entre as situações de extrema pobreza e pobreza (BAPTISTA; VARGAS; BAPTISTA, 2008; MÁXIMO, 2010; NUNES; SANTOS, 2010; SANTOS, 2011; ZANELLO; SILVA, 2012). Quanto à ocupação, Zanello e Silva (2012) ressaltam que a situação de desemprego mantém relação significativa com os escores de depressão em populações do sexo masculino, mais do que a do sexo feminino, na qual os escores de depressão têm sido associados à condição de ser do lar. Como a maior parte dos participantes da pesquisa foi mulher, pode ser por este motivo que a situação de desemprego não tenha sido associada a maiores índices de depressão.

Com a aplicação do WHOQOL-Bref foram obtidos os valores relacionados à qualidade de vida global e em relação aos domínios físico, psicológico, relações

sociais e meio ambiente. Os índices médios de percepção da qualidade de vida obtidos nesta pesquisa foram semelhantes aos encontrados por Baptista, Vargas e Baptista (2008) e foram menores que os observados em outros estudos, como o de Nunes e Santos (2010) e o de Pereira, Alvarez e Traebert (2011).

Foi percebida diferença significativa em relação à escolaridade no domínio físico do WHOQOL-Bref, sendo que os participantes com Ensino Médio exibiram o índice médio mais alto e os com escolaridade entre 1^a e 4^a séries, o menor. Observaram-se diferenças significativas ao nível de $p < 0,06$ quanto à condição socioeconômica e moradia no domínio meio ambiente. Os participantes com renda *per capita* acima de R\$140,01 e os residentes na zona rural mostraram maior índice médio, confirmando o senso comum de que quem mora na zona rural vive em um melhor ambiente, embora não se tenha encontrado pesquisas comparáveis. Algumas destas diferenças foram exibidas em outros estudos, como o realizado por Nunes e Santos (2010) e o de Pereira, Alvarez e Traebert (2011), nos quais foram assinaladas relação entre renda e qualidade de vida e entre escolaridade e qualidade de vida, sendo que os participantes com maior renda e os com maior escolaridade demonstraram melhores índices. A renda também foi associada significativamente à qualidade de vida em pesquisa realizada por Mastropietro et al. (2010) com pacientes adultos que passaram por transplante de medula óssea.

A condição socioeconômica de baixa renda tem sido constantemente relacionada a escores de qualidade de vida menores, conforme exposto. Este fator pode estar associado aos baixos índices de percepção da qualidade de vida obtidos neste trabalho, pois todos os participantes se encontravam nesta condição.

Observa-se que foram encontradas poucas diferenças significativas em relação às características sociodemográficas e os dados obtidos por meio dos instrumentos. Isto pode ter ocorrido, conforme apontam Chapela et al. (2009), devido à uniformidade da amostra, que, segundo estes autores, deve estar enquadrada em determinado perfil que a torna elegível para inserção nos Programas de Transferência de Renda.

Foi encontrada correlação significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis investigadas: *stress*, depressão e qualidade de vida. Detectou-se que quanto mais

avançado o processo de *stress*, maior foi o indicativo de depressão e menor o índice de percepção de qualidade de vida (global e em todos os domínios) obtidos. *Stress* e depressão estiveram positivamente correlacionados e *stress* e qualidade de vida e depressão e qualidade de vida, negativamente correlacionados. Portanto, para a amostra pesquisada, as variáveis se encontram associadas.

Alguns estudos, realizados com populações diferentes, demonstraram a mesma correlação entre depressão e qualidade de vida. Nunes e Santos (2010) observaram correlação negativa entre os indicativos de depressão e os índices de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Blay e Marchesoni (2011), em estudo realizado com universitários de meia idade e idosos, mostraram correlação entre o indicativo de depressão e os escores de qualidade de vida em todos os domínios e no índice global.

A literatura encontrada sobre Programas de Transferência de Renda não apresenta estudos correlacionais como os citados nem como o deste trabalho. Observa-se que tanto a SEADS, responsável pelo Programa Renda Cidadã, como o MDS, responsável pelo Programa Bolsa Família, têm procurado avaliar o impacto dos Programas na vida dos beneficiários (MARQUES, 2005; PAES-SOUSA; VAITSMAN, 2007; PEREIRA, 2009; TAPAJÓS; QUIROGA, 2010). Este impacto, frequentemente, tem sido destacado em termos de melhora do poder de consumo e cumprimento das condicionalidades dos Programas. Porém, pouco se fala se este aumento de consumo e se o cumprimento das condicionalidades impacta na saúde mental e na qualidade de vida dos beneficiários.

Marques (2005), Paes-Souza e Vitsman (2007) e Tapajós e Quiroga (2010) relatam uma série de pesquisas de amplitude nacional cujo objetivo foi avaliar o impacto dos Programas de Transferência de Renda na vida dos beneficiários e de suas famílias. Estas investigações têm indicado o aumento do poder de consumo dos beneficiários após a inserção nos Programas, que passaram a adquirir mais itens como alimentos, material escolar, vestuários e eletrodomésticos. Além disso, os estudos colocam melhorias nas condições de saúde (aumento no acompanhamento pré-natal e nas vacinas obrigatórias) e educação (maior frequência escolar de crianças e adolescentes).

Pesquisas que investigaram não só o destino do benefício e o cumprimento das condicionalidades, mas também variáveis como autoestima, sentimentos relacionados ao recebimento do benefício, desligamento do Programa e participação em serviços complementares, são citadas por Pereira (2009). A autora ressalta que nestes estudos foram exibidas melhora da autoestima por parte de alguns participantes e sensação de humilhação por dependerem deste tipo de auxílio por outros. Enfatiza a necessidade de se abordar o desligamento dos Programas e aponta melhores condições de vida dos beneficiários incluídos nos serviços complementares.

Resultados semelhantes foram observados em uma pesquisa coordenada pela Universidade Federal da Bahia, publicada no décimo terceiro Caderno de Estudos (TAPAJÓS; QUIROGA, 2010), na qual foi demonstrada melhora na autoestima das beneficiárias após a inserção no Programa Bolsa Família. Acredita-se que pesquisas como estas, que vão além da investigação a respeito do destino do benefício e das condicionalidades, são fundamentais para a avaliação do real impacto dos Programas na vida dos beneficiários. No entanto, faz-se necessário que a metodologia e os objetivos sejam melhores operacionalizados para facilitação da sua replicação.

O Programa Renda Cidadã possui como um de seus objetivos contribuir para a melhora da qualidade de vida de seus beneficiários por meio das atividades complementares. No entanto, na resolução que o regulamenta (SEADS 010, de 29 de junho de 2010), não fica claro se o conceito de qualidade de vida e sua percepção devem ser avaliados a partir dos indicadores estabelecidos pelo Programa tais como ampliação do número de jovens e adultos alfabetizados, aumento do número de beneficiários atendidos pela rede de proteção social nas áreas de educação, saúde, habitação, saneamento, justiça e direitos humanos, maior participação das famílias na vida comunitária, melhoria das condições de higiene pessoal e ambiental, aumento do número de encaminhamentos a cursos de qualificação profissional e ampliação da quantidade de beneficiários exercendo atividade remunerada. O Programa Bolsa Família possui como um de seus eixos as ações e programas complementares, cujos objetivos se relacionam ao

desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam superar a situação de vulnerabilidade. Porém, O MDS não explicita como são feitas essas ações, nem de que forma poderiam proporcionar a superação da situação de vulnerabilidade. Assim como ocorre com o Programa Renda Cidadã, na descrição dos objetivos do Programa Bolsa Família parece existir necessidade de melhor operacionalização dos termos e clarificação das atividades propostas para se alcançar os objetivos.

Vê-se como muito positiva a proposta do MDS ao se estabelecer o Índice de Desenvolvimento Familiar (IDF), com o objetivo de possibilitar aos gestores municipais a identificação, dentre as famílias pobres e extremamente pobres inseridas no Cadastro Único, aquelas que apresentam baixo nível de desenvolvimento em alguma das dimensões definidas (IDF total, vulnerabilidade, acesso ao conhecimento, acesso ao trabalho, disponibilidade de recurso, desenvolvimento infantil e condição habitacional), implantando ações complementares ao Programa Bolsa Família que estejam focadas nas maiores vulnerabilidades desta população. Os valores demonstrados no município de coleta dos dados parecem indicar a importância de propostas de ações direcionadas principalmente ao conhecimento e acesso ao trabalho, itens provavelmente bastante relacionados. Questiona-se também, entretanto, se o IDF de fato avalia o impacto das políticas públicas na qualidade de vida da população devido às poucas reflexões sobre o conceito na descrição dos programas.

Tem acontecido a promoção de alívio imediato da situação de pobreza e extrema pobreza por meio da transferência de renda, conforme objetivos propostos na implantação dos Programas de Transferência de Renda, segundo dados de pesquisas realizadas pela SEADS e pelo MDS (MARQUES, 2005; PAES-SOUSA; VAITSMAN, 2007; PEREIRA, 2009; TAPAJÓS; QUIROGA, 2010). Essa melhoria tem sido avaliada em termos do aumento do consumo de itens variados e do consequente impacto socioeconômico deste aumento. Porém, os demais objetivos a que os Programas se propõem (Renda Cidadã - favorecer o desenvolvimento da autonomia dos beneficiários e a melhoria da sua qualidade de vida; Bolsa Família - promover o desenvolvimento das famílias, de modo que os beneficiários consigam

superar a situação de vulnerabilidade) parecem carecer de operacionalização, o que tem dificultado a sua avaliação.

Os resultados do presente trabalho levam a crer que muito deve ser feito para que o alívio imediato da situação de pobreza, associado ao cumprimento das condicionalidades, resulte efetivamente em melhores condições permanentes de saúde mental e de qualidade de vida desta população. Percebe-se que o comportamento dos beneficiários está sob controle das consequências de curto prazo (condicionalidades, aumento do poder de consumo) e o planejamento dos programas parece não ter contemplado condições de forma a propiciar consequências benéficas em longo prazo, como expõe Dittrich (2008) ao refletir sobre a proposta de planejamento cultural apresentada por Skinner.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste trabalho, de forma geral, indicaram presença de *stress* em 58% dos participantes com a fase predominante de resistência (68%). Oitenta beneficiários demonstraram indicativo de depressão moderada (53) ou grave (27), totalizando 41% da amostra. A percepção média de qualidade de vida variou de 54,9 no domínio psicológico a 43,0 no domínio meio ambiente.

É cada vez maior o número de psicólogos que atuam na Área da Assistência Social. Diante disso, mostra-se de grande relevância a realização de pesquisas sistematizadas com famílias de baixa renda que possam contribuir para melhoria dos serviços prestados por este profissional. A presente pesquisa teve a pretensão de iniciar este processo a fim de subsidiar os profissionais que atuam com esta população a desenvolverem ações que efetivamente resultem na melhoria de sua saúde mental.

É consenso na literatura que a situação socioeconômica de baixa renda é fator de risco para desenvolvimento de piores condições de saúde mental. Percebe-se que a transferência de renda ocasionada pelos Programas Sociais impacta positivamente a vida dos beneficiários, que têm apresentado maiores poder de consumo e acesso aos serviços nas áreas de saúde e educação. No entanto, apesar

da melhoria nestes aspectos, os beneficiários participantes deste estudo ainda apresentam altos escores indicativos de transtorno depressivo e baixos índices de percepção da qualidade de vida. Somente os resultados referentes à variável *stress* mostram-se semelhantes aos encontrados em estudos com outras populações. Porém, conforme apontado pela análise dos dados, *stress*, depressão e qualidade de vida se encontram correlacionados neste estudo, sendo assim, altos índices de depressão e baixos escores de qualidade de vida podem ocasionar aumento do número de beneficiários em processo avançado de *stress*, caso não sejam realizadas ações que visem melhorar as condições de vida desta população.

Indaga-se, a partir dos resultados expostos, a efetividade dos serviços nas áreas de saúde e educação acessados pela população para cumprimento das condicionalidades dos Programas Renda Cidadã e Bolsa Família, pois, apesar da literatura apontar melhoria das condições de vida dos beneficiários por meio da participação nestes serviços, parece que esta ainda não repercute concretamente na saúde mental dos participantes desta pesquisa.

Ressalta-se que a população de baixa renda participante deste trabalho constituiu-se por beneficiários de Programas de Transferência de Renda, que, apesar de apresentarem alto indicativo de depressão e baixos índices de qualidade de vida, encontram-se assistidas pela Assistência Social, seja por meio da transferência de renda, como da participação em atividades complementares. Diante disso, enfatiza-se a importância da realização de pesquisas que abarquem a população de baixa renda não inseridas nestes Programas, visto que não possuem o impacto da transferência de renda nas suas condições de vida e podem apresentar piores resultados relacionados à saúde mental. Coloca-se, também, a relevância de estudos longitudinais que visem avaliar as condições de vida dos beneficiários incluídos em Programas de Transferência na inserção e após a passagem do tempo, em diferentes momentos do Programa, no sentido de verificar se houve mudança na qualidade de vida após se tornarem beneficiários.

Por último, enfatiza-se que os dados obtidos em relação ao *stress*, depressão e qualidade de vida na população brasileira em vulnerabilidade social, podem abrir

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

caminho para novas pesquisas, uma vez que investigações com essa temática nesta população têm sido pouco observadas na revisão de literatura.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F.J.B. Psicologia Social e Formas de Vida Rural no Brasil. **Psicologia: teoria e pesquisa**. v.18, p.037-042, 2002.
- ALCHIERI, J.C.; CRUZ, R.M. (org.). **Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- AMARAL, G.F. et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v.30, n.2, p.124-130, 2008.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR — Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- AROS, M.S.; YOSHIDA, E.M.P. Estudos da depressão: instrumentos de avaliação e gênero. **Boletim de Psicologia**. v.LIX, n.120, p.61-76, 2009.
- BAPTISTA, M.N.; VARGAS, J.F.; BAPTISTA, A.S.D. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. **Avaliação Psicológica**. v.7, n.2, p.235-127, 2008.
- BLAY, S.L.; MARCHESONI, M.S.M. Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQOL-Bref scores. **Caderno de Saúde Pública**. v.27, n.4, p.677-686, 2011.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 10.219 de 11 de abril de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 abr. 2001, p. 1.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 10.836 de 09 de janeiro de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jan. 2004, p. 1.
- BRASIL. Informe nº 157 de 30 de dezembro de 2008. **Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2008.
- BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 05 jun. 2012.
- BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**. v.9, n.90, p.1-16, 2011.
- CARLSON, N.R. **Foundations of physiological psychology**. Boston: Allyn and Bacon, 1995.

CHAPELA, I.B. et al. Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v.26, n.1, p.70-77, 2009.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DANTAS, C.M.B.; OLIVEIRA, I.F.; YAMAMOTO, O.H. Psicologia e Pobreza no Brasil: produção de conhecimento e atuação do psicólogo. **Psicologia e Sociedade**. v.22, n.1, p.104-111, 2010.

DANTAS, M.A. et al. Avaliação de estresse em policiais militares. **Psicologia: teoria e prática**. v.12, n.3, p.66-77, 2010.

DITTRICH, A. Sobrevivência ou colapso? B. F. Skinner, J. M. Diamond e o Destino das Culturas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v.21, n.2, p.252-260, 2008.

DOUGHER, M.J.; HACKBERT, L. Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. v.5, n.2, p.167-184, 2003.

DRESSLER, W.W.; BALIEIRO, M.C. Cultura e Estresse Psicológico. **Paideia**. v.12, n.22, p.5-18, 2002.

ELIAS, C.A.D. et al. Qualidade de Vida no Olhar do Idoso. In: _____. **Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003. p.51-71.

FERREIRA, A.A. **Gestão Empresarial: de Taylor aos nossos dias**: evolução e tendências da moderna administração de empresas. São Paulo: Pioneira, 1997.

FESTER, C.B.; CULBERTSON, S.; BOREN, M.C.P. Depressão Clínica. **Princípios do comportamento**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1979.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**. v.34, n.2, p.178-183, 2000.

FONSECA, J.P. Projeto pedagógico: processo e produto na construção coletiva do sucesso escolar. **Jornal APASE - Suplemento Pedagógico**, São Paulo, p.1-4, 2001.

FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, A.L. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GORDIA, A.P. et al. Qualidade de vida de adolescentes da rede particular de ensino: comparação entre gêneros. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v.01, n.02, p.16-24, jul./dez. 2009.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.25, n.5, p.245-250, 1998.

HAAN, N. The assessment of coping, defense and stress. In: _____ GOLDBERGER, L.; BREZNITZ, S. (Org.) **Handbook of stress: theoretical and clinical aspects**. London: Collier Macmillan, 1982. p.254-269.

HERNÁNDEZ, L.O.; MORENO, S.L.; BORGES, G. Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latino-americana. **Caderno de Saúde Pública**. v.23, n.6, p.1255-1272, jun. 2007.

HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

LAZARUS, R.S. **Patterns of Adjustments**. New York: MacGraw-Hill, 1976.

LIPP, M.N.E. (org.). **Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. 2.ed. São Paulo: Papyrus Editora, 1996.

LIPP, M.N.E. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000a.

LIPP, M.N.E. **O estresse está dentro de você**. São Paulo: Contexto, 2000b.

MARQUES, R.M. (org). **Cadernos de Estudos. Desenvolvimento Social em Debate**: síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS. n.1, Brasília: MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres de periferia de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. v.41, n.4, p.591-597, 2007.

MASTROPIETRO, A.P. et al. Relação entre renda, trabalho e qualidade de vida em pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. v.32, n.2, p.102-107, 2010.

MÁXIMO, G.C. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil**. 2010. Tese (Curso de Pós-Graduação em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MUNIZ, E. SUAS e os serviços sócio assistenciais. **Revista Serviço Social e Sociedade. Espaço Público e Controle Social**. São Paulo: Cortez. ano XXVII, n.88, 2006.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NARDI, A. E. **Questões atuais sobre depressão**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Lemos, 2006.

NUNES, M.A.F.; SANTOS, M.A. Depressão e qualidade de vida em mães de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.18, n.1, p.1-9, jan-fev. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (org). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 1ª Revisão**. CID-10, São Paulo: EDUSP, 1997.

PAES-SOUSA, R.; VAITSMAN, R. (org). **Cadernos de Estudos. Desenvolvimento Social em Debate: síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS**. n.5, Brasília: MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2007.

PAFARO, R.C.; MARTINO, M.M.F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**. v.38, n.2, p.152-160, 2004.

PEREIRA, F.S. Renda Cidadã – Programa de Transferência Condicionada de Renda do Governo do Estado de São Paulo. In: _____ II Congresso Consad de Gestão Pública, 2009, Brasília. **Anais Eletrônicos...** Brasília, Consad, 2009. Painel. Disponível em: <<http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00001314.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2012.

PEREIRA, K.C.R.; ALVAREZ, A.M., TRAEBERT, J.L. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.14, n.1, p.85-95, 2011.

PRIGERSON, H.G.; MACIEJEWSKI, P.K.; ROSENBACK, R.A. Population Attributable Fractions of Psychiatric Disorders and Behavioral Outcomes Associated with Combat Exposure Among US Men. **American Journal of Public Health**. v. 92, n.1, p. 59-63, jan. 2002.

PROBST, J. et al. Depression in Rural Populations: prevalence, effects on life quality, and treatment-seeking behavior. **Rural Health Research Center**. p.1-4, 2005.

RAMOS, L.; FERREIRA, E.A.P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v.21, n.3, p.867-877, 2011.

RODRIGUÉZ, J.A.P. et al. Ansiedad, depresión y salud. **Suma Psicológica**. v.15, n.1, p.43-74, 2008.

SANTOS, P.R. Depression and quality of life hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.33, n.4, p.332-337, dez.2011.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. **Inovações em gestão social Programa Renda Cidadã e Projeto Ação Jovem**. São Paulo, 2007.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social. Resolução nº 10 de 29 de junho de 2010. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, Poder Executivo, São Paulo, v. 120, n. 129, p. 1-16, 2010.

SISTO, F.F. et al. **Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho – EVENT (Manual)**. São Paulo: Vetor Editora, 2007.

SOUZA, A. et al. **Estresse e o trabalho**. 77f. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) – Sociedade Estácio de Sá, Campo Grande, 2002.

SPARRENBERGER, F.; SANTOS, I.; LIMA, R.C. Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal estar psicológico: um estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.249-258, jan-fev, 2004.

TAPAJÓS, L.; QUIROGA, J. (org). **Cadernos de Estudos. Desenvolvimento Social em Debate: síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS**. n.13, Brasília: MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2010.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**. v. 41, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-YS8D3J-S&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=f20e9a4c27dc7eeebcbb0fd55e4f6fc3> Acesso em: 10 mai. 2012.

TORRES, J.C. O SUAS e a universalização da renda social mínima no Brasil. In: _____ **Revista Serviço Social e Sociedade. Política Social Desafios para o Serviço Social**. São Paulo: Cortez. Ano XXVIII, n.92, p.43-57, 2007.

ZANELATO, L.S. **Manejo de stress, coping e resiliência em motorista de ônibus urbano**. 2008. 110f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Ensino e da

Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda

Aprendizagem) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Campus de Bauru, Bauru, 2008.

ZANELLO, V.; SILVA, R.M.C. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**. v.20, n.2, p.267-79, 2012.

APÊNDICE A
Questionário Sociodemográfico

1. Idade:

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Estado Civil: Solteiro(a) União Estável Separado(a) Viúvo(a)

4. Escolaridade até:

<input type="checkbox"/> 1ª série	<input type="checkbox"/> 8ª série
<input type="checkbox"/> 2ª série	<input type="checkbox"/> 1º Ensino Médio
<input type="checkbox"/> 3ª série	<input type="checkbox"/> 2º Ensino Médio
<input type="checkbox"/> 4ª série	<input type="checkbox"/> 3º Ensino Médio
<input type="checkbox"/> 5ª série	<input type="checkbox"/> Curso Técnico
<input type="checkbox"/> 6ª série	<input type="checkbox"/> Ensino Superior
<input type="checkbox"/> 7ª série	

5. Renda Familiar: _____

6. Número de pessoas residentes na casa: _____

Número de filhos: _____

7. Ocupação: _____

8. Residente na: Zona urbana Zona rural



APÊNDICE B

Ofício

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP / BAURU

Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Bauru, 20 de junho de 2011.

✓ **À Secretaria do Bem Estar Social**

Att.: Darlene Martin Tendolo

Prezada Senhora,

Venho por meio desta, solicitar-lhe a autorização para que minha aluna **Mariani da Costa Ribas**, regularmente matriculada no Mestrado em Psicologia da Faculdade de Ciências desta Universidade, possa colher dados para o projeto de pesquisa “**Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda**”. O pré-projeto encontra-se em apartado.

Não há risco trabalhista, ético, social ou qualquer outro aqui não mencionado, para a instituição ou para os participantes do projeto.

Sendo o que se apresenta, fico à sua inteira disposição para eventuais esclarecimentos e antecipadamente agradeço sua especial atenção.

Atenciosamente,

Prof Dra. Sandra Leal Calais
CRP 06/01588

Tel. 3103-6087 (Depto. de Psicologia)

ANEXO A
INSTRUMENTO ABREVIADO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA –
WHOQOL-BREF

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	extrema- mente
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	Freqüen- -temente	muito freqüentement e	sempr e
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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do estudo “**Stress, Depressão e Qualidade de Vida em Beneficiários de Programas de Transferência de Renda**” que faz parte do programa de Mestrado em “Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem” da Faculdade de Ciências (UNESP – Bauru), sob orientação da Prof. Dra. Sandra Leal Calais.

O objetivo da pesquisa é investigar **indicativos de stress e depressão e índices de qualidade de vida**.

Sua participação consiste em responder o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, o Inventário de Depressão de Beck, o Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida e um Questionário Sociodemográfico.

Ressaltamos que não será realizado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá solicitar todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem penalização alguma ou qualquer prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Seu nome ou quaisquer dados que possam identificá-lo serão retirados do material que vier a se tornar público.

Eu, _____, li e ouvi o esclarecimento acima e compreendi todo o conteúdo acima.

Sendo assim, concordo em participar do estudo e autorizo a utilização de todas as informações dadas por mim durante a coleta de dados, inclusive para publicações no meio científico, desde que seja assegurada a confidencialidade quanto a minha identidade. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Bauru, / /2012

Assinatura do participante _____

Mariani da Costa Ribas¹ _____

Pesquisadora

¹ Mariani da Costa Ribas. Fone: (014) 8116-7188. E-mail: marianicribas@yahoo.com.br

ANEXO C
CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Universidade Estadual Paulista – UNESP, em sua 64ª Reunião Ordinária realizada no dia 15 de agosto de 2011, no Prédio do STI da Faculdade de Ciências - UNESP, Campus de Bauru, às 09h00, após análise do parecer emitido pelo relator **APROVA** o projeto “Stress, depressão e qualidade de vida em beneficiários do Programa Bolsa Família”, Processo nº 8193/46/01/11, sob responsabilidade da Professora Doutora Sandra Leal Calais.

Bauru (SP), 15 de agosto de 2011



PROF. DR. ARI FERNANDO MAIA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Engº Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01 - Vargem Limpa - Bauru-SP - CEP: 17.033-360
Fone: (14) 3103-6187 - email: ceiart@fc.unesp.br