



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

***BURNOUT* E A QUALIDADE DE VIDA DOS GESTORES DO SISTEMA  
SOCIOEDUCATIVO DO DISTRITO FEDERAL: UMA ANÁLISE ESTATÍSTICA  
DESCRITIVA EM SAÚDE MENTAL**

**Tatiana de Paula Soares**

**BRASÍLIA - DF**

**2019**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA**

***BURNOUT E A QUALIDADE DE VIDA DOS GESTORES DO SISTEMA  
SOCIOEDUCATIVO DO DISTRITO FEDERAL: UMA ANÁLISE ESTATÍSTICA  
DESCRITIVA EM SAÚDE MENTAL***

**Tatiana de Paula Soares**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Ponciano Ribeiro

**BRASÍLIA - DF  
2019  
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

## **INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA  
EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Jorge Ponciano Ribeiro - Presidente  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof. Dr. Marcelo Tavares - Membro  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof. Dr. Sérgio Eduardo Silva de Oliveira - Membro  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof. Dra. Tatiana Yokoy de Souza – Membro Suplente  
Universidade de Brasília – UnB

Brasília, novembro de 2019.

*À espiritualidade que mora em mim e me conduz ao que é e está intuído, sentido, desejado e  
quisto diante um contínuo intuir, sentir, desejar e querer.*

*À esperança de ouvir e criar.*

*Aos e às que possuem coragem de (auto)gerir e vivenciar a complexidade de um sistema que  
visa a aprendizagem interativa diante a arte incessante de educar(-se).*

## AGRADECIMENTOS

Seria inconcebível a mim não externar meu sentimento de gratidão à generosidade, à ética e à humanidade de Jorge Ponciano Ribeiro. A esse Ser, para além do exercício com maestria de atuar como professor e orientador, meu sincero agradecimento pela confiança de me deixar ser. Pela criação. Pela naturalidade e paciência ao respeitar minha responsabilidade diante do sentir-me livre. É singular a beleza de sua humildade e de sua transparência, não obstante um currículo tão vasto, em uma sabedoria incrível revelando a singeleza de sua essência no ato de disseminar bases epistemológicas e agregar ciências respirando-as em seu modo de estar no mundo. A sua não necessidade de envaidecimento diante de tão honrosa partilha de seu conhecimento me faz desejar ser humana e melhor. Muito grata pela aceitação em caminhar mais perto, transitar em minha jornada e acender a minha esperança de que com verdade e competência faz-se possível o fazer lado-a-lado trafegando espaços.

Aos meus pais, Janffran e Helena, paradoxalmente, pelo exagero de amabilidade que desconcerta meu coração. A eles reverencio minha existência e o apoio perante tudo que eu confio em fazer bem, particularmente a minha sede de conhecer. Agradeço fortemente por priorizarem desde quando preciso fosse o custo da acessibilidade aos livros.

À Dona Xuxu, amiga que segue conectada à minha autenticidade. Nela espelho e acolho o meu borbulhar crescente em busca do que me nutre e me apazigua enquanto gente. Pelo incentivo de desafiar a batalha sobre como ser mulher, oxigenando a braveza tênue de ir adiante com garra e firmeza aliadas ao seio do que se faz belo.

Brindo o coleguismo e as amizades, ainda mais, poucas e profundas. Saber que Suelly, Greice, Lecyane, Angelina, Antônio, Everardo, Carmen e a variedade de minha árvore genealógica existem, acalanta a vida. Abdallah me inspira em seu querer-fazer-acontecer. Ao John, estatístico que a mim descortinou uma linguagem, até então, alijada de minha compreensão. Grata ainda às confluências e às retiradas com e entre uns e outros as quais favorecem a minha autorregulação.

Um “capítulo” à parte ao Manoel, meu presente nessa altura do campeonato, companheiro que agracia o tempo. Com a beleza do nosso Encontro, sinto-me potente a trilhar caminhos que preservem a riqueza do engrandecimento mútuo. Sua tolerância e jeito de amar enobrecem o meu sentido. Sinto-me florida em nossa parceria.

Aos professores que de bom grado aceitaram fazer parte da minha banca examinadora. Marcelo Tavares, que, por décadas, dedica com afinco seu conhecimento e prática à esfera da saúde mental; Sérgio Oliveira, que também se debruça em fontes de pesquisas, esmiuçando correntes inerentes à avaliação psicológica, ao psicodiagnóstico e à psicopatologia; e Tatiana Yokoy de Souza, que destina com tenacidade pesquisas voltadas à socioeducação, além de estudos direcionados à grandeza do desenvolvimento humano.

Ainda àquelas professoras e colegas que me despertaram em mim a importância de conhecer e visibilizar os entrelaces e as diferenças da diversidade de métodos de pesquisa, saúde e trabalho sob o contexto histórico e social, questões de gênero e outras desigualdades (des)figuradas.

À Universidade de Brasília, de forma primordial, ao Instituto de Psicologia, pela oportunidade de fundamentar esta pesquisa e me possibilitar conhecer campos que alicerçam meu contínuo processo de preparação. À Universidade Federal de Toulouse *Jean Jaurès*, França, em especial, à professora Nicole Cantisano, que, com facilidade, amparou sinteticamente temáticas previamente apresentadas, desanuviando a necessidade de estudar *burnout* em um contexto sócio-histórico universal que, em geral, o meio laboral, cada vez mais, nas diversas relações, privilegia o ter ao ser.

À Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal, em especial, à equipe da Gerência Sociopsicopedagógica e à Diretoria da Unidade de Atendimento Inicial, fundamentalmente à Aedra Sarah de Andrade e à Juliana Pereira, pelo incentivo e apoio à pesquisa. À Subsecretaria do Sistema Socioeducativo e à Coordenação de Políticas e Atenção à Saúde de Jovens e Adolescentes, representadas por quem reverencio o reconhecimento e a presteza em prol da socioeducação ao autorizar e divulgar o convite para a participação dos gestores neste estudo. Em destaque: Demontiê Batista Filho, Daphne Cortizo, Natália Pereira e Beatriz Yamada. À Ouvidoria, a mim desenhada por Carina de Freitas, cuja competência e honestidade identifico em seu saber fazer diário. Aos gestores e às gestoras do sistema socioeducativo do Distrito Federal que tiveram a coragem de se deparar com conteúdos difíceis de serem acolhidos e, ainda assim, participaram desta pesquisa. Finalmente, a todos que se interessam pela construção coletiva do “entrelace das letras ao arregajar dos ouvidos e das mangas”, onde verdadeiramente circula o conhecimento vivo.

Soares, T. (2019). *Burnout e a Qualidade de Vida dos Gestores do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal: uma análise estatística descritiva em Saúde Mental*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

## RESUMO

Este trabalho se propõe a identificar e discutir as relações entre a qualidade de vida dos gestores e os fatores preponderantes ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* relacionados ao contexto de trabalho no sistema socioeducativo do Distrito Federal. Pesquisas demonstram que a sobrecarga, o desgaste emocional, as precárias condições de trabalho e a falta de realização profissional afetam a qualidade de vida dos trabalhadores. Com base nesse entendimento, a presente dissertação é composta por três artigos. Neles, utilizou-se a análise estatística descritiva; análise fatorial; análise fatorial confirmatória; testes de hipóteses (*Wilcoxon-Mann-Whitney e Kruskal-Wallis*) e de regressão múltipla. Dos participantes, 103 acessaram a pesquisa. Destes, 48 finalizaram todos os três questionários que avaliaram, além do perfil sociodemográfico relacionado à posição hierárquica dos gestores, a exaustão emocional, a despersonalização e a realização pessoal correlacionadas ao nível de *burnout*; a saúde física e mental ligada à qualidade de vida; e níveis de demanda, controle e suporte vinculados ao contexto de trabalho. O primeiro artigo teve como objetivo identificar o perfil gestor do atendimento socioeducativo do Distrito Federal; verificar e descrever a frequência dos graus de esgotamento emocional, despersonalização e realização pessoal, além de identificar a ocorrência da síndrome na equipe gestora, por meio da aplicação do questionário *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)*. Concluiu-se que 29,17% dos participantes apresentaram a síndrome, destacando-se o alto índice de exaustão emocional. O segundo artigo teve como escopo identificar os componentes de saúde e seus impactos na qualidade de vida da equipe gestora socioeducativa, apontando os domínios sobressalentes das subescalas de saúde física e de saúde mental. Através do instrumental *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey*, identificou-se a frequência desses domínios e se verificou se as escalas que demonstravam maiores limitações à saúde estavam correlacionadas àquelas que evidenciaram a síndrome de *burnout* ou os graus de esgotamento emocional e/ou despersonalização elevados e/ou ainda a baixa realização pessoal dos gestores. A partir disso, pôde-se retratar a qualidade de vida sob o ponto de vista dos gestores da socioeducação do Distrito Federal. Na mesma direção dos primeiros, o terceiro artigo buscou identificar o contexto de trabalho da gestão da socioeducação do Distrito Federal, através dos componentes 'demanda', 'controle' e 'suporte' institucionais do *Job Content Questionnaire*. Avaliou-se a correlação de seus componentes nas relações socioprofissionais, bem como suas implicações na realização profissional e na qualidade de vida dos gestores. Ao final, nas categorias levantadas, constatou-se que quanto maior o controle da instituição, menor o nível de saúde mental dos gestores. Salientou-se, então, uma relação diretamente proporcional sobre assertiva de que 'quanto mais saudável o trabalhador, maior sua satisfação profissional'. Com base nesses artigos, os resultados sugerem a urgência do planejamento de uma política pública de atenção à saúde para os trabalhadores que gerenciam o sistema socioeducativo brasileiro, em especial, do Distrito Federal, foco desta pesquisa.

**Palavras-chave:** *Burnout*; qualidade de vida; saúde; contexto de trabalho; sistema socioeducativo.

## ABSTRACT

This research aims to identify and discuss the relationship between the quality of life of managers and the factors leading to the development of Burnout Syndrome related to the work context in the socio-educational system of the *Distrito Federal*, Brazil. Researches show that overload, emotional exhaustion, poor working conditions and lack of professional fulfillment affect workers' quality of life. Based on this understanding, this dissertation is composed of three articles. In them, descriptive statistical analysis was used from factor analysis; confirmatory factor analysis; hypothesis tests (Wilcoxon-Mann-Whitney and Kruskal-Wallis) and multiple regression test. Of the participants, 103 accessed the survey. Of these, 48 completed all three questionnaires (on the likert scale) that evaluated the sociodemographic profile related to the hierarchical position of the managers; emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment correlated with burnout level; physical and mental health related to quality of life; and levels of demand, control and support linked to the job context. The first one aimed to identifying the managers profile of the socio-educational system of the *Distrito Federal*, Brazil, to verify and describe the frequency of emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment and to identifying the occurrence of the syndrome in the management team. In addition, by applying the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) questionnaire, the frequency was described and the levels of emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment were correlated from the mental health perspective. Of the 48 participants, 29% had a burnout syndrome, highlighting the high level of emotional exhaustion. The second article aimed to identify the health components and their impacts on the quality of life of the socio-educational management team, pointing out the domains of the physical and mental health subscales. Through the Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey, the frequency of these domains was identified and it was verified whether the scales that showed major limitations to health were correlated with those that showed burnout syndrome or degrees of emotional exhaustion and/or high depersonalization and/or low personal achievement of managers. From this, it was possible to portray the quality of life from the point of view of the managers of socio-education of the *Distrito Federal*, Brazil. In the same direction of the first ones, observing their specificity, the third article sought to identify the job context of the *Distrito Federal*, Brazil, socio-educational management, based on the institutional components demand, control and support through the application of the Job Content Questionnaire. This one evaluated the correlation of its components in professional relationships, their implications for professional achievement and the quality of life of managers. In the end, in the categories raised, it was found that the greater the control of the institution, the lower the mental health level of managers. It was emphasized, then, a directly proportional relationship about the statement that 'the healthier the worker, the greater his job satisfaction'. Based on these articles, the results suggest the urgency of planning a public health care policy for workers who manage the Brazilian socio-educational system, especially in this research, from the *Distrito Federal*, Brazil.

**Keywords:** Burnout; quality of life; health; job context; socio-educational system.



## LISTA DE SIGLAS

CID-11 *Classificação Internacional de Doenças (11ª edição)*

COORIS *Coordenação de Internação e Semiliberdade*

DINT *Diretoria de Internação*

DF *Distrito Federal*

JCQ *Job Content Questionnaire*

MBI-HSS *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey*

OMS/WHO *Organização Mundial de Saúde*

SECriança-DF *Secretaria de Estado de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude do Distrito Federal*

SEJUS-DF *Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal*

SEJUV-DF *Secretaria de Estado de Juventude do Distrito Federal*

SF-36 *Short Form – 36*

SEDES-DF *Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social*

SEE-DF *Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal*

SECULT-DF *Secretaria de Estado de Cultura e Economia Criativa do Distrito Federal*

SEMOB-DF *Secretaria de Estado de Transporte do Distrito Federal*

SES-DF *Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal*

SEL-DF *Secretaria de Estado de Esporte e Lazer do Distrito Federal*

SETRAB-DF *Secretaria de Estado do Trabalho do Distrito Federal*

SSE *Sistema Socioeducativo*

SUBSIS *Subsecretaria do Sistema Socioeducativo*

UAI *Unidade de Atendimento Inicial*

UnB *Universidade de Brasília*

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<i>Universidade de Brasília – 2017/2018 .....</i>	<i>15</i>
<i>Universidade Federal de Toulouse Jean Jaurès – 2018/2019.....</i>	<i>16</i>
<i>Retorno à Universidade de Brasília – 2019 .....</i>	<i>17</i>
<b>INTRODUÇÃO – BURNOUT, QUALIDADE DE VIDA E CONTEXTO DE TRABALHO DOS GESTORES DO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO DO DISTRITO FEDERAL .....</b>	<b>20</b>
<i>Sistema Socioeducativo do Distrito Federal .....</i>	<i>20</i>
<i>Saúde, sob os aspectos de qualidade de vida, burnout e contexto de trabalho.....</i>	<i>27</i>
<b>ARTIGO 1 – NÍVEIS, SÍNDROME DE BURNOUT E PERFIL GESTOR DA SOCIOEDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, À LUZ DE UMA ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>31</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>38</b>
<i>Participantes .....</i>	<i>39</i>
<i>Materiais .....</i>	<i>40</i>
<i>Procedimentos .....</i>	<i>41</i>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<i>Níveis de burnout e Consistência interna .....</i>	<i>43</i>
<i>Adequabilidade dos dados para Análise Fatorial.....</i>	<i>46</i>
<i>Análise fatorial fixando em três fatores.....</i>	<i>46</i>
<i>Análise fatorial confirmatória.....</i>	<i>48</i>
<b>DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>53</b>
<b>ARTIGO 2 – O RETRATO DA QUALIDADE DE VIDA DOS GESTORES DA SOCIOEDUCAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL, À LUZ DE UMA ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>56</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>63</b>
<i>Participantes .....</i>	<i>63</i>

<i>Materiais</i> .....	64
<i>Procedimentos</i> .....	65
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>65</b>
<i>Estado de saúde pelo Teste Wilcoxon-Mann-Whitney</i> .....	66
<i>Análise descritiva e inferencial dos domínios do SF-36</i> .....	67
<i>SF-36 e a correlação com burnout</i> .....	69
<b>DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>76</b>
<b>ARTIGO 3 – OS (DIS)SABORES DO CONTEXTO DE TRABALHO VIVENCIADO POR GESTORES NA ORGANIZAÇÃO SOCIOEDUCATIVA DO DISTRITO FEDERAL, À LUZ DE UMA ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA EM SAÚDE MENTAL</b> .....	<b>80</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>81</b>
<b>MÉTODO</b> .....	<b>90</b>
<i>Participantes</i> .....	90
<i>Materiais</i> .....	91
<i>Procedimentos</i> .....	92
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>92</b>
<i>Consistência interna do JCQ e a correlação com burnout</i> .....	92
<i>SF-36 e relações sociais no trabalho pelo Teste de Kruskal-Wallis</i> .....	93
<i>Correlação entre as escalas do MBI-HSS, JCQ e SF-36</i> .....	96
<i>Análise de regressão</i> .....	98
<b>DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>104</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>108</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>114</b>
<b>APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>118</b>
<b>ANEXO A – PESQUISA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DA EQUIPE GESTORA DO</b>	

<b>SISTEMA SOCIOEDUCATIVO DO DF .....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOBRE BURNOUT– PESQUISA EM SERVIÇOS HUMANOS (MBI-HSS) .....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO C – CONSENTIMENTO FORMAL DA EDITORA PARA O USO DO MBI-HSS .....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO D – RESPOSTA DA AUTORA DO MBI-HSS CONCORDANDO COM A TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS.....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO E - QUESTIONÁRIO SOBRE ESTADO DE SAÚDE (SF-36).....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO F – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO (JCQ).....</b>	<b>130</b>

## APRESENTAÇÃO

*(...) pensar, enfim, a saúde de uma organização é pensá-la em termos de como ela faz contato*

Jorge Ponciano Ribeiro

De início, a apresentação, grosso modo, de parte de minha trajetória profissional visa à contextualização do ponto de partida e à exposição dos motivos que desencadearam o desenvolvimento desta pesquisa. Acentuo que o relato a seguir não intenciona a exposição, pessoalização ou responsabilização de um ou outro ciclo político ou governamental. Seria ingenuidade reduzir um contexto específico milenar ocidental a somente uma década de um sistema complexo construído e formado ao longo de adaptações humanas, sob a cultura patriarcal, da mercantilização fabril a organizações verticalizadas, mirando, acima de qualquer suspeita, o lucro.

Enquanto servidora pública, psicóloga clínica e especialista socioeducativa, transito desde 2004 pelo campo psicossocial. De forma interdisciplinar e transdisciplinar, quando passível de aplicabilidade – devido a limitações de estrutura, de pessoal e de articulação em rede –, dialogar com a rede pública (SES-DF, SEJUV-DF, SEDES-DF, SEE-DF, SECULT-DF, SEMOB-DF, SES-DF, SEL-DF, SETRAB-DF) e institutos não-governamentais têm me ensinado que a socioeducação se faz no entrelaçar do conjunto dessa multiplicidade.

Entre desafios de idas e vindas, atuando em serviço de saúde pública em parceria com a SES-DF; em entidade não-governamental, unidades de medida socioeducativa de internação; DINT; COORIS; e, atualmente, na UAI/SEJUS-DF (sob afastamento para estudo), exercer funções no atendimento direto e de gestão – gerenciando, assessorando, dirigindo e coordenando o planejamento e a operacionalização do serviço – do sistema socioeducativo no DF possibilitou-me uma gama de experimentos em um mundo ora imergindo, ora destacando o laboral e o todo “meu”.

Sob sentido figurado, compor uma gestão pode conotar “estar sob holofotes”. Após anos “camaleonizando-me”, em tempos atuais, percebo que o “destaque” do processo de gerir a administração pública no Brasil, em geral, acontece “por detrás dos bastidores”. Com isso, quero dizer que é “atrás das cortinas” que “o não dito”, o “não passível de exposição”, o “não agradável

aos ouvidos” ocorre. Nesse contexto, “acendem-se as luzes” para a duplicidade (contradição) de comandos e, muitas vezes, de forma direta, para o pedido de não efetividade e de eficiência sobre o que “teoricamente” está escrito (regulado) para ser executado. Assim, vivenciei, a depender do contexto político e governamental federal e local, maiores ou menores processos dicotômicos de rigidez *versus* flexibilização, imposição/controlar *versus* autonomia, descrédito *versus* confiança; isolamento *versus* construção coletiva.

(Con)vivi, de forma crescente, além de mim, com colegas revelando gamas de psicossomatizações “naturalizadas” em grupo. No meu caso, o estresse se configurou em alopecia (queda de cabelo); e, em fases sob maior pressão institucional, insônia, tensão temporomandibular e paralisia facial periférica. Estive próxima de profissionais que apresentavam bruxismo, como hábito parafuncional, resultando em casos mais graves como perdas dentárias; bem como de colegas com infecções urinárias recorrentes e, ainda, aqueles que utilizavam recursos de automedicação, a saber, o uso de ansiolíticos e antidepressivos apelidados de “sucos revitalizantes”.

Particularmente, apesar de ter vivido períodos de turbulência ora mais intensos, ora mais brandos, não obstante ter a formação de especialista em psicossomática, demorei mais de um ano para dar-me conta de que esse processo gradativo de adoecimento se devia diretamente ao meu contexto de trabalho. Talvez pelo processo de mecanismo de defesa psicanalítico da negação do não desejo de retirar-me do exercício da função de gestão. Sob a função gerencial, ocorriam-me, ainda que “a olhos vistos”, as grandes chances de não bem suceder ao que mais me motivava estar ali (trabalhar com uma equipe satisfeita, desejosa de “fazer valer além do papel”), a possibilidade da construção “a várias mãos” de ações iniciadas, continuadas e/ou inovadoras, baseadas na troca “dos sabedores do fazer”, incluindo os/as adolescentes e os/as educadores/as da comunidade socioeducativa.

Ademais, a minha escolha de ocupar cargos comissionados em determinados contextos e períodos relacionou-se para além do quesito, muito bem-vindo, remuneratório. Somou-se a prejuízos energéticos ligados à ansiedade e ao estresse, à parte – se é que isso seja possível – da oportunidade de atuar em contexto de liderança e em grupos, configuração que percebo como identificação e realização profissional.

Em tempos recentes, reconheço que as vivências sob gestão, de forma geral, oportunizaram-me também tentativas bem e mal sucedidas de (socio)educar-me, me formar

enquanto gente e profissional, compreendendo que a proporção dos cálculos e planos adicionam-se a um todo com partes incalculáveis, incluindo a mais essencial – que, em virtude do meu processo de regulação orgânica, do ponto de vista holístico da Teoria de Kurt Goldstein – possibilitou-me notar e, agora, apreciar minha saúde.

Seguindo este meu traçar histórico profissional, em função gestora, no sistema socioeducativo do DF, depois de oito anos de “entradas e saídas”, ao considerar outras necessidades e possibilidades de realização profissional, flexionei-me à atualização epistemológica. Para mim, reintroduzir-me nesse panorama significa a busca de fôlego para debater experiências e fatos calcados em fundamentações filosóficas e teóricas, no intuito de alicerçar a minha práxis. Sob esse prisma, primo por tecer essa aliança, de forma que, na medida do possível, o cuidado com a minha qualidade de vida seja preservada, conquanto as dificuldades vivenciadas em meu contexto de trabalho.

Este relato fia-se à esperança e/ou ao desejo de permeabilidade ao diálogo sob e sobre o contexto institucional, com colegas que se queixam e interessam-se pelo “como fazer para bem viver” no meio laboral. Assim, a partilha de experiências pode caminhar com o despertar de uma consciência coletiva, por meio da (re)construção de valores, cultura e sistema organizacional. A transformação gradativa “de sentir e agir” no ambiente de trabalho corrobora, possivelmente o dinamismo de apropriação da qualidade de vida, pela qual o socioeducador e a socioeducadora possam “incorporar” ao desempenho de sua atividade um sentido prazeroso e dignificante em seu cotidiano.

### *Universidade de Brasília – 2017/2018*

Durante o ano acadêmico de 2017, dediquei-me aos estudos voltados à saúde mental, ao trabalho e ao seu contexto sob a ótica da psicodinâmica. Aos poucos, fui nominando e decifrando, em conjunto, a temática que, de fato, dava sentido a esta pesquisa.

Assim, o eixo deste estudo se dava nas relações entre saúde, adoecimento e gestão da socioeducação. Paulatinamente, instigava-me verificar as interferências desse processo na eficiência e eficácia do atendimento da política pública de socioeducação. O mais difícil nessa seara foi deparar-me com a situação intersubjetiva de nomear os (meus) processos de sofrimento e adoecimento no contexto de trabalho. Adentrar em questões acerca do trabalho da mulher,

identificando as tecnologias de gênero e como elas são vivenciadas no contexto brasileiro também me proporcionou a identificação de comportamentos, sentimentos velados, reflexos sobre as minhas relações e a conseguinte, considerando meus limites, (res)significação de (pre)conceitos.

No decorrer da construção deste trabalho, o desafio maior enquanto pesquisadora foi delimitar a temática diante da gama de questões a serem exploradas no campo de pesquisa e do objeto de estudo "gestores socioeducativos". De início, a proposta seria explorar as questões fazendo um estudo comparativo entre os estados brasileiros. Contudo, tão logo, percebi que a condição temporal (cronológica) não favorecia a obtenção e exploração dos dados. Assim, a amostra foi reduzida ao DF.

Com sede de ampliar horizontes culturais e epistemológicos, sob anuência e incentivo do professor orientador desta pesquisa nesta Universidade, fui aprovada em outro processo seletivo, para cursar o segundo ano do curso de mestrado do Programa de Psicologia Clínica, Psicopatologia e Psicologia da Saúde, especificamente direcionado ao departamento de Pesquisa Aplicada e Prevenção em Psicologia e Psicopatologia da Universidade Federal de Toulouse *Jean Jaurès*, na França.

### ***Universidade Federal de Toulouse Jean Jaurès – 2018/2019***

Dediquei-me, no primeiro semestre do ano acadêmico de 2018/2019, a concluir as disciplinas e consecutivas avaliações para então, em meados de março de 2019, realizar a coleta de dados na SECriança-DF, que, à época, estava vinculada à SUBSIS, para que, de forma conseguinte, desse seguimento à narrativa do estudo.

Vale ressaltar que os dados foram colhidos três meses após mudança governamental no Distrito Federal, por circunstância eleitoral. Dado este que indica provável mudança de pessoal para ocupação de cargos comissionados. Entretanto, quando da realização dos procedimentos de coleta de dados, a SECriança ainda não tinha sofrido mudanças estruturais em seu organograma e também não tinha perpassado por trocas de gestores em razão desse contexto.

Geograficamente mais distante de meu contexto organizacional, pude, com mais propriedade, nomear os processos de 'saúde-adoecimento'. Assim, '*burnout*' e 'qualidade de vida', sob o 'contexto da socioeducação', protagonizaram o que, até então, eu descrevia como sintomatologia e circunstâncias, sem intitulá-las.



A Universidade de Brasília e a Universidade Federal de Toulouse *Jean Jaurès*, sem dúvida alguma, vieram agregar um novo sentido sobre a precedência do método para a validação de pesquisas científicas, de modo a dar-me um significado do fazer *in loco*. A justificativa, o objetivo e, principalmente, a garantia de sigilo, os desconfortos e os riscos e a privacidade, sob o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* do Comitê de Ética em Pesquisa Não-Intervencionista da Universidade Federal de Toulouse *Jean Jaurès*, serviram de base à atenção de que a participação dos gestores ocorresse voluntariamente.

A escolha do método estatístico descritivo para este estudo deu-se em virtude de que, para atender os objetivos de identificar e descrever os níveis de *burnout*, a ocorrência da síndrome, a qualidade de vida, o contexto de trabalho e suas respectivas relações, optou-se pelo uso dos instrumentos mais aplicados mundialmente, validados no Brasil, sob o contexto da saúde.

Assim, este método confortou-me enquanto pesquisadora com relação à condição de estar imersa no universo pesquisado, evidenciando dados e resultados estatísticos, sob o caráter exploratório dos questionários. De forma subsecutiva, as discussões foram suportadas pelos resultados dos instrumentais aliadas ao aporte teórico.

Logo, a atenção inicial foi sobre como convidar participantes, a saber, colegas, a participar de uma pesquisa que pudesse trazer à tona desconfortos ao lidar com demandas que suscitassem comportamentos, sensações e/ou preocupação à exposição pessoal. Então, além do destaque do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* acerca do sigilo e da privacidade, outra estratégia, sob autorização institucional, foi convidá-los por intermédio da atual Coordenação de Políticas e Atenção à Saúde de Jovens e Adolescentes da SUBSIS, que, por endereço eletrônico funcional, posicionou-se de forma favorável ao desenvolvimento de pesquisas científicas, extenuando o aspecto de voluntariedade quanto à participação.

Analisar os dados dos questionários deste estudo viabilizou-me a oportunidade de identificar as possibilidades de cruzamento de dados, trazendo-me como recurso a riqueza da análise desses instrumentos. Entretanto, por se tratar de um trabalho dissertativo mais sintético inerente ao programa do curso desta Universidade, os dados lá utilizados não foram passíveis de análises mais detalhadas, tendo em vista que, aderindo ao regulamento, o estudo se deu sob um artigo, totalizando 4500 palavras e em uma banca de avaliação defendida em 12 minutos.

***Retorno à Universidade de Brasília – 2019***

Concedido o pedido de prorrogação de prazo para defesa da dissertação na Universidade de Brasília, meu investimento neste trabalho baseou-se em uma análise e em um embasamento teórico mais aprofundados. Novos elementos foram acrescentados e analisados.

Segundo Malhotra (2001, p. 108), a pesquisa descritiva “é um tipo de pesquisa que tem como principal objetivo a descrição de algo”, um evento, um fenômeno ou um fato. Esse tipo de estudo tem como característica mais significativa a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como os questionários e a observação sistemática. Os procedimentos do método desta pesquisa permitem uma melhor compreensão da relação entre fatores e elementos que influenciam o fenômeno estudado.

Malhotra (2001, p. 459) ensina que a análise de regressão é um “processo estatístico para analisar relações associativas entre uma variável dependente métrica e uma ou mais variáveis independentes”. Conforme aponta Oliveira & Orientador (2016), essa técnica tem como principal objetivo verificar o grau e a natureza de associação entre as variáveis. Um instrumento dessa natureza que apresente bons índices psicométricos constitui-se em um meio prático e impessoal para acessar as assunções ou inferências que o indivíduo faz acerca de sua realidade interna e externa.

Sob o parâmetro da pesquisa estatística descritiva, apresentam-se, nesta pesquisa, três artigos pelos quais se enfatizaram, respectivamente: *burnout*, através do questionário *MBI-HSS*; qualidade de vida, sob o ponto de vista do instrumental *SF-36*; e contexto de trabalho, à luz do instrumento *JCQ*.

A amostra foi representada pelos gestores do sistema socioeducativo da SEJUS - DF, e os instrumentais foram aplicados por meio da plataforma *online LimeSurvey*.

Em cada artigo foram realizadas análises correlacionais e de regressão múltipla, explorando, assim, as relações que pudessem existir entre as variáveis. Além destas, foi feita a análise fatorial no primeiro. Neste estudo, seriam as escalas ou domínios de cada questionário. Utilizou-se a estatística descritiva também para caracterizar o perfil dos gestores do sistema socioeducativo do Distrito Federal, com números absolutos, porcentagens, médias e desvios-padrão. Ainda, a análise gráfica foi importante para visualização de alguns resultados.

Após findada a pesquisa, os resultados serão disponibilizados aos participantes e à gestão direta da socioeducação e, ainda, à equipe superior hierárquica da SEJUS-DF. A partir disso, a consequente divulgação deste estudo para a comunidade e a sociedade pode desembocar em novos

olhares sobre a política gestora socioeducativa e para a realidade de trabalho da administração pública do Distrito Federal, no âmbito de suas competências, recursos e, principalmente, sobre a política de saúde.

## INTRODUÇÃO

### *Sistema Socioeducativo do Distrito Federal*

A seguir, de modo geral, uma visão conceitual do sistema socioeducativo do Distrito Federal introduzirá o mapeamento sobre o que e como fazem os profissionais da socioeducação, para, em seguida, apresentar como o contexto “saúde- adoecimento” está inserido no trabalho, sendo as especificidades de cada tema tratadas em seus respectivos artigos.

Então, o que a socioeducação deveria ser?

*A socioeducação é um conjunto articulado de programas, serviços e ações desenvolvidos a partir da articulação entre práticas educativas, demandas sociais e direitos humanos com o objetivo de mobilizar nos jovens novos posicionamentos sem, contudo, romper com as regras éticas e sociais vigentes (Bisinoto et al., 2015, p. 583).*

Para Bisinoto (2014), a educação engloba um processo sociocultural que se forma a partir de um leque de tradições, normas e valores, diferenciando-se a partir de concepções filosóficas, políticas e ideológicas. É por meio da manutenção e reprodução de paradigmas que ocorre a sua transformação, considerando as relações de poder em cada contexto social. Nesse sentido, a socioeducação insere-se em uma vasta área da educação social, fincada nos direitos humanos, comprometendo-se com a emancipação e a autonomia de cada sujeito em sua comunidade.

De acordo com Soares et al. (2014) e Silva (2017), a prática socioeducativa foca na promoção de estímulos e incentivos à cultura e as possibilidades de acesso a serviços públicos.

*(...) e que com a identificação por parte dos profissionais, em conjunto e por meio do (re)conhecimento dos jovens, ocorra o “despertar” de sonhos e de desejos; e, o avistar de habilidades e dons específicos para novas possibilidades de (re)integração social, aliado ao contexto infracional e integrados a um universo saudável, com respeito ao convívio social. A ação socioeducativa decorre dos múltiplos papéis e devem funcionar como um mecanismo de revisão identitária – que identifica uma pessoa ou um grupo (Soares et al., 2014, p.13).*

Dessa maneira, as atividades devem propor ações para o desenvolvimento do potencial do adolescente como sujeito, autor e protagonista de sua história e de suas escolhas.

Para o sistema brasileiro, o atendimento socioeducativo é a política pública em que o público-alvo são os adolescentes em conflito com a lei. Ela visa à execução de medidas

socioeducativas que constituem a atuação prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente por parte do Estado para as pessoas com idade entre 12 e 17 anos que tenham praticado um ato previsto no Código Penal como crime (Baptista, 2013).

*Entendem-se por medidas socioeducativas as previstas no art. 112 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), as quais têm por objetivos: I - a responsabilização do adolescente quanto às consequências lesivas do ato infracional, sempre que possível incentivando a sua reparação; II - a integração social do adolescente e a garantia de seus direitos individuais e sociais, por meio do cumprimento de seu plano individual de atendimento; e III - a desaprovação da conduta infracional, efetivando as disposições da sentença como parâmetro máximo de privação de liberdade ou restrição de direitos, observados os limites previstos em lei (Brasil, 2012).*

Nessa ótica, Pauluk (2013) ratifica que a ação educativa precisa estar centrada nas potencialidades e aspectos saudáveis, sendo orientada para a vida em liberdade e não se limitando à adaptação do adolescente aos programas dispostos pela política. A autora acrescenta que as medidas socioeducativas possuem, sim, um caráter sancionatório, entretanto, o foco da ação deve-se pautar em instrumentos pedagógicos.

De forma oposta à conceituada por Pauluk (2013), os poucos trabalhos existentes sobre a ação educativa e os trabalhadores do sistema socioeducativo do DF permitem inferir que a atividade laboral desses profissionais causa um significativo sofrimento psíquico. Esse fator é agravado pelo fato de existirem disputas pelo poder entre os diferentes grupos de profissionais que compõem o sistema. Para lidarem com esse sofrimento, os grupos profissionais fazem uso de diversas estratégias coletivas de defesa que limitam drasticamente a implementação dessa política pública (Baptista, 2013).

Uma das estratégias coletivas de defesa se vincula ao objetivo de “assegurar” a segurança dos servidores e da “sociedade”, balizados pelo medo e dificuldades no exercício das atribuições do cargo. Essa estratégia se reflete no fato de que muitos servidores da carreira pública da SEJUS-DF que prestam concurso público para o cargo de agente socioeducativo assumem o cargo com expectativa de exercer suas atribuições da mesma forma que um agente penitenciário. O sistema termina adquirindo a “estética” de uma organização policial por meio do uso de uniformes, insígnias e armamentos não letais, o que, muitas vezes, reflete uma relação fantasiosa com a realidade (pois os profissionais do sistema não possuem poder de polícia) (Amaral, 2008; Baptista, 2013).

“A maioria dessas atividades de formação ainda não tem se mostrado suficiente para promover a profissionalização dos educadores sociais que atuam no SSE nem para engendrar processos de mudança institucional e desconstruir aquilo a que temos caracterizado como a cultura da cadeia” (Yokoy de Souza, 2012, p. 25).

A literatura revela que são escassos os estudos que avaliam a situação dos trabalhadores do sistema distrital, quiçá dos gestores, bem como o seu impacto na execução das medidas supracitadas. Há ainda menos material quando se trata das vivências de processos de saúde e/ou adoecimento como as prováveis dificuldades dos gestores e das gestoras com impacto no atendimento ao jovem autor de atos infracionais.

Verifica-se a existência de pesquisas que avaliam a situação geral dos trabalhadores e das trabalhadoras exercendo suas atribuições no sistema socioeducativo do Distrito Federal, dentre as quais pode-se citar:

- a dissertação de mestrado de Amaral (2008), que trata especificamente de uma unidade de internação denominada CAJE (já fechada);

- a tese de doutorado de Yokoy de Souza (2012), que se refere aos processos de formação e de desenvolvimento dos profissionais do sistema;

- a tese de doutorado de Baptista (2013), em que foi avaliado o impacto das relações intersubjetivas na implementação da Política Nacional de Atendimento Socioeducativo diante dos servidores das unidades de atendimento do sistema socioeducativo do Distrito Federal;

- o artigo de Rodrigues (2016), em que se promoveu uma reflexão sobre a infração juvenil e o caráter socioeducativo do processo de responsabilização juvenil, avaliando o contexto da justiça e o processo do atendimento socioeducativo;

- a dissertação de mestrado de Andrade (2017), que analisou significações coletivas e pessoais de agentes socioeducativos relacionadas ao contexto de trabalho, e;

- a dissertação de mestrado de Rego (2017), a qual mapeou elementos como: as relações interpessoais, rigidez *versus* flexibilidade no trabalho, gestão de processos e resultados, execução do trabalho e vivência deste trabalho junto aos servidores das unidades de meio aberto do sistema socioeducativo do Distrito Federal. Nesta, conforme dados apontados por Cibele Moreira, em outubro de 2017, por meio de divulgação eletrônica da rede *Agência Brasília* do Governo do Distrito Federal, em que referencia a pesquisa “Saúde Mental: trabalhador do sistema

socioeducativo”, “a coleta de dados constatou que cerca de 30% dos afastamentos de servidores eram por depressão, e outros quase 25%, por ansiedade” (Moreira, 2017).

Ocorre que, conforme Baptista (2013), o sucesso de uma política pública tal como a do atendimento socioeducativo depende das delicadas conexões entre diversos atores institucionais devido à sua interdependência. Pequenas falhas nas relações entre os atores institucionais podem levar ao seu fracasso. Isso torna o estudo do sistema socioeducativo relevante, pois, neste caso, o governo federal prevê, na lei n.º 12.594, de 18 de janeiro de 2012, que os estados federados, os municípios e o Distrito Federal se insiram em um Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), com sistemas estaduais, municipais e distrital.

O subsistema do Distrito Federal, deste modo, é gerenciado pela SUBSIS, vinculada à Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal – SEJUS-DF. À subsecretaria do sistema socioeducativo, compete<sup>1</sup>, de forma geral, planejar, coordenar, executar e avaliar programas, projetos e atividades de medidas socioeducativas.

Em que se pese saber que os problemas relativos ao atendimento socioeducativo geram sofrimento para os profissionais do sistema (Baptista, 2013), entender como os gestores da SUBSIS lidam com esta mesma questão pode ser crucial para a melhoria dessa política pública. A complexidade do desenho do sistema socioeducativo e as diversas atribuições dadas a essa subsecretaria enquanto organização executora do sistema socioeducativo do DF torna mais aguda esta questão.

Ainda que em uma gestão constata-se cuidados com a saúde, é possível observar nos momentos de apoio e assistência, dispositivos de submissão, coerção e docilização dos corpos dos trabalhadores (Barus-Michel, 2001). Assim, aquele que ocupa o cargo gerencial vive um conflito entre a esperança de criar, de transformar ou de acrescentar imprimindo algo pessoal ao trabalho e a obediência àquilo que se espera do cargo. Os gestores sofrem repetitivas tentativas de desenraizamento da sua condição originária de trabalhador. Na gestão, a existência de dois lados, o do trabalhador e o da figura do gerente, deflagra uma posição de embate (Gaulejac, 2007).

Observa-se, contudo, que os processos de decisão no âmbito da subsecretaria não foram estudados. Há a desarticulação com os demais órgãos componentes do sistema socioeducativo,

---

<sup>1</sup> Fonte: Decreto nº 37.896, de 27 de dezembro de 2016.

seus conflitos internos e a imposição do medo e do controle como recursos para gerir o sistema (Baptista, 2013).

Desse modo, há a necessidade de investigação científica das ações dos gestores da subsecretaria atreladas às suas vivências no contexto organizacional. Faz-se necessário tornar visível a repercussão dessas ações na efetivação da execução da política pública socioeducativa.

Com isso, urge a necessidade, neste estudo, de trazer luz acerca de: Qual o perfil dos “líderes” da gestão da socioeducação? Quem são essas pessoas? Como elas se veem? Como o processo de autorresponsabilização e corresponsabilização é vivido no contexto de trabalho? Qual o “lugar” do gestor no contexto de trabalho e como ele se percebe nesse “lugar”? Qual o índice de sua satisfação e realização neste ambiente? Como o gestor identifica a sua autonomia neste contexto? São satisfatórias as suas relações de trabalho? Como é abrangida a sua saúde neste contexto? As pessoas que lideram a gestão estão esgotadas emocionalmente? Há um processo de autocuidado e de amparo institucional em relação às suas próprias vivências de saúde?

Diante do contexto organizacional, de forma didática, Ribeiro (2019), sob o ponto de vista da saúde, elenca fatores fundamentais que norteiam o desenvolvimento de relações socioprofissionais saudáveis, sendo eles: considerar a saúde sob qualquer forma de contato a partir de uma visão sistêmica e integrada; incluir os profissionais e a comunidade atendida como figura central do programa de atendimento; estimular a corresponsabilidade alida à equanimidade da competência; usar de modo adequado a linguagem dos líderes, neste caso, os gestores, quer seja diante da assistência interna ou externa ao usuário do serviço, neste contexto, primordialmente, os socioeducandos; e, ainda, promover a saúde, de forma não reducionista, para amenizar sintomas.

“A grande questão é: bastam um curso, um programa, para introduzir uma nova atitude, ou é o coração e a mente das pessoas que têm de ser atingidos ou até mudados?” (Ribeiro, 2019, p. 171).

Nesse sentido, faz-se essencial a atenção aos aspectos individuais, englobando a integralidade do indivíduo nos aspectos que permeiam sua personalidade, seu comportamento, sentimento, sensação, contexto social e espiritual; paralelo à contínua revisão identitária na construção e vivências dos valores, cultura e atitudes da organização.

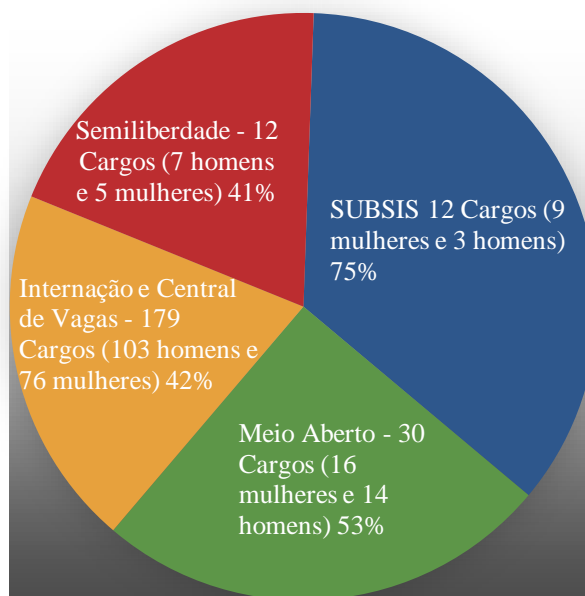
*Talvez pudéssemos falar de um "processo de conversão". Do homem para o homem, em primeiro lugar, e do homem para uma totalidade que o supera e transcende, e sem a qual o mero cuidar das partes será sempre um paliativo ao qual ele retornará infalivelmente, porque isso implica: o despojamento de um poder de autoridade, para a vivência de*



*poder servir aos objetivos da equipe; o reconhecimento da competência, pois nenhuma ciência é dona do ser humano nem tem a totalidade das coisas que nos cercam; uma justiça distributiva, o reconhecimento de que ninguém é dono de ninguém, de que ninguém sozinho é salvador de ninguém – somos apenas facilitadores de um processo de mudança; o reconhecimento da validação epistemológica de outras ciências que juntas podem encontrar outras soluções mais inteligentes e eficientes; a perda do medo e a disposição real, concreta, de começar a ver com outros olhos de que o organismo se autorregula, autopreserva e tende a estender esse instinto às coisas que ele toca; a crença de que o todo é diferente da soma de suas partes, e de que a verdade se encontra na totalidade e não nas partes (Ribeiro, 2019, p. 171-172).*

De acordo com a Figura 1, a respeito de dados demográficos no sistema socioeducativo do Distrito Federal, observou-se a posse de cargos em função comissionada por homens e mulheres, predominando em 2017 a ocupação por mulheres nas funções de diretoria e coordenação (5%).

**Figura 1:** Quantitativo de Gestores e Gestoras e Percentil das Gestoras do Atendimento Socioeducativo – DF



**Nota.** Dados fornecidos pelo Sistema de Gestão de Recursos Humanos, conforme estrutura organizacional em setembro de 2017. SECriança/DF (órgão à época, correspondente à atual SEJUS/DF).

Andrade (2017), em sua dissertação de mestrado, ressaltou as diferenças vividas por agentes socioeducativas no DF. Das entrevistas narrativas de seu estudo, destaca-se o seguinte depoimento:

*Eu tinha muita dificuldade de ficar sendo criticada o tempo todo porque entrava em ala, porque ia dentro do quarto saber o que estava acontecendo, não participava da revista, mas tinha que ouvir: ‘Vai revistar? Então, agora eu vou sair’. Eu gostava de estar ali dentro, mas era o tempo todo tendo embate [com os colegas] por causa disso [...] é um excesso de cuidado que os agentes têm com a gente, mas ao mesmo tempo também tem um monte de estereótipos e é difícil ficar conjugando o tempo todo isso, eu só pensava ‘Só quero trabalhar, deixa eu fazer o meu aqui’; “[...]porque mulher não entra muito, né? Era mais, digamos, um visual que a gente fazia” referindo-se a um papel secundário destinado à agente socioeducativa, de se limitar a uma postura mais passiva e esperar orientações sobre como deve agir (Andrade, 2017, p. 81).*

Ainda que a literatura não aponte a supremacia de mulheres ocupando cargos de gestão, especialmente aos de hierarquização mais elevados, estes relatos, ainda que de educadoras sociais não ocupantes de cargos gestores, coadunam com a cultura brasileira, aqui focada na do Distrito Federal, de que a administração pública do Distrito Federal estabelece a absorção maciça da mão de obra “dócil”. Ou seja, a mulher é educada para a submissão. Na esfera socioeducativa fica muito bem representado esse fator cultural, voltada ao suposto “educar”, socialmente esquadrihado ao lugar do cuidado.

No sistema socioeducativo brasileiro, além dos estudos anteriormente apontados, após a revisão sistemática em fontes de pesquisas acadêmicas<sup>2</sup>, não constam definições e práticas de gestão desenvolvidas por e desenhadas para mulheres que gerenciam o atendimento socioeducativo.

Todavia, ressalta-se que este estudo não destacou substancialmente as diferenças e necessidades levantadas por questões de gênero. A presente pesquisa, de forma geral, possui o propósito de aumentar os escassos estudos sobre o contexto de “saúde-adoecimento” no sistema socioeducativo do DF, aproximando-se de estudos já realizados pela UnB, mas, de forma pioneira, colocando como objeto os gestores da SUBSIS.

---

<sup>2</sup> Bases de dados: Google acadêmico, Scielo, Applied Social Sciences Index and Abstracts – ASSIA (Proquest); ERIC (Education Resources Information Center), Érudit, Europeana, Artemis Primary Sources (Gale), Gallica Digital Library, Oxford Journals, Persée, REDALYC - Red de Revistas América Latina, Caribe, España y Portugal, SAGE Journals Online, SCOPUS, SLAVERY and Anti-Slavery Collection (Gale), SocINDEX with Full Text (EBSCOhost), SOCIAL Services Abstracts (ProQuest), Sociological Abstracts (ProQuest), Web of Science, SIBI-USP. Nelas pesquisaram-se os tópicos (assuntos) - “Mulheres na gestão da administração pública”; “Mulheres e gestão na administração pública”; “Trabalho Feminino”, “Mulheres”, “Gênero”, “Gestão”, “Socioeducação”; “Women in public administration management”; “Women in public administration”; “Women”, “Management”, “Gender”, “Social Education”, “Women’s work”, durante o intervalo de 2013 a 2018.

### *Saúde, sob os aspectos de qualidade de vida, burnout e contexto de trabalho*

Em tempos recentes, muito se tem estudado sobre a organização do trabalho, mas pouco dispomos de dados clínicos que amparem o gestor nas dificuldades enfrentadas em seu cotidiano, sob o ponto de vista da saúde.

Segre (1997), ao considerar a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS (1948), divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, acrescenta que, a saúde é um direito social inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição socioeconômica, sendo, ainda, constituída sob um valor coletivo.

Sob a ótica da psicossomática, Bion (1988) ressalta que o psíquico responde ao corporal e vice-versa, havendo, portanto, um sistema onde não se delinea uma nítida divisão entre ambos. Desse modo, as injunções sociais atuam sobre este aparato complexo que é o sujeito. Saúde implica estilo e ritmo de vida culturais, modalidade da organização do trabalho, vida urbana, entre tantos outros fatores, remetendo a uma suposta unidade “socio-psicossomática”.

No que diz respeito, especificamente, ao impacto da natureza do trabalho na sociedade contemporânea sobre o sujeito, a psicodinâmica do trabalho traz grandes contribuições ao analisar as formas de organização do trabalho que dificultam o trabalhador de manter seu funcionamento mental pleno, tendo, assim, que lançar mão de um processo de repressão da vida “fantasmática” que o induz a responder à excitação através da somatização (Dejours, 1980).

Para tecer considerações sobre a “unilateralidade” da definição de saúde dada pela OMS, há que se discutir o conceito de “qualidade de vida”. Dentro da bioética e do conceito de “autonomia”, entende-se que “qualidade de vida” seja algo intrínseco, somente passível de ser avaliado pelo próprio sujeito. Prioriza-se a subjetividade, uma vez que, de acordo com o conceito de Bion (1988), a realidade é a de cada um. Não há rótulos de “boa” ou “má” qualidade de vida, embora, a saúde pública, para a elaboração de suas políticas, necessite de “indicadores”.

Assim, são imprescindíveis, dentro de uma sociedade, estatísticas que apontem índices de “saúde-doença”. De modo geral, a doença não pode ser definida, é claro, apenas sob análises estatísticas. Para sua definição faz-se mister considerar aspectos físicos, mentais, sociais e os que se situarem fora da, assim chamada, “normalidade”.

*O adoecimento é um processo que se desenvolve em um continuum e é concebido ao longo de um eixo temporal do qual se estabelecem os confrontos entre força vital e força desestabilizadora. É um processo de interação continuada, que é o processo saúde-doença. Saúde mental é uma dimensão associada desse processo, necessariamente visto em seu todo. Não existe adoecimento mental que se constitua isoladamente do corpo e das interações humanas. Saúde mental não pode ser confundida com adaptação (Canguilhem, 1990, p. 257).*

Desse modo, Canguilhem (1990) define saúde como um estado ideal em que as forças vitais predominam na harmonização da variabilidade biopsicossocial, próprias dos princípios psico-orgânicos humanos, imersos no percurso existencial e na vida social.

Sob o ponto de vista filosófico humanista-existencial, de acordo com Ribeiro (2012), a consciência é uma totalidade indivisível. O fenômeno é a totalidade consciente.

*Mesmo quando não se apreendeu toda a realidade e se pensa que teve acesso à realidade toda, a consciência continua dividida entre realidade e fantasia. A consciência é um lugar onde as coisas se processam, onde relações criam compreensão, onde eventos são ligados por relações de compreensão. Lugar significa um centro, um ponto de convergência onde as informações da realidade externa, combinando-se encontram significado. A consciência não produz conhecimento, ela é o lugar onde as coisas, os eventos se fazem inteligíveis (...). Até que ponto eu capto a realidade como ela é ou como eu penso que ela é? (Ribeiro, 2012, p. 83).*

Nessa direção, esta pesquisa buscou identificar e descrever características sob óticas diferentes e complementares, ou seja, o intuito é que, a partir da descrição do perfil do gestor e de processos de saúde-doença, a autopercepção da realidade interna e os aspectos externos (institucionais) pelos quais convergem o sentido do trabalho possam vir à tona. Conseqüentemente, pode ser “a porta estandarte” para se (re)pensarem espaços de reflexões, visando ao desenvolvimento de propostas atreladas à política pública de saúde mental direcionadas à gestão da socioeducação do DF.

Primeiramente, a questão central que motivou este estudo foi: como está “a fotografia” de saúde dos gestores que atuam na execução de medidas socioeducativas no Distrito Federal?

Considerando a saúde como uma “arte” indivisível, integral, sob a esfera transdisciplinar, o tema do presente estudo são as relações entre qualidade de vida, sob o ponto de vista da saúde; *burnout*; condições estruturais e sócio-relacionais de trabalho e a gestão do sistema socioeducativo do Distrito Federal.

Parte-se do pressuposto de que, quando em período prolongado no exercício de uma função gerencial, o gestor pode desenvolver a síndrome de *burnout* e ser afetado em sua qualidade de vida, em termos de saúde mental.

Logo, se houver indícios de que o ambiente de trabalho está adoecido, presume-se que seja maior a possibilidade de piora na execução das atribuições do sistema socioeducativo do Distrito Federal, havendo, conseqüentemente, interferências negativas na coordenação, na articulação e no atendimento dos demais componentes do sistema socioeducativo. Assim, esse processo pode acarretar a ineficácia da política pública, pois as dificuldades da gestão podem levar a uma organização do trabalho engessada e ineficiente, fenômeno este já apontado em trabalhos anteriores para as unidades de execução do sistema (Amaral, 2008; Baptista, 2013).

Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa pautou-se em verificar um estágio prévio ao da avaliação sobre a eficácia da política pública: identificar e descrever a gestão sob a ótica da saúde. De forma geral, buscou-se estudar as relações entre a qualidade de vida dos gestores e os fatores preponderantes de *burnout*, relacionados ao contexto de trabalho no sistema socioeducativo do Distrito Federal. Para isso, foi descrito o perfil sociodemográfico dos gestores; identificou-se os níveis de desenvolvimento de *burnout*, a ocorrência da síndrome e os processos de saúde física e mental sobre a qualidade de vida dos gestores da socioeducação do Distrito Federal, relacionados ao contexto de trabalho.

Especificamente no primeiro artigo, a pergunta substancial que norteou o trabalho foi: Os gestores apresentam índices e/ou características de *burnout*? A partir de dados sociodemográficos, a análise inicial implicou a identificação do perfil dos gestores do sistema socioeducativo do DF, dividindo-os em dois grupos hierárquicos, a saber: o primeiro referente àqueles cargos hierárquicos de execução para coordenação, planejamento e gestão; e o segundo em relação à execução operacional de gestão e assessoramento, a fim de comparar as semelhanças e diferenças sob aspectos de saúde mental. Esse artigo também retratou os índices de *burnout* dos gestores do sistema socioeducativo do DF.

Em seguida, o segundo artigo visou apresentar e descrever os níveis de saúde desses gestores sob os aspectos físico e mental. Nele foi possível avaliar a qualidade de vida da equipe gestora. A partir dos dois grupos hierárquicos descritos no primeiro artigo, apresentadas as semelhanças e diferenças, foram destacados os domínios de saúde física e de saúde mental dos gestores desses grupos, através de uma análise comparativa. No que diz respeito à saúde do gestor, a “fotografia

da qualidade de vida” é fundamental tanto para o bem individual quanto para o coletivo, sob diversos aspectos, tendo em vista que os benefícios são maiores quando se tenta evitar que uma certa disfunção possa atrapalhar o funcionamento da organização.

O terceiro artigo retratou essencialmente o contexto de trabalho dos gestores do sistema socioeducativo do DF, identificando os aspectos “demanda”, “apoio” e “controle” no trabalho propostos por Karasek (1985), através do *JCQ*. Após identificar e descrever os processos de *burnout* e qualidade de vida da equipe gestora do sistema socioeducativo do DF, foram realizadas as relações entre os fatores institucionais (demanda, apoio e controle organizacional), os domínios sobressalentes da saúde física e saúde mental, de acordo com o *SF-36*, e os níveis de esgotamento emocional, despersonalização e realização pessoal, tendo como referência o *MBI-HSS*.

Portanto, neste estudo, a partir da identificação das variáveis sociodemográficas e dos questionários aplicados, evidenciou-se o grau de validade interna. Verificou-se também se e quais fatores relacionados ao trabalho, como recursos e disponibilidade de condições e materiais para a execução de tarefas, estavam ligados ou não à qualidade de vida vivida pelos gestores, bem como se houve *burnout* ou não como consequência das demandas relacionadas ao trabalho.

Finalmente, após essa apresentação geral, ressalta-se que a disposição desta dissertação em formato de artigos visa à difusão epistemológica, de forma a viabilizar maior acesso à comunidade científica e àqueles que se interessam pelas especificidades dos temas, para além da totalidade do universo “saúde mental”.

## Artigo 1 – Níveis, Síndrome de *Burnout* e Perfil Gestor da Socioeducação do Distrito Federal, à luz de uma análise estatística descritiva em Saúde Mental

Tatiana de Paula Soares<sup>1</sup>  
Jorge Ponciano Ribeiro<sup>2</sup>  
*Universidade de Brasília, Brasil*

### RESUMO

Pesquisas demonstram que a sobrecarga, o desgaste emocional e a falta de realização pessoal afetam a saúde dos trabalhadores. O presente estudo objetivou identificar o perfil gestor do atendimento socioeducativo do Distrito Federal, verificar e descrever a frequência dos graus de *burnout*, além de identificar a ocorrência da síndrome na equipe gestora. Dos participantes, 103 acessaram a pesquisa e destes, 48 finalizaram todos os 105 itens – questões sociodemográficas e de aspectos de saúde relacionadas ao desenvolvimento de *burnout*, e os três questionários aplicados. Para este estudo, foram considerados os primeiros 37 itens que avaliaram o perfil gestor e o questionário *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)*. Através da análise estatística descritiva, teste de hipóteses não paramétrico, correlações, análise fatorial e regressão múltipla, destacou-se que nos dois grupos subdivididos por categorias hierárquicas – o primeiro relacionado aos gestores ocupando cargos de execução para coordenação, planejamento e gestão, e o segundo, que englobam a execução operacional de gestão e assessoramento – que não há diferenciação no que se refere a apresentação da síndrome. Para ambos os grupos que apresentaram a síndrome, 29% desenvolveram a síndrome, sobressaindo o alto nível de exaustão emocional. Dos 48 participantes, 70% apresentaram alto grau de esgotamento emocional. A partir disso, os resultados sugerem a urgência do planejamento de uma política pública de prevenção e atenção à saúde mental, considerando os fatores que conduzem ao esgotamento emocional e à insatisfação na realização pessoal aos trabalhadores que gerenciam o sistema socioeducativo no Distrito Federal, foco desta pesquisa.

**Palavras-chave:** *burnout*, saúde, gestão, sistema socioeducativo.

### ABSTRACT

Research shows that overload, emotional exhaustion and lack of personal fulfillment affect workers' health. The present paper aimed to identify the managerial profile of socio-educational system in the *Distrito Federal*, Brazil, to verify and describe the frequency of the burnout levels, as well as to identify the occurrence of the syndrome in the management team. Of the participants, 103 accessed the survey and of these, 48 completed all 105 items - sociodemographic issues further health aspects and the three applied questionnaires. For this study, it was considered only the first 37 items that evaluated the manager profile and the Maslach Burnout Inventory-Human Services

---

<sup>1</sup> Especialista Socioeducativa da SEJUS/DF. Aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Mestre em Psicologia Clínica, Psicopatologia e Psicologia da Saúde da Universidade Federal de Toulouse *Jean Jaurès*, França. E-mail: tatiana.soares@gmail.com

<sup>2</sup> Orientador da Pesquisa. Professor titular emérito da UnB e Unimontes (Phd). Fundador e presidente do IGTB, *charter member of the IGTA*.

Survey (MBI-HSS), on likert scale. Through descriptive statistical analysis, nonparametric hypothesis test, correlations, factor analysis and multiple regression, it was highlighted in the results that of the two groups subdivided by hierarchical categories - the first one related to managers occupying positions for coordination, planning and management and the second one to those encompassing the operational execution of management and advisory - it was found that there is no differentiation of those who presented the syndrome. For both groups that presented the syndrome, 29% showed the burnout syndrome, highlighting the high level of emotional exhaustion. Of the 48 participants, 70% had a high level of emotional exhaustion. From this, the results suggest the urgency of planning a public policy for mental health prevention and attention, considering the factors that lead to emotional exhaustion and low personal accomplishment for workers who manage the socio-educational system, especially in this research, in the *Distrito Federal*, Brazil.

**Keywords:** burnout, health, management, socio-educational system.

## Introdução

Estudos revelam que *burnout* pode ser considerado um grande problema no mundo profissional. Como consequência de um processo de estresse crônico, vale ressaltar que, na Europa, o estresse aparece como um dos fatores mais importantes em relação à diminuição da qualidade da saúde na década de 90 (Golembiewsk, 1999).

Nas pesquisas sobre *burnout*, Schaufeli & Greenglass (2001) verificaram que o *burnout* é a resposta a um estado prolongado de estresse e ocorre pela cronificação deste na tentativa de se adaptar a uma situação claramente incômoda no trabalho. O estresse pode ter aspectos positivos ou negativos, enquanto o *burnout* é sempre negativo e relacionado ao mundo do trabalho do indivíduo, com a exaustiva atividade profissional.

Hans Selye definiu o estresse em seus primeiros estudos na área da saúde na década de 1930, como uma “síndrome geral de adaptação” na qual o organismo visa readquirir a homeostase perdida diante de certos estímulos (Malagris & Fiorito, 2006). Lipp e Malagris (1995); Selye (1974) redefiniram o termo estresse como “resposta não específica do corpo a qualquer exigência”.

*Burnout* é um termo proveniente da gíria inglesa (*burn + out*) utilizada para sintetizar queima total, na engenharia aeronáutica. Nas ciências sociais é sinônimo de desgaste humano. No jargão popular inglês, se refere àquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia. Enfim, uma metáfora para significar aquilo, ou aquele, que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico ou mental (Benevides-Pereira, 2012). O termo



*burnout* foi introduzido para se referir a um fenômeno observado entre os trabalhadores de serviços humanos que precisavam lidar com indivíduos emocionalmente exigentes.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1999) indicou a relevância do *burnout* como um problema de saúde pública, em que convocou um grupo internacional de estudiosos do assunto como *Cherniss* dos Estados Unidos da América, *Cooper* do Reino Unido, entre outros, a fim de elaborar medidas para a sua prevenção. Na Suécia, estima-se que a síndrome de *burnout* contribua com mais do que o dobro de ausências para o trabalho (Mausner & Eaton, 2001).

A síndrome de *burnout* não consta no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5* – que oferece uma linguagem comum e critérios padrão para a classificação de transtornos mentais, 5.<sup>a</sup> edição, feito pela Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association, 2015). Esta foi incluída recentemente, em 2018, no *International Classification of Diseases – ICD* (Código Internacional de Doenças) - CID, 11.<sup>a</sup> edição (*ICD-11-Mortality and Morbidity Statistics*, 2019), como a síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizado por três dimensões: sentimentos de esgotamento ou diminuição de energia; aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho de alguém; e, eficácia profissional reduzida. No CID-11, *burnout* refere-se especificamente a fenômenos no contexto profissional (ocupacional) e não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida.

Nas leis trabalhistas brasileiras, *burnout* consta como doença do trabalho, conforme Decreto Nacional 3048/99: – Artigo II dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais ou do Trabalho, identificando a causa da Síndrome de *Burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional por "ritmo de trabalho penoso", classificado pelo código Z56.3 do *International Classification of Diseases (ICD-10)*, 2016). O Decreto Nacional Brasileiro nº. 6.042, de 12 de fevereiro de 2007, que alterou o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº. 3.048, de 06 de maio de 1999, inseriu na lista B, a síndrome de *burnout*, no título sobre transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho.

De acordo com o *Guidelines for the Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial disorders: Staff Burnout* (WHO, 1999), a exaustão emocional abrange sentimentos de desesperança, solidão, tristeza, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão, sensação de baixa energia, fraqueza e preocupação. Levanta-se a possibilidade de estar associada a cefaleias, náuseas,

tensão muscular, dor lombar ou cervical e, distúrbios do sono. O distanciamento afetivo, denominado despersonalização, provoca a sensação de alienação em relação aos outros, sendo a presença destes, muitas vezes, desagradável e não desejada. Já a baixa realização profissional ou baixa satisfação com o trabalho pode ser descrita como uma sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é realizado não tem valor. O trabalhador não vê mais sentido na sua relação com o trabalho, de forma que já não importa mais fazer qualquer esforço, pois tudo já lhe parece ser inútil (Codo & Vasques, 1999).

Outro estudo avaliou a associação entre transtornos psiquiátricos e nível do cargo ocupado em oficiais do governo japonês para detecção de estresse, transtornos psiquiátricos e síndrome de *burnout*. Como resultados, encontraram-se várias correlações. A primeira é que quanto maior o nível de estresse associado ao precário apoio da organização ao funcionário, maior a probabilidade de desenvolver síndrome de *burnout*. E a segunda é que quanto mais forte for o apoio da organização, menor a tendência em se desenvolver depressão. Constatou-se que oficiais ocupando cargos de alto nível recebiam menor apoio organizacional e estavam mais severamente deprimidos quando comparados a oficiais em cargos hierarquicamente mais baixos (Nadaoka, Kashiwakura, Oiji, Morioka & Totsuka, 1997).

Os profissionais mais suscetíveis ao desenvolvimento da síndrome de *burnout* são os de natureza assistencial (Benevides-Pereira, 2012) que trabalham diretamente em contato com outras pessoas, muitas vezes cuidando delas, como no caso dos profissionais de saúde ou tendo, simplesmente, que lidar com elas, como no caso dos profissionais de educação.

Schaufeli & Greenglass (2001), em um levantamento no período de 1976 a 1996 envolvendo 974 teses de doutorado, encontraram a utilização do Inventário de Serviços Humanos de *Burnout* de Christina Maslach (*MBI-HSS*) em 59% delas; em 498 artigos indexados no mesmo período, o *MBI-HSS* foi utilizado em 93% deles. As publicações contendo sua utilização encontram satisfatória consistência interna nas três subescalas, com  $\alpha$  variando de 0,70 a 0,90.

Este é um inventário psicológico introspectivo composto por 22 itens e está relacionado à frequência com que as pessoas experimentam determinadas situações em seu ambiente de trabalho. A exaustão emocional é um sinal claro de angústia no trabalho. A despersonalização (DE) caracteriza-se pela falta de energia e envolvimento ativo no trabalho, é difícil manter-se motivado. *Burnout* é a perda de confiança. Quanto menos eficaz a pessoa se sentir, mais terá dúvidas

incômodas sobre o valor pessoal e a realização pessoal. Esse sentimento de realização pessoal enfatiza a eficácia e o sucesso em ter um impacto benéfico nas pessoas (Maslach, 1993).

Segundo Schaufeli (1999), a hipotética relação entre as escalas que caracterizam a síndrome é que o esgotamento emocional é uma resposta a estressores emocionais no trabalho e é a primeira fase do *burnout*. O indivíduo pode tentar lidar com os estressores afastando-se deles, desenvolvendo uma resposta de distanciamento afetivo (despersonalização) em relação às pessoas. Quando ocorre a "despersonalização", o indivíduo tende a avaliar-se criticamente em relação à sua "realização profissional".

Para a enumeração dos fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout*, a OMS (WHO, 1999) informou que são levadas em consideração quatro dimensões: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade.

Dentre os fatores relacionados à organização (Maslach, 1993; Schaufeli & Greenglass, 2001) que influenciam o desenvolvimento de *burnout* destacam-se: burocracia (tempo gasto no preenchimento de formulários, relatórios, participação em reuniões administrativas), falta de autonomia, regras estritas, frequente mudanças nas regulamentações (induzindo o trabalhador a erros), falta de confiança entre os membros da equipe, comunicação ineficiente e o ambiente físico e os riscos, incluindo calor, frio e ruído excessivo ou insuficiente iluminação, falta de higiene, alto risco tóxico e até a vida (gerando sentimentos de ansiedade, medo e impotência).

As Diretrizes do *Guidelines for the Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial disorders: Staff Burnout* (WHO, 1999) revelaram que as características individuais podem estar associadas a altas taxas de *burnout*. Os tipos de personalidade dessas características propensos ao desenvolvimento de *burnout*, segundo Maslach (1993) e Schaufeli & Greenglass (2001) que sobressaem-se são: super desenvolvimento (indivíduos empáticos, sensíveis e humanos, com dedicação profissional, altruístas, obsessivos e entusiastas); indivíduos pessimistas, perfeccionistas, com grandes expectativas, e que tentam controlar outros (têm dificuldade em delegar tarefas e é difícil trabalhar em grupo). Além disso, se apresentam com *locus* de controle interno (pessoas que acreditam que estão no controle da situação, enfrentando situações adversas com otimismo e uma oportunidade para aprender) e sem resistência ao estresse (indivíduos competitivos, bastante trabalhadores e impacientes, com excessiva habilidade de controlar situações, dificuldade de tolerar frustração. Consideram que suas possibilidades e eventos da vida são consequência da capacidade de outros, sorte ou destino).

Em relação às características de gênero, as mulheres apresentam maiores pontuações na escala "exaustão emocional" e homens na escala "despersonalização" do Inventário de *Burnout*. Sobre o nível de escolarização, em geral, é alto (ensino superior) e a respeito do estado civil, há maior risco em solteiros, viúvos ou divorciados (Maslach, 1993; Schaufeli & Greenglass, 2001).

Aos fatores relacionados ao trabalho associados à síndrome de *burnout*, referenciados pela OMS (WHO, 1999), Maslach (1993) e Schaufeli & Greenglass (2001) indicam: a sobrecarga (acarretando excesso de quantidade ou qualidade de demandas que excedam a capacidade de desempenho, devido a insuficiência técnica, tempo ou infraestrutura organizacional); o baixo nível de controle de atividades ou eventos no trabalho (a pressão no trabalho resulta principalmente no aparecimento de exaustão emocional); a baixa participação nas decisões de mudança organizacional e o suporte organizacional precário. O trabalho por turno e escalas noturnas levam a problemas físicos e transtornos psicológicos, sendo mais propensos aqueles que precisam fazer alterações em períodos a cada 2 ou 3 dias, alternando do dia para a noite e vice-versa. E ainda, relações conflitantes entre colegas com conflitos e ambiguidade de função.

Desta forma, *burnout* interfere nos níveis institucional, social e pessoal. Como consequência desta síndrome, a instituição pode ter um aumento em seus gastos (tempo, dinheiro) com a consequente rotatividade de funcionários, bem como o seu absenteísmo (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001).

Enquanto política pública, a socioeducação foi regulamentada pela lei 12.594 - SINASE (2012), para constituir princípios e valores de forma a regulamentar a aplicação de medidas socioeducativas a adolescentes aos quais se atribui autoria de ato infracional pelo sistema judiciário (Brasil, 1990).

*Aos gestores e profissionais responsáveis pela execução do atendimento socioeducativo compete problematizar os significados cristalizados e reducionistas, de maneira a considerar o cometimento de atos infracionais como fenômeno complexo e multideterminado sobre o quais ações socioeducativas de cunho crítico e emancipatório podem gerar rupturas transformadoras (Bisinoto et al., 2015, p. 575).*

Ainda distante da ótica conceitual descrita por Bisinoto et al., (2015), no que diz respeito à realidade do sistema socioeducativo do Distrito Federal, especialmente aos fatores institucionais e de trabalho, de acordo com Marçal (2007), uma consequência da não disseminação e internalização sobre 'como fazer' é a redução do trabalho de gestão a atividades de ordem técnico-burocráticas, em resposta aos requerimentos advindos do sistema de justiça.

É notório que a coletividade frente ao diálogo para a construção diária de novos 'saberes e fazeres' fica em segundo plano, tendo em vista que o tempo é essencialmente dispendido à execução de atividades que denotam uma espécie de 'defesa registrada' com justificativas para as denúncias e ausências de encargos, que muitas vezes, caracterizam-se pela precariedade e escassezes do sistema. Esse processo se dá por meio da confecção de pareceres e ofícios recorrentes, 'escudados' por regulamentos que ponderam as ausências de insumo, competências, e, de pessoal, diante a dificuldade do cumprimento de fato das ações sociopsicopedagógicas das medidas.

Assim, faz-se necessária a significação não somente conceitual e metodológica acerca do 'fazer' socioeducativo, e sim, algo que precede: refiro-me à identificação do próprio sentido e significância para si, enquanto profissional, do exercício cotidiano de executar atividades de gestão em uma política pública transversal de tamanha complexidade. A partir de então, procede a busca de estratégias e enfrentamento para lidar com as respectivas angústias, ansiedades e sensação de impotência advindos das frustrações inerentes a este ambiente de trabalho.

Considerando que o sistema socioeducativo brasileiro ainda não avançou quanto ao exercício da prática socioeducativa de acordo com os conceitos e pressupostos metodológicos, Bisinoto (2017) propõe ainda que a docência na socioeducação se abasteça de novas práticas calcadas na coletividade, ainda que haja discordâncias entre os profissionais e aqueles inseridos na comunidade socioeducativa, para que o processo interativo possibilite transformações nas construções sociais ativas, não apenas teóricas, mas empíricas.

Com isso, as questões que motivaram o desenvolvimento deste artigo foram: Os gestores do sistema socioeducativo do Distrito Federal apresentam índices de *burnout*? Há relação entre o cargo ocupado e o nível de esgotamento emocional e de realização pessoal desses gestores? Nesse sentido, existe diferenciação por complexidade da função e entre os tipos de medida socioeducativa, considerando as de meio aberto, semiliberdade e de internação? A pergunta central foi: Os gestores estão apresentando características do desenvolvimento de *burnout* e/ou vivenciando a síndrome?

Para tanto, este artigo objetivou identificar e descrever o perfil dos gestores, comparando as semelhanças e diferenças sob os índices de *burnout* de dois grupos de posições hierárquicas relacionadas ao planejamento e à operacionalização do sistema socioeducativo do Distrito Federal.

Especificamente, pretendeu-se neste estudo:

- identificar e descrever os aspectos relacionados às características sociodemográficas, atividade laboral, trabalho doméstico, atividades educacionais, de lazer e hábitos vida dos gestores da socioeducação do Distrito Federal;

- identificar e descrever os índices de *burnout* entre esses gestores, apresentando níveis de despersonalização e/ou esgotamento emocional, e/ou realização pessoal, a partir do questionário de *burnout* MBI-HSS, e;

- para descrever os índices de *burnout*, verificar se a estrutura original do MBI-HSS com 22 itens representa de maneira fidedigna a variabilidade dos dados coletados sobre os gestores do sistema socioeducativo do DF.

Para este estudo, a primeira hipótese prediz que gestores que ocupam posições hierárquicas superiores com níveis de responsabilidade gerencial mais elevados, com alta complexidade e numerosas atribuições inerentes ao respectivo cargo apresentam maior propensão de *burnout*, sob aspectos de despersonalização e/ou esgotamento emocional e/ou insatisfação relacionada ao nível de realização pessoal.

A segunda hipótese foi de que, em período prolongado, sob cargos de gestão - aqui, considerou-se a partir de um ano contínuo no exercício da mesma função ou em diferentes funções de gerenciamento - os gestores que trabalham na execução de medidas socioeducativas no Distrito Federal, podem apresentar mais propensão ao desenvolvimento de *burnout* do que àqueles que estão em período inferior a estas condições.

Aqui, o prazo de um ano foi escolhido pela alta rotatividade em ocupação de cargos gerenciais, considerando que, grosso modo, a manutenção para ocupação em cargos gerenciais não está atrelada somente à perfil e competência técnica. Com isso, quero dizer que, para a ocupação da maior parte dos cargos, a decisão envolve questões político-governamentais, em que, culturalmente na administração pública brasileira, quando se alteram governantes e lideranças partidárias muda-se o quadro de pessoal (gestor). Assim, dentre o período de quatro anos (eleitoral), surgem alterações internas frequentes, visto que, nem via de regra e nem por exceção, profissionais são selecionados por critérios adversos ao de conhecimento e prática gestora no âmbito da socioeducação, logo, é comum a transitoriedade entre cargos gestores.

## **Método**

## *Participantes*

A presente pesquisa foi realizada no sistema socioeducativo da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal – SEJUS-DF, para os 218 gestores<sup>3</sup> que compõem o organograma da estrutura de cargos dessa instituição. Destes, cerca de 180 contavam com *e-mails* atualizados e tiveram acesso ao convite de participação deste estudo, 103 começaram a responder os questionários e 48 finalizaram o preenchimento de todas as questões.

Pressupõe-se que fatores culturais brasileiros relacionados à desvalorização da importância social de participação em pesquisas científicas, bem como o tempo despendido para atender questões não relacionadas às tarefas cotidianas, são elementos que possam ter interferido para que 55 participantes não preenchessem todas as questões de pesquisa.

Para identificar o perfil dos gestores do sistema socioeducativo do Distrito Federal, a pesquisa foi dividida em dois grupos. O Grupo 1 (com 12 participantes) referiu-se aos cargos hierárquicos de execução para coordenação, planejamento e gestão, podendo contemplar as funções de coordenador geral; coordenador; chefe e diretor. É composto por 8 mulheres, 4 homens,  $M_{idade} = 39$ , com idade variando entre 29-46 anos. Do estado civil, 6 são solteiras; 3, solteiros; e, 2 gestoras e 1 gestor estão em "algum tipo de relacionamento". A renda mensal de 66% dos gestores deste grupo é cerca de R\$ 5,000 e R\$ 7,000, enquanto que 33% possuem uma renda mensal entre R\$ 8,000 e R\$ 10,000. Além disso, metade desses gestores trabalha em sua respectiva função por no máximo um ano. E o mais antigo (homem) está no mesmo cargo há 3 anos. Com relação à saúde, 75% (9 de 12) dos participantes do Grupo 1 relataram não possuir nenhum diagnóstico de doença crônica e todos afirmaram ter algum suporte emocional para lidar com problemas em geral, porém apenas uma gestora passa por processo psicoterapêutico.

O Grupo 2 (com 36 participantes), diz respeito aos cargos hierárquicos de execução operacional de gestão e assessoria, podendo contemplar as funções de vice-diretor; gerente; assessor; assessor da escola; chefe sob horário de plantão; e supervisor. Este grupo incluiu 24 mulheres, 12 homens,  $M_{idade} = 40$ , com idades entre 28-59 anos, sendo 12 solteiras e 11 solteiros; e, 12 gestoras e 1 gestor em "algum tipo de relacionamento". Outra característica deste grupo é que cerca de 61% tem renda mensal entre R\$ 2,000 e R\$ 7,000, e 38% tem renda mensal acima de

---

<sup>3</sup> Dados fornecidos pela atual Coordenação de Políticas e Atenção à Saúde de Jovens e Adolescentes da SEJUS-DF em março de 2019.

R\$ 8,000. De maneira análoga ao Grupo 1, metade do Grupo 2 tem no máximo 1 ano de cargo comissionado, entretanto, o mais antigo (homem) está na função há 7 anos. Diferente do grupo anterior, cerca de 36% relataram ter pelo menos um diagnóstico de doença crônica. Apenas um participante (homem) do grupo 2 afirmou não ter nenhum apoio emocional para lidar com problemas, enquanto que cerca de 22% (8 de 36) estão em processo psicoterapêutico.

Com relação às outras atividades fora da SEJUS-DF realizadas pelos 48 participantes, 66% afirmaram que se ocupam em tarefas domésticas, sendo 24 mulheres e 8 homens. Dos 37% que executam atividades vinculadas à educação dos filhos, verificou-se 11 mulheres e 7 homens. Dos gestores se ocupam em outros cursos, os quais totalizam 31% participantes, 12 são mulheres, e, 3, homens. Há também, 18% em outros empregos. Cerca de 60% dos participantes consideram-se "parcialmente satisfeito(a)" com o tempo destinado à lazer, cultura, esporte e/ou arte. Enquanto que, apenas 22% afirmaram estar "totalmente satisfeito(a)". Dos 'parcialmente e totalmente' satisfeitos, 26 são mulheres, e, 14, homens. Por fim, 16% não estão 'nada satisfeitos' com o tempo destinado a essas atividades.

### ***Materiais***

Toda a pesquisa contou com o preenchimento de três questionários (Anexos B, E e F) que avaliam a saúde, além de questões sociodemográficas e relacionadas aos fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout* (Anexo A), considerando as dimensões institucionais e individuais (WHO, 1999; Maslach, 1993; Schaufeli & Greenglass, 2001). A maioria das medidas consistiu em itens classificados em escalas *likert*.

Para este artigo, analisaram-se as questões sociodemográficas e as relacionadas a fatores institucionais e individuais de risco para o desenvolvimento do *burnout*, além do Inventário proposto por Christina Maslach (Maslach, 1993).

Considerando que a maioria das pesquisas sobre *burnout* envolve estudos transversais usando modelos estatísticos (Codo et al., 2004), com o intuito de identificar e/ou descrever a predisposição à síndrome de *burnout*, o *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)* foi escolhido por ser atualmente o mais utilizado mundialmente, representando mais de 90% da pesquisa empírica (Schaufeli & Greenglass, 2001). Cada escala mede sua própria dimensão única de *burnout*. Maior "esgotamento emocional" e "despersonalização" contribuem para o



*burnout*, enquanto maior "realização pessoal" reduz o *burnout*. A síndrome de *burnout* é considerada se: a pontuação de "esgotamento emocional" estiver acima do percentil 90 ou a pontuação de "despersonalização" for percentil 90 ou acima ou a pontuação da "realização pessoal" for percentil 10 ou abaixo (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

Para avaliar se a estrutura original do *MBI-HSS* poderia ser aplicada aos dados coletados, foi realizada uma análise fatorial com rotação varimax para testar o ajuste do modelo hipotético de três fatores: esgotamento emocional (EE), despersonalização (DE) e realização pessoal (RP). Análises descritivas (como média e desvio padrão obtidas para cada um dos três fatores) também foram realizadas, a fim de testar se houve diferença significativa nos níveis de *burnout* entre os dois grupos de participantes (subdivididos de acordo com a hierarquização dos cargos).

A análise fatorial confirmatória visou avaliar a adequação dos dados coletados ao modelo original do *MBI-HSS* por meio dos índices: Índice de Bondade de Ajuste (ou *Comparative Fit Index - CFI*), Índice Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis Index - TLI*) e *RMSEA (Root-Mean-Square Error of Approximation)*. Modelos adequados têm valores de *CFI* e *TLI* acima de 0,90; e, *RMSEA* abaixo de .06 (Hu & Bentler, 1999). Após a análise fatorial confirmatória, a consistência interna das respostas foi verificada pelo coeficiente alfa de Cronbach. Este coeficiente varia de 0 (zero) a 1 (um), sendo classificada sua propriedade como muito boa (>0,90), boa (entre 0,80 e 0,90), razoável (de 0,70 a < 0,80), fraca (de 0,60 a 0,70) e inadmissível (<0,60) (Pestana & Gagueiro, 2014).

Dado que um dos objetivos da pesquisa foi avaliar se houve diferença significativa entre os níveis de estresse à propensão de desenvolvimento de *burnout*, de acordo com os cargos ocupados pelos gestores, utilizou-se o teste não paramétrico de *Wilcoxon-Mann-Whitney*.

Todas as análises foram realizadas usando o *software* livre R-3.6.1 (R Core Team, 2019).

### ***Procedimentos***

Como forma de garantir o anonimato e a confidencialidade dos participantes, o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* foi enviado por *e-mail* introduzindo o convite de participação à pesquisa, informando sobre os riscos, objetivos, finalidades e benefícios do voluntário deste estudo, garantindo também que a equipe de pesquisa não tenha acesso, em nenhum momento, à identificação dos participantes.

O convite para participar foi enviado aos ocupantes de cargos em comissão por meio da plataforma *online LimeSurvey*, pela atual Coordenação de Políticas e Atenção à Saúde de Jovens e Adolescentes da SEJUS-DF, nos meses de fevereiro e março de 2019 aos ocupantes de cargos em comissão.

A amostra foi validada considerando a representatividade do número total de entrevistados que preencheram todos os instrumentos de pesquisa (n= 48). O tempo médio para encher todos os instrumentos foi de aproximadamente 40 minutos.

## Resultados

Inicialmente foi traçado um perfil socioeconômico dos participantes para identificar as principais características da amostra estudada. Além disso, foram observados tratamentos psicoterapêuticos ou outro tipo de apoio emocional; e, em seguida, domínios individuais e institucionais ligados ao desenvolvimento de *burnout*.

Sobre as características individuais e principais índices de *burnout*, ligados aos fatores – tipos de personalidade, constatou-se conforme a Tabela 1:

Tabela 1

*Gestores e os principais índices de características individuais de burnout*

<i>Fatores - Tipos de Personalidade</i>	<i>Características</i>
Super desenvolvimento.	"Sou empático(a), sensível, humano(a), com dedicação profissional, altruísta, obsessivo(a), entusiasta", 68% "concorda parcialmente" e 27% "concorda totalmente".
Locus de controle interno.	"Possuo domínio da situação em meu ambiente de trabalho", 60% "concorda parcialmente", 25% "concorda totalmente" e 10% "discorda parcialmente".
Indivíduos com grandes expectativas.	"Posso deixar de ser realista e ter grandes chances de me decepcionar", 29% "concorda parcialmente" e 12% "concorda totalmente".

**Nota.** Fonte: Maslach, 1993; Schaufeli & Greenglass, 2001.

Com isso, apreendeu-se que 85% dos gestores acreditam possuírem habilidade de controle (*locus* interno), 95% se veem com super desenvolvimento e 41% se percebem com altas expectativas.

De acordo com a Tabela 2, os fatores relacionados à instituição que influenciaram o desenvolvimento de burnout aos gestores foram:

Tabela 2

*Aspectos da instituição e o desenvolvimento de burnout dos gestores*

<i>Fatores</i>	<i>Consequências</i>
Burocracia.	"Você considera que há gasto de tempo excessivo e energia para execução de tarefas, tais como: preenchimento de relatórios, documentos, e, reuniões", 41% "concorda parcialmente" e 12% "concorda totalmente".
Frequente mudanças nas regras e regulamentações.	"Você considera que ocorrem mudanças organizacionais frequentes: como alterações frequentes de regras e normas", 41 % "concorda parcialmente", 6% "concorda totalmente" e 27% "discorda parcialmente".
Falta de confiança, respeito e consideração.	"Você considera que há falta de confiança, respeito e consideração entre os membros de uma equipe", 27% "concorda parcialmente", 12% "concorda totalmente".
O ambiente físico e os Riscos.	"Você considera que há riscos no ambiente físico, incluindo incluindo calor, frio e ruído excessivo ou insuficiente iluminação, falta de higiene, alto risco tóxico e até a vida", 56% "concorda parcialmente" e 31% "concorda totalmente".

**Nota.** Fonte: Maslach, 1993; Schaufeli & Greenglass, 2001.

Assim, concluiu-se 54% dos gestores percebem que há burocratização de regras e 87% concordam que existem riscos relacionados ao ambiente físico. Sobre a falta de confiança, respeito e consideração entre os membros da equipe, 39% concorda com esse aspecto. Com isso, percebeu-se que considerado o aspecto de discordâncias, o índice de concordância é preponderante e como consequência disso, evidenciou-se um clima social prejudicial.

Para a validação externa desta pesquisa, os resultados foram analisados de forma comparativa entre grupos gestores com objetivos de generalizar os resultados considerando a exigência de execução de tarefas por cargos gerenciais e departamentos distintos.

### *Níveis de burnout e Consistência interna*

De acordo com o Inventário de *Burnout*, considera-se que do somatório de respostas em relação à escala de esgotamento emocional (itens 1, 2, 3, 6, 13, 14, 16 e 20), o baixo grau compreende em taxas abaixo de 17, o nível moderado entre 18 e 29 e alto acima de 30. Sobre a escala de despersonalização (itens 5, 10, 11, 15 e 22) é apreendido como baixo abaixo de 5, moderado entre 6 e 11 e alto acima de 12. Em relação à realização pessoal (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21) é validado como baixo índice valores menores que 34, moderado entre 34 e 39 e alto acima de 40 (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

O nível de *burnout* foi calculado após o ajuste de um modelo de análise fatorial mais apropriado, utilizando 3 fatores para selecionar os itens mais relevantes em cada escala, e observou-se que 29% (14 de 48) dos gestores apresentaram o diagnóstico da síndrome de *burnout*. A Tabela 3 apresenta a frequência de *burnout* calculada em cada escala, em que para a EE, a maioria dos participantes apresentou um alto grau (cerca de 70%). No fator RP, metade apresentou nível elevado e na escala DE o nível classificado como baixo prevaleceu.

Tabela 3

Nível de cada escala do MBI-HSS de todos os participantes ( $n = 48$ )

Nível	<b>MBI-EE</b>	<b>MBI-RP</b>	<b>MBI-DE</b>
Baixo	18% (9)	37% (18)	70% (34)
Moderado	10% (5)	12% (6)	0% (0)
Alto	70% (34)	50% (24)	29% (14)

**Nota.** MBI-EE: esgotamento emocional, MBI-RP: realização pessoal, MBI-DE: despersonalização.

Na Tabela 4, a frequência de cada nível pode ser observada nas escalas do *MBI-HSS* dos participantes com síndrome de *burnout*. Destes 14 participantes, a maioria apresentou um alto grau nas escalas *MBI-HSS*, com exceção da escala *MBI-DE* e *MBI-RP*. Vale ressaltar que cerca de 64% desses gestores com síndrome de *burnout* (9 de 14) afirmaram não estar em processo psicoterapêutico.

Tabela 4

Nível de cada escala MBI-HSS dos participantes diagnosticados com a síndrome de *burnout* ( $n = 14$ )

Nível	<b>MBI-EE</b>	<b>MBI-RP</b>	<b>MBI-DE</b>
Baixo	7% (1)	78% (11)	42% (6)
Moderado	7% (1)	7% (1)	0% (0)
Alto	85% (12)	14% (2)	57% (8)

**Nota.** MBI-EE: esgotamento emocional, MBI-RP: realização pessoal, MBI-DE: despersonalização.

Observando a Tabela 5, pôde-se concluir que não observou-se diferença significativa entre os níveis de *burnout* dos dois grupos estudados, pois os resultados dos testes ( $p$ ) foi maior que o nível de significância adotado (0,05). A consistência interna das respostas de todos os participantes ( $n = 48$ ) é representada por  $\alpha$ . Para as escalas EE e RP o nível de consistência foi aceitável (0,87 e 0,84 respectivamente), já para a escala de DE, o nível de consistência não foi aceitável ( $\alpha = 0,46$ ).

Tabela 5

Níveis de *burnout* para dois grupos de posições hierárquicas

Índice	Grupo 1		Grupo 2		$p$	$\alpha$
	$M$	$DP$	$M$	$DP$		
Esgotamento Emocional	43,00	26,74	50,83	31,06	0,475	0,87
Despersonalização	53,17	26,80	44,72	31,65	0,416	0,46
Realização Pessoal	53,25	19,94	46,06	31,98	0,424	0,84

**Nota.**  $M$ : Média;  $DP$ : Desvio Padrão;  $p$ :  $p$ -value (Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney);  $\alpha$ : Alfa de Cronbach.

Assim, conforme Tabela 5, baseado no índice de  $p$ , a primeira hipótese de que gestores que ocupam posições hierárquicas superiores sob níveis de responsabilidade gerencial mais elevados, há maior propensão de apresentarem níveis altos de *burnout* não foi comprovada, tendo em vista que os resultados dos testes ( $p$ ) foi maior que o nível de significância, mostrando que os dois grupos são estatisticamente equivalentes nesta amostra com relação às escalas do *MBI-HSS*.

De forma geral, apreendeu-se pelas médias, que o Grupo 1 é menos propenso ao desenvolvimento de *burnout*, considerando que o índice de realização pessoal foi maior (mas não de forma significativa,  $p$  0,424). Para o domínio esgotamento emocional, este foi preponderante com acréscimo de 7% ao Grupo 2. Com isso, pôde-se afirmar, grosso modo que, independente da hierarquização de cargos, há um alto nível de esgotamento emocional vivenciado por ambos os grupos, como se evidenciou na Tabela 5. Assim, a primeira hipótese deste artigo não foi confirmada.

Em relação à síndrome de *burnout*, ainda que o quantitativo de participantes do Grupo 1 (16 participantes) seja metade do Grupo 2 (32 participantes), não houve parâmetro para comparação, pois nenhum participante do Grupo 1 foi diagnosticado com a síndrome de *burnout*. O Grupo 2 foi o único que teve participantes diagnosticados com esta síndrome, totalizando 14. Acrescenta-se que conforme a estrutura de cargos do sistema socioeducativo do DF, as funções

correspondentes aos cargos contidos no Grupo 1 possuem a proporção duas vezes maior que aquelas relacionadas ao Grupo 1.

De acordo com o teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney*, não existiu diferença significativa na propensão de *burnout* entre os participantes com mais de um ano na mesma função e os que estão há menos de um ano, tendo em vista os valores  $p$  iguais a 0,612; 0,513; e, 0,175 para as respectivas escalas EE, RP e DE, não confirmando também, a segunda hipótese desta pesquisa de que pessoas com mais de um ano na mesma função estariam mais propensas à síndrome de *burnout*.

A mesma conclusão também se aplicou ao tempo de trabalho em diferentes funções, com valores  $p$  iguais a 0,5914; 0,5907; e, 0,7873 para as escalas EE, RP e DE. Portanto, independentemente do tempo de trabalho, seja na mesma função ou em cargos diferentes este fator não se mostrou significativo para o desenvolvimento de maiores escalas de *burnout*. É importante ressaltar que apenas cerca de 25% dos participantes estão no mesmo cargo de gestão há mais de três anos.

### ***Adequabilidade dos dados para Análise Fatorial***

A Medida de Adequação da Amostra (MSA - *Measurement of Sampling Adequacy*) e o teste de esfericidade de Bartlett foram utilizados para verificar se a amostra coletada era apropriada para a utilização de uma análise fatorial. A MSA para os dados foi 0,654 (maior que o mínimo recomendado de 0,500), e, o teste de Bartlett foi significativo, indicando que os itens do *MBI-HSS* são independentes ( $p < 0,001$ ). Estas duas medidas sugerem que a matriz de correlação do *MBI-HSS* seja apropriada para a análise fatorial (Bartlett, 1951; Kaiser, 1970).

### ***Análise fatorial fixando 3 fatores***

O modelo final, após o ajuste por meio de uma Análise de Componentes Principais com a rotação varimax, apresentou uma estrutura simples e semelhante ao modelo original do *MBI-HSS*. A distribuição das cargas fatoriais obtidas pela análise fatorial fixada em 3 fatores e aplicada à amostra total ( $n = 48$ ) é apresentado na Tabela 6.

Tabela 6

*Análise Fatorial para o Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS)*

Item	Fatores			Comunalidade
	1	2	3	
EE3 - cansado de manhã	0,87	-0,14	-0,02	0,77
EE2 - consumido	0,81	-0,16	0,11	0,69
EE8 - esgotado	0,77	-0,25	0,26	0,72
EE20 - fim da linha	0,77	-0,05	-0,17	0,62
EE1 - sugado	0,76	-0,06	0,10	0,59
EE13 - frustrado	0,70	-0,10	-0,22	0,55
EE14 - trabalhando demais	0,67	0,02	-0,03	0,45
EE16 - trabalhar com pessoas gera estresse	0,37	-0,53	0,17	0,45
EE6 - trabalhar com pessoas gera tensão	0,14	-0,48	0,28	0,33
DE5 - trato as pessoas como objetos	0,26	-0,17	0,42	0,27
DE15 - não me preocupo com as pessoas da equipe	0,26	-0,11	0,41	0,25
DE22 - a equipe me culpa por seus problemas	0,52	-0,03	0,30	0,37
DE10 - insensível às pessoas	0,49	0,18	-0,27	0,35
DE11 - preocupado com o endurecimento afetivo	0,46	-0,32	-0,11	0,32
RP7 - lido com problemas de maneira eficaz	0,02	0,85	0,05	0,72
RP19 - realizações valiosas	-0,14	0,76	0,14	0,61
RP9 - influencio positivamente	0,09	0,72	0,23	0,58
RP21 - lido com problemas emocionais em silêncio	-0,03	0,70	0,07	0,50
RP12 - muito disposto	-0,22	0,57	0,50	0,62
RP17 - crio um ambiente calmo	-0,23	0,46	0,62	0,65
RP18 - animado para trabalhar com a equipe	-0,23	0,32	0,70	0,64
RP4 - eu entendo as pessoas	-0,11	0,17	0,68	0,50

**Nota.** Fonte: Ramos, 2010; Maslach, 1993.

A variância total explicada pelo modelo ajustado é de 52%, em que 24% é explicada pelo fator 1, correspondente à escada EE. Para destaque de índices satisfatórios, cargas fatoriais acima de 0,50 foram sombreadas em cada escala. Nessa direção, para um melhor ajuste, os itens com cargas fatoriais menores que 0,40 foram retirados do modelo. Ambos os modelos (um com todos os itens e outro com os itens de carga fatorial maior que 0,40) foram comparados por meio de uma análise confirmatória.

Ressalta-se que não é possível apresentar um índice geral das três escalas, tendo em vista o cálculo das respostas ocorrerem separadamente, conforme o manual do instrumental *MBI-HSS* (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

Notou-se também que a escala original do *MBI-HSS* precisou de algumas adaptações pontuais para se ajustar de maneira satisfatória à variabilidade das respostas dos participantes, ou seja, os itens 4, 6, 10, 11, 16, 18, e, 22 foram removidos para uma melhor adequabilidade aos dados. Essa melhor adequabilidade pode ser elucidada com mais detalhes na subseção a seguir.

### *Análise fatorial confirmatória*

Na Tabela 7, são apresentados os índices de qualidade dos dois modelos de análise fatorial: o primeiro com todos os itens e o segundo apenas com aqueles de carga fatorial maior que 0,40. O estimador utilizado foi o de máxima verossimilhança. Também nesta tabela, pode se concluir que o modelo ajustado apenas com itens de cargas fatoriais maiores que 0,40 foi mais significativo, apesar de ter obtido  $RMSEA = 0,070$ .

Tabela 7

*Análise fatorial confirmatória para o Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey (MBI-HSS)*

<b>Modelo</b>	<b>CFI</b> ≥ 0,900	<b>TLI</b> ≥ 0,900	<b>RMSEA</b> ≤ 0,060
Com todos os itens	0,726	0,693	0,112
Itens com carga fatorial acima de 0,40	0,933	0,919	0,070

**Nota.** CFI: *Comparative Fit Index* (Índice de Ajustamento Comparativo); TLI: *Tucker-Lewis Index* (Índice de Tucker-Lewis); RMSEA: *Root-Mean-Square Error of Approximation* (Raiz do Erro Médio Quadrático de Aproximação).

### **Discussão e Considerações Finais**

Do ponto de vista de *burnout*, Schaufeli & Greenglass (2001) constataram que as maiores taxas de *burnout* estão correlacionadas a características multifatoriais, incluindo, o trabalho e a instituição. Conforme apresentado na Tabela 2, as particularidades sobressalentes do trabalho e os altos índices ao desenvolvimento de *burnout* que fazem parte da realidade dos gestores no sistema socioeducativo do Distrito Federal foram: sobrecarga; quantidade excessiva de demandas, em que a pressão no trabalho resulta principalmente no aparecimento de esgotamento emocional (o *MBI-EE* foi o principal fator relacionado ao desenvolvimento de *burnout*, evidenciado nas Tabelas 3 e 4); trabalhar por escalas noturnas (o cargo "chefe de plantão" contido no Grupo 2 da Tabela 5 ocupa parte considerável do organograma da organização); apoio organizacional precário; conflitos funcionais e ambiguidade de função (destaca-se que os gestores não possuem capacitação profissional para desenvolver as tarefas de suas funções).

Ainda sob a consistência em pesquisas prévias, Schaufeli & Greenglass (2001) descreveram outras características da instituição que reforçam o desenvolvimento de *burnout*, as quais no



sistema socioeducativo do DF, percebeu-se: burocracia (excesso e alteração de regras em curto espaço de tempo), impedindo participação criativa e tomada de decisão; atividades que exigem muito tempo e energia da equipe, por exemplo, tempo destinado ao preenchimento de formulários, relatórios, e, participação em reuniões administrativas; falta de autonomia, impedindo a liberdade de ação profissional e a independência de tomar decisões sem ter que consultar ou obter autorização do chefe hierárquico superior; comunicação ineficiente; ambiente físico envolvendo riscos, incluindo calor, frio excessivo ou iluminação insuficiente, além de falta de higiene e alto risco tóxico (condições vivenciadas diariamente por gestores que ocupam os cargos de gerente da Gerência de Segurança, Proteção e Cuidados; assessor (deste departamento); encarregado da escola; e, chefe de plantão (funções pertencentes ao Grupo 2 da Tabela 5).

Os resultados também trouxeram luz às questões desta pesquisa. As taxas sobressalentes que evidenciaram o desenvolvimento de *burnout*, de acordo com o *MBI-HSS*, referem-se aos fatores de esgotamento emocional e de insatisfação quanto à realização pessoal.

Esta pesquisa confirmou que também na socioeducação do Distrito Federal, o elevado (70%) e moderado (10%) nível de esgotamento emocional lideram em relação aos níveis de despersonalização e de realização pessoal, tendo em vista que 37% (baixa realização pessoal) e 12% (moderada realização pessoal) dos participantes apresentaram insatisfação acerca da realização pessoal. Ratifica-se que os índices de despersonalização não foram ressaltados neste estudo tendo em vista sua baixa consistência para esta amostra.

Considerando os resultados do *MBI-HSS*, concluiu-se que o esgotamento emocional e a insatisfação em relação à realização pessoal aludem a sobrecarga de trabalho.

De fato, os fatores concomitantes para alcançar um alto nível de esgotamento emocional entre os gestores do sistema socioeducativo evidenciaram-se, sobretudo, a partir da correlação entre as características individuais e institucionais relacionadas aos principais índices de *burnout* (Maslach, 1993; Schaufeli & Greenglass, 2001).

Assim, os resultados que descreveram o perfil gestor do sistema socioeducativo no DF, especificamente as características individuais e as notáveis taxas de *burnout*, em que 85% dos gestores se perceberam com habilidade para controlar o ambiente; e 95% se viram com super desenvolvimento, demonstram um perfil condizente ao sofrimento relacionado ao estresse e/ou *burnout*. É comum que os tipos de personalidade com estas características tenham prejuízos em sua saúde, à medida que, erroneamente 'superestimadas' e relacionadas aos atributos de

'competência' e 'compromisso' desemboquem em um ciclo vicioso de engajamento na execução de tarefas, extravasando horas que, por conseguinte, retroalimenta a expectativa de atender ao que é esperado e cobrado pelo superior hierárquico, coincidindo ao alto padrão de autoexigência.

Mais adiante, concluiu-se ainda sob os aspectos individuais, em especial às pessoas que 'tentam dominar o ambiente externo' e 'se percebem com super desenvolvimento', conforme Maslach (1993); Schaufeli & Greenglass (2001), que, ao se engajarem no trabalho - de forma que os limites sinalizados por fatores estressores, como a sobrecarga, e os do próprio corpo, decorrentes do esgotamento emocional - alimentam, "paradoxalmente", o mecanismo de manutenção do 'alto desenvolvimento' no trabalho.

No que concerne às consequências dos aspectos institucionais e desenvolvimento de *burnout*, de acordo com Maslach (1993); Schaufeli & Greenglass (2001), 54% dos gestores visualizaram o processo burocrático na organização. Este traz como consequência o impedimento de autonomia, da participação criativa e da tomada de decisões, pois, se exige muito tempo e energia da equipe e/ou do indivíduo na manutenção das atividades. Em relação às normas, 47% gestores concordam que há reiteradas mudanças, decorrendo, assim, a insegurança e a predisposição a erros na execução dos comandos. No ambiente físico, de forma geral, apreendeu-se por 87% dos gestores a percepção de riscos. Como efeito, ocorrem os sentimentos de ansiedade, medo e impotência.

Portanto, ressaltou-se aqui, não obstante a percepção de fatores de precarização no ambiente de trabalho, que 41% dos gestores se percebem com altas expectativas e 60% discordam que há falta de confiança, respeito e consideração entre os membros da equipe. Com isso, abrangeu-se que as características individuais relacionadas aos tipos de personalidade somam-se às expectativas de que o 'comprometimento', e a 'dedicação exclusiva' possam trazer resultados baseados em 'altas expectativas'. Deduziu-se ainda que as relações interpessoais são percebidas pela maior parte dos gestores como confiáveis e respeitadas. Dessa forma, fatores institucionais voltados à precariedade das condições de trabalho possuem maior visibilidade e estão mais ligados ao desenvolvimento do *burnout* do que aspectos de relacionamento entre os membros da equipe.

A Tabela 4 apontou que os níveis das escalas dos 14 participantes com *burnout* apresentaram o diagnóstico da síndrome, em que na escala de exaustão emocional, 70% apresentaram um alto grau. Acerca do fator de realização pessoal, 50% dos participantes com a síndrome, mostrou nível elevado e do total de 48 participantes, 11 apresentaram baixa realização pessoal.

Observou-se ainda que, em direção oposta aos estudos de Nadaoka et al. (1997), sobre oficiais gestores japoneses, para a amostra desta pesquisa, não houve relação entre o cargo ocupado e o nível de esgotamento emocional e de realização pessoal, tampouco por complexidade da função e entre os tipos de medida socioeducativa, assim como o tempo em exercício na respectiva função, não confirmando as hipóteses deste artigo. Nesse sentido, fortalece outra hipótese, a de que o esgotamento emocional, aliado à sobrecarga de trabalho, está relacionado fortemente às características individuais, de trabalho e institucionais, conforme os resultados desta amostra. No âmbito das características individuais, os fatores de personalidade dos gestores devem ser considerados de grande relevância para o desenvolvimento de *burnout*.

Estas reflexões acerca do perfil dos gestores é o passo inicial para identificar o processo de desenvolvimento de *burnout* e as tendências para a propensão da síndrome. O propósito, por fim, sob um ponto de vista macro, é dar vazão ao sentido do trabalho para que (res)significações possam vir à tona sob parâmetros individuais e formações coletivas, no ambiente laboral.

Em relação às pesquisas posteriores, sugere-se que seja dada relevância às correlações entre os fatores atrelados para além da exaustão (e sua conexão com a sobrecarga de trabalho), pois a dimensão esgotamento captura o problema de falta de energia suficiente para dar uma contribuição útil e duradoura no trabalho. Segundo Ferreira & Mendes (2003), é a dimensão do cinismo que capta a dificuldade de lidar com outras pessoas e atividades no mundo do trabalho. Nessa seara, faz-se pertinente avaliar minuciosamente se as relações de cinismo estão 'mascaradas' sob um relacionamento 'satisfatório entre os membros da equipe', pois fatores ligados à cultura tendem a 'regra' da 'política de boa vizinhança', em especial, quando associado ao papel de 'estar parte da gestão'. Ferreira e Mendes (2003) ainda realçam que a experiência do cinismo pode ser mais uma parte essencial do *burnout* do que a da exaustão. Adiante, para estudos futuros, faz-se pertinente investigar mais a fundo características ligadas ao nível de despersonalização, pois neste artigo este domínio não foi validado para esta amostra.

Em contrapartida, para os gestores participantes desta pesquisa, comprovou-se que 50% se percebem com níveis baixos e moderados de realização pessoal, fator este que revela que o cinismo pode estar mais conectado ao ambiente de trabalho. De acordo com Ferreira & Mendes (2003), em termos da baixa qualidade das relações sociais no trabalho e da falta de recursos críticos, o cinismo pode levar à redução da satisfação no trabalho, o que está diretamente ligado à realização pessoal. Em média, 50% dos gestores referem-se à burocratização e frequentes mudanças em processos

regulamentários como aspectos institucionais relacionados ao desenvolvimento de *burnout* (Maslach, 1993; Schaufeli & Greenglass, 2001).

Além disso, Seligmann-Silva (2011) enfatiza que a eficácia captura a principal autoavaliação que as pessoas fazem em relação ao valor do seu trabalho e à qualidade da sua contribuição. Ignorar esses aspectos centrais da experiência de esgotamento seria realmente um "diagnóstico incorreto" que poderia ter ramificações importantes para políticas e práticas.

Outro ponto em estudos seguintes, é destacar as particularidades de gênero e outras desigualdades sócio-históricas, apontando as particularidades sob o contexto da gestão da socioeducação brasileira, grafando as do DF.

Sob a ótica de gênero, neste estudo, buscou-se uma análise inicial para a identificação do perfil da gestão. Entretanto, faz-se pertinente, em estudos posteriores, descrever o real vivido (sentido) pelas mulheres e, conseqüentemente, o impacto gerado pelas vivências das gestoras na execução da política pública. A condição de ser mulher em contexto de gestão traz um agravante ímpar: a invisibilização de competências, a discriminação e a distorção advindas da divisão internacional do trabalho e a da divisão sexual do trabalho. Estudos de estresse de mulheres trabalhadoras ligados ao trabalho relacionam questões inerentes à organização e ao gerenciamento, conflitos de papéis desempenhados, falta de perspectivas em relação à carreira, horários de trabalho inconvenientes, limitação de contatos interpessoais, pouca segurança, riscos físicos e problemas no lar (Codo, et al., 2004).

Este estudo teve como objetivo final disseminar à comunidade socioeducativa, principalmente aos trabalhadores conhecimentos sobre o processo de esgotamento emocional e as conseqüências da não realização pessoal, os riscos de adoecimento, sob o ponto de vista da saúde. Este é o ponto de partida para identificação de seus próprios processos de saúde-doença, já que, ainda que o *burnout* seja notório em contexto de trabalho, é muito recente o amparo legal em reconhecer o diagnóstico clínico - ainda que 'ignorado' e/ou mal interpretado (confundido em sua sintomatologia e tratamento) - conforme a descrição do *Guidelines for the Primary Prevention of Mental, Neurological and Psychosocial disorders: Staff Burnout* (WHO, 1999).

Priorizar programas de saúde com intervenções clínicas direcionadas aos gestores, nesse contexto, seria uma política inovadora na administração pública, considerando que infelizmente há pouca pesquisa que tenha avaliado a eficácia de diferentes abordagens (individuais, grupo focal, equipe institucional) na redução do risco de *burnout*.

Destaca-se que a condição de estar à disposição do trabalho ininterruptamente, quando se escolhe exercer uma função comissionada, influencia aspectos de saúde, tendo em vista o fato de a preservação da saúde estar ligada ao contexto individual, financeiro, familiar e social que permeia a vida do indivíduo.

Por fim, é prudente considerar algumas limitações deste estudo, como a ausência de variáveis de personalidade dos participantes relacionadas a aspectos da sociedade ao desenvolvimento de *burnout*. Nessa direção, para estudos conseguintes, recomendam-se pesquisas sob o caráter longitudinal de cunho 'quantitativo' com análises de conteúdo, de forma a incluir especificidades e particularidades passíveis de observação em grupos focais e/ou entrevistas semi-estruturadas. Sugere-se ainda a correlação das características específicas e detalhamento de tarefas para as respectivas funções dos Grupos 1 e 2 da Tabela 5. Isso poderá ofertar mais suporte para enfatizar as especificidades e detalhar com mais austeridade as hipóteses propostas neste estudo.

### **Agradecimentos**

Agradecemos imensamente a atual equipe gestora do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal pela colaboração na realização desta pesquisa.

### **Referências**

- American Psychiatric Association. (2015). *Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais. DSM- 5*. Revisão técnica: Aristildes Volpato Cordioli et al. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Bartlett, M. S. (1951). The effect of standardization on a  $\chi^2$  approximation in factor analysis. *Biometrika*, 38 (3/4), 337–344.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2012). Considerações sobre a síndrome de *burnout* e seu impacto no ensino. *Boletim de Psicologia*, 62(137), 155-168. In: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432012000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000200005&lng=pt&tlng=pt).
- Bisinoto, C.; Brigitte, O.; Arraes, J.; Yoshii, C.; Amorim, G. e Stemler, L. (2015). Socioeducação: origem, significado e implicações para o atendimento socioeducativo. *Psicologia em Estudo*, vol. 20, (4), 575-585.

- Bisinoto, C. (2017). *Docência na socioeducação: a experiência de um processo de formação continuada*. Brasília: FUP – UnB. 224 p.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, DF. Recuperado em 02 de novembro, 2017, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)
- Codo, W., Diniz, G. Vasques-Menezes, I., Tavares, M. e Lima M. (2004). *O Trabalho enlouquece?* Petrópolis – RJ: Vozes.
- Codo, W. e Vasques, I. (1999). Síndrome de *burnout* em acs e estratégias de enfrentamento. *Cadernos de Saúde do Trabalhador*, 14, 29–48.
- Ferreira, M e Mendes, A. (2003). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social brasileira*. Brasília: Ler, Pensar, Agir.
- Golembiewsk RT. (1999). *Next stage of Burnout research and application*. *Psychol Rep*; 84:443-446.
- Hu, L. T. e Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*. 6 (1), 1–55.
- International Classification of Diseases - ICD-10. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10 th Revision. In: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- International Classification of Diseases - ICD-11. (2019). *Mortality and Morbidity Statistics*. 11th Revision. In: <http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Kaiser, H. (1970). A second generation little jiffy. *Psychometrika*, 35 (4), 401–415.
- Lei n. 12.594 - SINASE (2012). In: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm)
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (1995). Manejo do estresse. In B. Range (Org.), *Psicoterapia Comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (p.279-292). Campinas: Ed. Psy II.
- Malagris L. E. N. & Fiorito A. C. C., (2006). *Avaliação do nível de stress de técnicos da área da saúde*. Retrieved from: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n4/v23n4a07.pdf>>.
- Marçal, E. (2007). *Uma compreensão da subjetividade de adolescentes no contexto de uma instituição executora de medida socioeducativa de semiliberdade do DF*. [Trabalho Final de Curso não publicado]. Universidade Católica de Brasília, Brasília – DF.
- Maslach, C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective*. (p. 19–32). doi:10.4324/9781315227979-3

- Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52: 397-422.
- Mausner-Dorsch, H., Eaton, W. (2001). Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *Am J Public Health*; 90(11):1765-70.
- Nadaoka, T., Kashiwakura, M., Oiji, A., Morioka, Y., Totsuka S. (1997). Stress and psychiatric disorders in local government officials in Japan, in relation to their employment level. *Acta Psychiatr Scand*;96(3):176-83.
- WHO (1999). *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: staff burnout*. Germany: Division of Mental Health World Health Organization.
- R Core Team. (2019). *R: a language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. Retrieved from <https://www.R-project.org/>
- Ramos, T. (2010). Validade fatorial do *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (MBI-HSS) em uma amostra brasileira de auxiliares de Enfermagem de um Hospital Universitário: influência da depressão. São Paulo. *Dissertação (mestrado)*. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.
- Schaufeli W. (1999). Burnout. In: Payne JF-CR, editor. *Stress in Health Professionals*.
- Schaufeli, W. B. & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology Health*, 16 (5), 501–510.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.

## Artigo 2 – O retrato da Qualidade de Vida dos Gestores da Socioeducação do Distrito Federal, à luz de uma análise estatística descritiva em Saúde Mental

Tatiana de Paula Soares<sup>1</sup>

Jorge Ponciano Ribeiro<sup>2</sup>

*Universidade de Brasília, Brasil*

### RESUMO

A Organização Mundial da Saúde vem destacando, em tempos recentes, a qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, cultura e sistemas de valores, abrangendo a saúde. Nesse sentido, a qualidade de vida está diretamente relacionada às interações vividas nas relações, inclusive as vivenciadas no contexto do trabalho. Especificamente, este estudo teve como propósito identificar e descrever os componentes de saúde física e mental sob os processos de saúde para avaliar a qualidade de vida da equipe gestora socioeducativa do Distrito Federal. Através do instrumental *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey*, partindo de uma análise estatística descritiva com correlações, análise fatorial e testes de hipóteses não paramétricos, objetivou-se identificar a frequência das escalas deste questionário. Esta análise considerou a hierarquização de cargos por departamentos da organização socioeducativa e contou com 48 participantes que finalizaram os 105 itens subdivididos em dados sociodemográficos, questões de saúde relacionadas à *burnout* e 3 questionários que avaliam a saúde. Para a coleta de dados, utilizou-se, neste artigo, o *SF-36*, sob a escala *likert*, analisado a partir da identificação dos dados sociodemográficos dos participantes. Após este procedimento, procedeu-se a correlação dos índices mais relevantes do questionário *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)*, tendo por finalidade o destaque às vivências de saúde e a qualidade de vida dos gestores. Os resultados apontaram diferenças significativas entre os níveis de saúde física e mental. Enquanto os índices de saúde física foram elevados, a baixa qualidade de vida foi evidenciada sob o aspecto da saúde mental. Sobre a qualidade de vida relacionada ao desenvolvimento de *burnout*, constatou-se que, quanto maior o esgotamento emocional, mais as relações com a equipe de trabalho são afetadas. Com relação à saúde mental, notou-se uma correlação significativa entre saúde mental e vitalidade, ou seja, quanto maior a vitalidade, melhor tende a ser a saúde mental e quanto menor o esgotamento emocional, maior a qualidade da saúde mental do gestor. De forma geral, este estudo intenciona apresentar à comunidade socioeducativa, incluindo governantes que gerenciam a administração dessa política pública, o “retrato de saúde” dos gestores, de forma a propiciar reflexões sobre a escolha de gerenciar um sistema complexo, conciliando e/ou privilegiando ou desconsiderando a “vivacidade” de sua própria saúde. Além disso, considera-se que verificar como está “a fotografia” de saúde dos gestores que atuam na execução de medidas socioeducativas no Distrito Federal pode contribuir com o avanço das pesquisas sobre os processos de saúde da gestão da administração pública, particularmente a do sistema socioeducativo.

---

<sup>1</sup> Aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Mestre em Psicologia Clínica, Psicopatologia e Psicologia da Saúde da Universidade Federal de Toulouse *Jean Jaurès*, França. Especialista Socioeducativa da SEJUS/DF. E-mail: tatiana.soares@gmail.com.

<sup>2</sup> Orientador da Pesquisa. Professor titular emérito da UnB e Unimontes (Phd). Fundador e presidente do IGTB, *charter member of the IGTA*.



**Palavras-chave:** qualidade de vida, saúde, gestores, sistema socioeducativo.

### ABSTRACT

The World Health Organization has recently highlighted quality of life as the individual's perception of their position in life, culture and value systems, encompassing health. In this sense, quality of life is directly related to interactions experienced in relations, including those experienced in the work context. Specifically, this study aimed to identify and describe the physical and mental health components on health processes to assess the quality of life of the socio-educational management team of the Distrito Federal, Brazil. Through the Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey, based on a descriptive statistical analysis with correlations, factor analysis and multiple regression, the objective was to identify the frequency of the domains of this questionnaire. This analysis considered the hierarchy of positions by departments of the socio-educational organization. Of the 48 participants who completed the 105 items about sociodemographic data, health issues related to burnout, and 3 health questionnaires, the SF-36, under the likert scale, was analyzed in this article, from the identification of sociodemographic data of participants. After this analysis, the most relevant indices of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) questionnaire were correlated with the purpose of highlighting the health experiences and the quality of life of managers. The results showed significant differences between physical and mental health levels. While the physical health indexes were high, the low quality of life was evidenced from the mental health aspect. Regarding the quality of life related to the development of burnout, it was found that the greater the emotional exhaustion, the more the relationships with the work team are affected. Regarding mental health, a moderately strong correlation was noted between mental health and vitality, it was verified, the higher the vitality, the better the mental health tends to be and the lower the emotional exhaustion, the higher the quality of the manager's mental health. In general, this study intends to present to the socio-educational community, including governors who manage the administration of this public policy, the "health portrait" of managers, in order to provide reflections on the choice of managing a complex system, reconciling and / or privileging and / or disregarding the 'vividness' of their own health. In addition, it is considered that verifying the health 'photography' of managers who works with socio-educational measures in the Distrito Federal Brazil, may contribute to the advancement of research on health processes to managers of public administration, particularly that of the socio-educational system.

**Keywords:** quality of life, health, managers, socio-educational system.

### Introdução

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994) considera que, para viver uma 'boa saúde', faz-se necessário basicamente o acesso a serviços de prevenção e assistência médica de qualidade; ter um padrão financeiro que proporcione qualidade de vida, educação e vida social 'adequada',

contar com reservas naturais de qualidade, água potável, ar com baixos índices de poluição, trabalho em condições adequadas e segurança, considerar aspectos hereditários – genéticos, atentar-se a uma rotina que trate questões ligadas a bebidas alcoólicas, outras substâncias químicas e dificuldades psicológicas. A falta de atividades físicas é outro fator importante a ser analisado (Souza et al., 2019).

Nesse panorama, saúde é entendida como um princípio orientador e estimulante da efetiva contemplação de questões relacionadas aos agravos que as injustiças sociais e os problemas ambientais produzem na saúde, assim como a criação de ambientes favoráveis (Bezerra & Sorpreso, 2016). Com isso, uma boa percepção da saúde é importante para avaliar se o quadro de saúde da população é satisfatório, além de poder definir se as intervenções de assistência à saúde estão sendo benéficas. Entretanto, muitas medidas existentes focavam na mortalidade e morbidade (Brazier et al., 1992). Houve também quem apontasse ter boa saúde por não apresentar doenças associadas. Vale destacar a premissa da OMS que: "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (WHO, 1986).

No Brasil, a saúde é um dos direitos à cidadania fixados na Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Os artigos 196, 197, 198 e 199 abordam este tema. É dever do Estado garantir boas condições de acesso à saúde. A legislação remete à ideia de uma “saúde ótima”, possivelmente inatingível e utópica já que a mudança e não a estabilidade é predominante na vida. Sob este prisma, saúde não é um “estado estável”, que uma vez atingido, possa ser mantido.

A própria compreensão de saúde tem também alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuem a uma situação (Boorse, 1977).

*Para falar de saúde é necessário qualificar tanto a experiência ideológica do sujeito (e como ele entende/interpreta seu sofrimento), a partir de uma escuta qualificada de sua fala, quanto os sentidos sociais, culturalmente partilhados pela comunidade da qual faz parte. No núcleo da ideia de identidade existe a autointerpretação. Só podemos ter identidade se estamos comprometidos, sabemos ou não, com questões de valor moral. Ou seja, com o que nos capacita definir o que é importante para nós. Ter identidade, nesse sentido, concerne nem tanto ao que você faz, mas ao ‘lugar’ a que você pertence. O senso, o sentido de quem somos nós, é ligado ao tecido que nos é dado socialmente, baseado em tradições, práticas compartilhadas, instituições, imaginário social, e não apenas em escolhas pessoais por meio da autorreflexão. Assim, como pessoas, ‘não temos apenas desejos, mas desejos sobre quais desejos ter’ (Brinkmann, 2008, p. 409).*

Zanello (2018) salienta que a 'criação de tipos humanos' interpela as identidades e de forma simultânea, as práticas institucionais e mudanças materiais estão interligadas a esse processo de construção identitária.

*Saúde é contato, contato é saúde. Qualquer interrupção disfuncional do contato implica uma perda na saúde. Contato é o processo de autorregulação orgânica, é ajustamento criativo que decorre, sobretudo na diferenciação organismo/ambiente (...). Doença significa interrupção do contato em um dos quatro campos que compõem o espaço vital da pessoa: geobiológico, psicoemocional, socioambiental e sacrotranscendental. A doença é relacional (...). Doença é a negação da parte da energia que emana de uma totalidade que perdeu a sua configuração (Ribeiro, 2019, p. 24).*

No ramo da psiquiatria, embora comum em todas as especialidades médicas, Canguilhem (1990) retrata que o termo 'doença' constitui-se mediante uma redução do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais, as quais se definem por intermédios da anatomia e da fisiologia. Assim, a doença é conhecida como dotada de realidade própria, externa, e anterior as alterações concretas do corpo, sendo este desconectado de todo um conjunto de relações que constituem os significados da vida. Ocorre um distanciamento do conceito de doença - construção mental e o adoecer – experiência da vida, substituindo um pelo outro. Dessa forma, o discurso médico-científico não contempla, aqui, o significado mais amplo da saúde e do adoecer.

Deve-se ter o cuidado de que, ao afastar o trabalhador do centro do problema, corre-se o risco de este alienar-se de seu processo de adoecimento. Com isso, a análise de processos saúde/doença não deve ser partida em termos físicos ou psíquicos. A 'cura' está inserida em um contexto social.

Igualmente, a definição de qualidade de vida está introduzida na saúde. A qualidade de vida possui um conceito amplo, que compreende a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência e as relações sociais do indivíduo e suas interfaces com o meio onde está inserido, abrangendo sua percepção quanto à posição que ocupa no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que está envolvido, bem como os seus objetivos, expectativas, preocupações e padrões (WHO, 1994). Para realizar a avaliação da qualidade de vida em diferentes culturas, faz-se essencial considerar: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais (Fleck, 2000).

Na área de saúde, especificamente sobre qualidade de vida, Seidl e Zannon (2004) afirmam

que o interesse no conceito deste termo é relativamente recente e se deve, de alguma forma, aos novos paradigmas que influenciaram as políticas e práticas do setor em anos recentes. Os determinantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, a saúde e a doença constituem processos entendidos como um *continuum*, relacionado à experiência e aos estilos de vida econômicos, socioculturais e pessoais.

Dessa forma, de acordo com a OMS (WHO, 1994), a definição de qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vive, e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e interesses (Seidl e Zannon, 2004, p.1405).

Qualidade de Vida ganha proeminência como conceito à medida que os departamentos do governo estabelecem avaliações de programas. O que pode, no entanto, ser esperado por aqueles que gerem e administram políticas, é que a política sobre a qualidade de vida possa alterar o ambiente, a prestação de serviços, a distribuição de riqueza, e assim por diante, e que tais fatores influenciarão sobre as percepções de qualidade de vida. O nível de felicidade ou bem-estar subjetivo, que resulta disso, entretanto, será determinado, pode-se argumentar, por traços individuais de personalidade. A saúde física será um grande impacto nas percepções da "qualidade de vida". No entanto, nos últimos anos, tem sido argumentado que, em nível de governo, as políticas têm um grande impacto sobre a probabilidade de problemas de saúde (Older, 2005).

Assim, faz-se primordial a disseminação social desmitificando o conceito de qualidade de vida associado ao mito de felicidade e buscar como recurso em organizações que percebem que a saúde do trabalhador está diretamente proporcional ao nível de produtividade. Ainda que o interesse da política neoliberal esteja associado à produtividade e ao lucro, a ideia é de trazer luz à realidade direta de que 'quanto mais elevada a qualidade de vida da população, maior a probabilidade do nível de produtividade', considerando o bem-estar e limitações de ordem psíquica e física individuais.

Nas pesquisas acerca da avaliação de qualidade de vida, o *SF-36* é um instrumento de medida designado para o uso em prática clínica e pesquisa, evolução em políticas de saúde e pesquisas para a população em geral (Bowling & Brazier, 1995). Por ser o mais utilizado para avaliação da qualidade de vida, sob o ponto de vista da saúde, o *SF-36* foi o instrumento escolhido para análise do presente estudo.

Essencial destacar neste estudo que, embora o instrumental utilizado traga um panorama da saúde, subdividido em escalas de saúde física e mental, o objetivo de análise, ao final, é integrá-los, contemplando uma análise do indivíduo em suas características multifacetada e unas. Com isso, quero dizer que, de acordo com Goldstein, sob a teoria organísmica, "o organismo é uma só unidade; o que ocorre em uma parte, afeta o todo". A pessoa é integrada e consistente (Goldstein, 1939, p. 307).

Ribeiro (2019) enfatiza ainda que, sob o aspecto da saúde, a organização é natural ao organismo e a desorganização é patológica.

*Desenvolver-se em um meio apropriado significa formar uma personalidade sadia e integrada. Não há nada que seja naturalmente mau no organismo; faz-se mau por interferência do ambiente inadequado. O princípio da equalização do organismo explica a consistência, a coerência e a ordenação do comportamento, apesar da influência de estímulos perturbadores (Goldstein, 1939, p. 307).*

Assim, esse estudo intencionou identificar aspectos da saúde, sob o instrumental descrito (*SF-36*), não no sentido de 'desmembrar' características de saúde evidenciadas pelos gestores no contexto da socioeducação, e sim, de apresentá-las, sem perder de vista a interação, correlação e interdependência, no sentido uno do funcionamento do organismo, como aponta Goldstein.

Ribeiro (2019) acrescenta que saúde resulta de um encontro de partes, em um sistema específico, em que o todo, de forma harmoniosa pode expressar um contato transformador. Saúde, em suma, é a fusão de um encontro saudável entre a realidade vivente e a interação com o organismo, dentro de um encontro de diferenças que se respeitam, na procura de uma unidade de sentido.

Com isso, a ideia geral deste artigo é fotografar a qualidade de vida dos gestores do sistema socioeducativo do Distrito Federal, no sentido de que, identificando as partes, faz-se possível 'alinhar' o todo.

Tendo em vista a qualidade de vida abranger aspectos de saúde física e mental, o *SF-36* tem sido de suma importância para vincular a vivência de estresse, incluindo o estresse crônico no trabalho, a resultados adversos à saúde física e mental (Siegrist, 1996), tais como processos de ansiedade, depressão (Murcia, Chastang, & Niedhammer, 2013) e *burnout* (Anderson & Publich, 2001).

Em revisão sistemática e meta-análise de 485 estudos com uma amostra de 267.995 indivíduos, avaliaram-se evidências que relacionavam satisfação com o trabalho ao bem-estar

físico e mental (Reime & Steiner, 2001). Houve forte associação entre baixos níveis de satisfação com o trabalho e problemas mentais e psicológicos como *burnout*, baixa autoestima, tristeza e ansiedade.

Ferreira & Mendes (2003) associam o conceito de saúde no trabalho à busca permanente pela integridade física, psíquica e social. Assim, a pergunta que motivou este artigo foi: Como está a qualidade de vida, sob o ponto de vista da saúde, dos gestores do sistema socioeducativo do Distrito Federal? Conseqüentemente, os gestores estão vivendo um processo saudável dentro na organização, no contexto de trabalho? Como está a percepção de si, sob os aspectos de saúde?

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA - Lei Federal 8069/90 (Brasil (1990)), medidas socioeducativas são medidas aplicáveis ao adolescente que pratica um ato infracional (a conduta descrita como crime ou contravenção penal). A medida somente é aplicada após o devido processo legal, podendo ser não privativas de liberdade (medidas de meio aberto), não restritiva de liberdade (semiliberdade) e privativa de liberdade (internação).

Nesta pesquisa, o objeto de estudo são os gestores do sistema socioeducativo do Distrito Federal. A Subsecretaria do Sistema Socioeducativo – SUBSIS elabora, coordena e executa a política de atendimento do adolescente autor de ato infracional. Entre as diretrizes desta política pública de acordo com o Sistema Nacional Socioeducativo – Lei 12.594/2012 – SINASE estão, além da responsabilização do jovem, o resgate da convivência familiar, o incentivo ao estudo, o fortalecimento de vínculos comunitários e o estímulo à autonomia por meio da participação social.

Com contribuições críticas, apontando a realidade da socioeducação brasileira, Yokoy de Souza (2012), em sua tese de doutorado, enfatiza que: "a saúde dos profissionais dos programas de atendimento socioeducativo é tema secundário nas pesquisas atuais e não existem dados epidemiológicos sistematizados sobre os processos de adoecimento no trabalho para essa população" (Yokoy de Souza, 2012, p. 7), quiçá à saúde voltada a gestores que, em tese, se debruçam a formar a socioeducação brasileira pautada fundamentalmente no SINASE e I Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo – PDASE, elaborado em 2016.

*A saúde dos educadores sociais é tema que emerge indiretamente e que remete a relatos sobre a precariedade das condições e dos meios de trabalho, sobre a baixa qualidade de vida no ambiente de trabalho, bem como sobre os principais sintomas percebidos fora da unidade socioeducativa* (Yokoy de Souza, 2012, p. 7; Roman, 2009; Romans, Patrus e Trilla, 2003).

Aqui, as questões refletem: o contexto de trabalho interage/interfere em suas vivências de saúde? O esgotamento emocional interfere em sua saúde física e/ou mental? O estado de saúde dos gestores varia conforme a hierarquização de cargos, de acordo com a estrutura organizacional das funções comissionadas? Em que medida esses gestores têm se apresentado sob estado/aspectos de vitalidade, e, cansaço? Em que proporção a saúde psíquica interfere na execução do trabalho cotidiano dos gestores? E as condições físicas? Interferem na execução das atividades diárias?

Assim, o objetivo geral deste artigo foi identificar e descrever a qualidade de vida, sob o ponto de vista da saúde, dos gestores do sistema socioeducativo do Distrito Federal, baseado no instrumental *SF-36*, que apresenta e mensura as condições físicas e psicológicas, e, no contexto de trabalho. De forma específica e consequente, objetivou-se relacionar o índice de esgotamento emocional do questionário *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)* aos domínios de saúde do *SF-36*, para descrever a qualidade de vida dos gestores.

Pressupõe-se que gestores apresentam maiores prejuízos em termos de saúde mental quando esgotados emocionalmente.

A segunda hipótese é que aqueles que apresentam domínios mais baixos em sua saúde física e mental, possuem maior propensão a dificuldades na execução das atividades diárias relacionadas às condições institucionais ao ambiente de riscos, quer seja: calor, frio, ruído excessivo ou insuficiente, iluminação precária, falta de higiene, alto risco tóxico e risco da vida.

## **Método**

### ***Participantes***

Como forma de garantir o anonimato e a confidencialidade dos participantes, o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Apêndice) foi enviado aos participantes informando sobre os riscos, objetivos, finalidades e benefícios deste estudo. Foram destacadas a voluntariedade e a garantia de que a equipe de pesquisa não tenha acesso, em momento algum, à identificação dos participantes. Acrescentou-se ainda que não houve a condição remuneratória ou incentivo financeiro para participação no estudo.

Para tanto, dos 218 gestores que compõem o organograma da estrutura de cargos do sistema socioeducativo no Distrito Federal, aproximadamente 180 estavam com *e-mails* atualizados e

acessaram o convite para participação desta pesquisa. O convite para participar foi enviado aos ocupantes de cargos em comissão por meio da plataforma *online LimeSurvey*. Destes 180 participantes, 103 responderam algumas questões dos questionários e 48 deles concluíram completamente a todas as perguntas e questionários.

### ***Materiais***

A amostra foi validada considerando a representatividade do número total de entrevistados que preencheram todos os instrumentos de pesquisa. O tempo médio para responder todos os instrumentos foi de aproximadamente 40 minutos. O estudo, de forma global, abrangeu três instrumentais que avaliam a saúde relacionada ao contexto de trabalho, quer seja para avaliação de níveis de *burnout*, domínios de saúde física e mental e escalas que identificam a satisfação no trabalho. Além disso, a pesquisa contou com perguntas sociodemográficas e questões relacionadas aos fatores de risco para o desenvolvimento do *burnout*.

Neste artigo, o foco da análise se deu sobre o instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos gestores: *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey*. Sob a referência de Bowling & Brazier (1995), esse questionário foi traduzido e validado no Brasil e adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira (Telles & Pimenta, 2009). O *SF-36* possui 36 itens, oito subescalas que agregam de 2 a 10 itens cada e duas medidas sintetizadas que agrupam as subescalas. As duas medidas do *SF-36* foram referidas como escalas que sintetizam o componente físico (*PCS-36*) e o componente mental (*MCS-36*). Após a identificação dos dados correspondentes aos componentes, foi realizado o cálculo da escala, pelo qual o valor das questões anteriores foi transformado em notas de 8 domínios, a saber: capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais, e, saúde mental; variando de 0 a 100, onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio.

Para a sequência da análise, foi traçado um perfil socioeconômico dos participantes visando identificar as principais características dos gestores, e, observados os dados relacionados aos fatores psicológicos, como tratamentos psicoterápicos ou outro tipo de apoio emocional; e, destacados os aspectos institucionais referentes ao desenvolvimento de *burnout*.

Na avaliação estatística da saúde física (*PCS*) e mental (*MCS*) dos participantes estudados, utilizou-se regressão linear múltipla com o intuito de encontrar relações entre o desenvolvimento



de *burnout* ligado aos aspectos institucionais e às escalas do *MBI* com as medidas de saúde (verificadas pelo *SF-36*). As variáveis dependentes foram: *PCS* e *MCS*; e as independentes: *MBI-EE* (escala de esgotamento emocional), *MBI-DE* (escala de despersonalização), *MBI-RP* (escala de realização pessoal).

Dado que um dos objetivos da pesquisa foi avaliar se houve diferença significativa entre os níveis de saúde, de acordo com os cargos ocupados pelos gestores, utilizou-se o teste não paramétrico de *Wilcoxon-Mann-Whitney*. Além disso, o teste de *Kruskal-Wallis* foi usado para comparar saúde física ou mental e relações sociais no trabalho.

### ***Procedimentos***

Inicialmente, sob autorização da Coordenação de Políticas e Atenção à Saúde de Jovens e Adolescentes do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal/SEJUS-DF, o convite para participação desta pesquisa foi enviado por este departamento, por *e-mail*, em meados de fevereiro à março de 2019, aos gestores deste sistema. Após encaminhado o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Apêndice) e informado os objetivos e finalidade desta pesquisa.

Durante os meses de abril a junho de 2019 os dados foram analisados pelo *software* livre R-3.6.1 (R Core Team, 2019). Em seguida, as análises descritivas e os resultados foram evidenciados de forma a responder as hipóteses e objetivos deste estudo.

### **Resultados**

De início, identificou-se o perfil da gestão do sistema socioeducativo do Distrito Federal, a partir de dados socioeconômicos. Para isso, dois grupos foram criados de acordo com a hierarquização de cargos. O Grupo 1 (participantes ocupantes de cargos comissionados correspondentes ao planejamento e coordenação da política pública da socioeducação do DF), é composto por 12 participantes, sendo 8 mulheres e 4 homens, relacionou-se as posições hierárquicas de execução para coordenação, planejamento e gestão, podendo abarcar as funções de coordenador geral; coordenador; chefe e diretor. Neste Grupo a idade média é de 39 anos, variando entre 29-46 anos. Deste, 9 possuem o estado civil como 'solteiros' e 3 se consideram em 'algum tipo de relacionamento'. Com relação à saúde, 75% dos participantes do Grupo 1 relataram

não possuir nenhum diagnóstico de doença crônica. Todos afirmaram ter algum suporte emocional para lidar com problemas em geral e um se encontra em processo psicoterápico.

O outro Grupo foi formado por 36 gestores (participantes ocupantes de cargos comissionados correspondentes ao gerenciamento ligado à operacionalização e/ou assessoramento na execução da política pública da socioeducação do DF), contendo 24 mulheres e 12 homens, sendo 23 'solteiros' e 13 'em um relacionamento'. Este Grupo referiu-se aos cargos hierárquicos de execução operacional de gestão e assessoria, podendo conter as funções de vice-diretor; gerente; assessor; assessor da escola; chefe de plantão; e supervisor. A  $M_{idade} = 40$  e variou entre 28-59 anos. Diferente do Grupo 1, aproximadamente 36% informaram ter pelo menos um diagnóstico de doença crônica e somente um gestor deste Grupo mencionou não possuir apoio emocional para lidar com problemas, enquanto que, cerca de 22% estão em processo psicoterapêutico.

Sobre suas atividades extras as da secretaria (realizadas pelos 48 participantes), 66% informaram exercer atividades domésticas e 37% executam atividades vinculadas à educação dos filhos. Já 31% dos participantes se ocupam em outros cursos e 18% em outros empregos. Cerca de 60% dos participantes consideram-se 'parcialmente satisfeitos' com o tempo empregado em suas atividades de lazer, cultura, esporte e/ou arte. Somente 22% relataram estar plenamente satisfeitos e 16% não estão satisfeitos com o tempo direcionado à diversão, cultura, atividades esportivas e/ou artísticas.

Esses dados são importantes para ponderar que os resultados de saúde apontados pelo *SF-36* podem ser influenciados também pelas atividades trabalhosas além do desempenho da função no ambiente de trabalho. A maior parte dos gestores não se encontra satisfeita com o tempo dedicado às atividades consideradas, grosso modo, 'não estressantes'. Além disso, as atividades mais realizadas fora do trabalho no sistema socioeducativo são caracterizadas por alta sobrecarga, a saber, as de cunho doméstico.

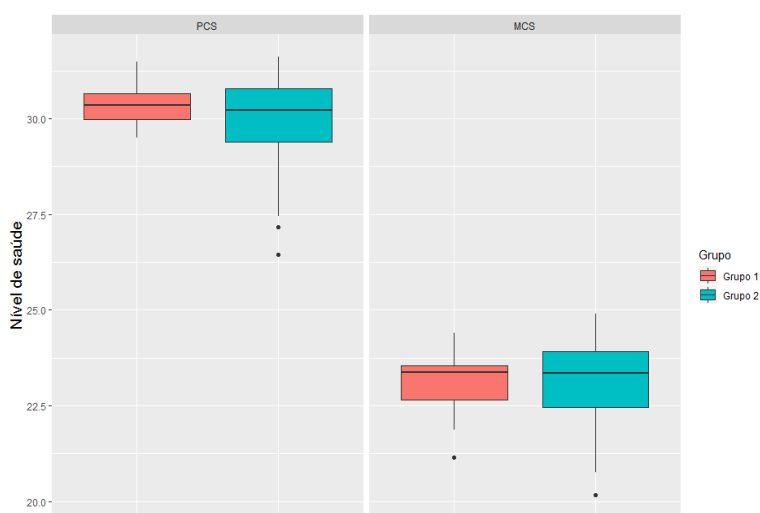
### ***Estado de saúde pelo Teste Wilcoxon-Mann-Whitney***

Após a aplicação do questionário *SF-36*, verificou-se se as medidas foram influenciadas pela hierarquização de cargos.

A Figura 1 compara os níveis de saúde física e mental, calculados a partir do questionário *SF-36*, entre os cargos de maior complexidade quanto à responsabilização, conforme atribuições

dos respectivos cargos (Grupo 1: Chefe, Diretor e Coordenador) e Grupo 2. As caixas estão em posições próximas nos dois aspectos de saúde, indicando que não há diferença significativa entre os dois grupos de gestores, de acordo com a proporcionalidade das respectivas medianas (participação da metade dos participantes de cada grupo, relacionados aos níveis de saúde - *PCS* e *MCS*). O Teste de *Wilcoxon-Mann-Whitney* apresentou a mesma conclusão ( $p= 0,533$  e  $p= 0,488$  para *PCS* e *MCS*, respectivamente). Entretanto, a diferença entre os níveis de saúde física e mental foram claramente desiguais. Ambos os grupos apresentaram índices maiores de saúde física e mostraram baixa qualidade de vida, sob o aspecto da saúde mental

Destaca-se que, para fins de interpretação, o *SF-36* não possui a finalidade de diagnóstico.



**Figura 1-** Comparação do estado de saúde física e mental entre os dois grupos avaliados

### *Análise descritiva e inferencial dos domínios do SF-36*

Tabela 1

*Medidas descritivas para os oito domínios do SF-36 dos dois grupos de hierarquia*

	CF	LF	DO	SG	VT	AS	LE	SP
Grupo 1 N=12								
Média	92	73	69	79	55	62	70	70
IC (95%)	90; 94	69; 78	63; 75	75; 83	52; 57	58; 66	66; 75	68; 73
Grupo 2 N=36								
Média	86,4	77,6	68,5	69,4	54,6	58,0	73,8	70,6
IC (95%)	83,5 ; 89,3	73,8;81,4	65,0;72,0	66,1;72,7	52,6;56,6	54,9;61,1	69,9;77,8	68,7;72,5

**Nota.** CF – Capacidade Funcional; LF – Limitações por aspectos físicos; DO – Dor; SG – Quadro geral da saúde; VT – Vitalidade; AS – Aspectos sociais; LE – Limitações por aspectos emocionais; SP – Saúde psíquica.

Para o *SF-36*, os dois estados de saúde (física e mental) são variáveis que dependem dos outros domínios. A Tabela 1 contém a comparação entre os dois grupos hierárquicos observando os níveis dos oito domínios desenvolvidos pelo *SF-36*. A Capacidade Funcional (CF) possui um nível médio maior para o Grupo 1 e a estimativa de erro da média pode variar até quase 95, mostrando que, em geral, o Grupo 1 possui ótima capacidade funcional, dado que o máximo é 100. Entretanto, o escore médio da vitalidade (VT) apresentou um índice significativamente menor que o do domínio da Capacidade Funcional. Além disso, o domínio (VT) foi equivalente em ambos os grupos.

Com relação aos domínios específicos de saúde psíquica (SP) e dor (DO) também não houve diferença relevante entre os dois Grupos.

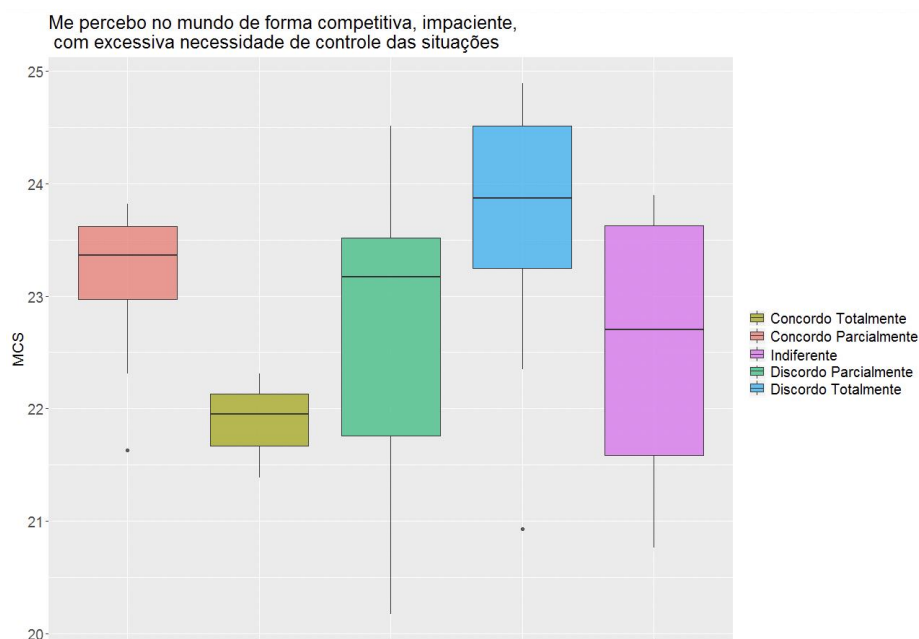
Dos participantes com menores índices de vitalidade ( $n = 14$ , com escore abaixo de 45), cerca de 36% deles afirmaram passar por tratamento psiquiátrico e 93% destes 14 participantes, concordaram que 'há riscos no ambiente de trabalho, tais como calor, frio e ruídos excessivos ou iluminação insuficiente, pouca higiene, alto risco tóxico e até a vida'. Para os que possuem um índice maior de vitalidade, esse percentual baixa para 85%, confirmando então, a segunda hipótese deste artigo. Aqueles gestores que obtiveram índices baixos em relação à qualidade da saúde, sob o ponto de vista do *SF-36*, apresentaram mais dificuldades na execução das atividades diárias, devido à riscos no ambiente de trabalho. É importante observar que o nível de escore médio da vitalidade foi o menor dentre os oitos domínios, independentemente da hierarquia entre os cargos.

Outro domínio de destaque foi o referente ao quadro geral da saúde (SG), em que apresentou índice médio 10 pontos menor no Grupo 2 com relação ao Grupo 1, e, essa diferença é mantida também no Intervalo de Confiança. Com isso, concluiu-se que os participantes que executam funções operacionais de gestão e assessoramento, podendo conter os cargos de vice-diretor; gerente; assessor; assessor da escola; chefe de plantão; e supervisor – Grupo 2, ainda que, com a taxa de 10 pontos menor em relação ao Grupo referente às posições hierárquicas de execução para coordenação, planejamento e gestão, especificamente relacionadas às funções de coordenador geral; coordenador; chefe e diretor, de forma geral – Grupo 1, os domínios não revelaram diferenças significativas entre eles. Vale ressaltar que estes dados supostamente 'equivalentes' para ambos os grupos não mensuraram as consequências de saúde pelo fato do Grupo 2 ser três vezes

maior no número de participação – considerando que há mais disponibilidade de cargos para as funções correspondentes a este Grupo. Ou seja, aqui se evidenciou somente a pontuação de acordo com a hierarquização de cargos.

De modo geral, a maioria dos domínios apresentaram índices satisfatórios nos dois Grupos, com exceção dos domínios sobre vitalidade e aspectos sociais. Contudo, quando calculados todos os índices das subescalas de saúde física e mental, integrando-os, de acordo com a fórmula referente à análise do *SF-36*, à qualidade de vida dos participantes, de modo geral, está 72.02 pontos abaixo de uma qualificação máxima (considerando um intervalo de 0 a 100). Entretanto, para identificação precisa correspondente a cada subescala de saúde física e saúde mental, é legítimo considerar as respectivas medidas, de acordo com as pontuações correspondentes a cada uma delas, em que a saúde mental mostrou-se visivelmente mais baixa que a saúde física.

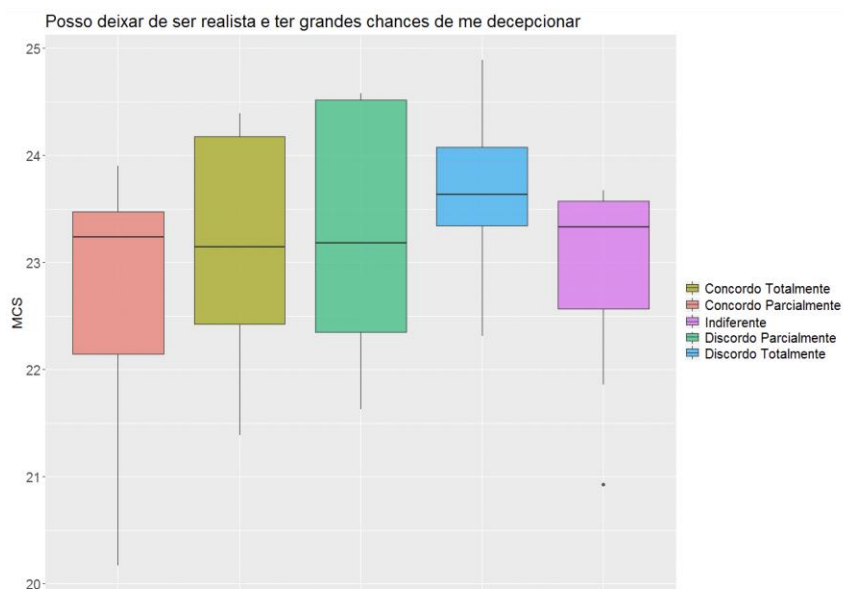
### *SF-36 e a correlação com burnout*



**Figura 2** - Comparação entre saúde mental (*MCS*) e percepção no mundo de forma competitiva e impaciente

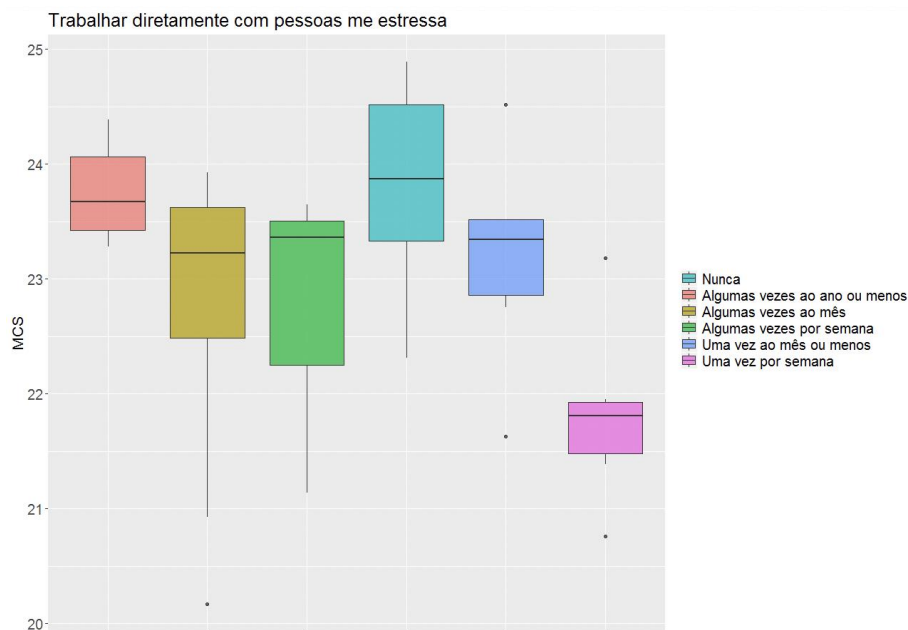
De acordo com Maslach (1993) e com Schaufeli & Greenglass (2001), tendo como referência os 'indivíduos e principais índices de *burnout*', há relação de dependência entre o fator

de personalidade 'sem resistência ao estresse' relacionado à característica de 'autopercepção no mundo de forma competitiva, impaciente, com excessiva necessidade de controle das situações' e a saúde mental (*MCS*) com  $p = 0,037$ . Notou-se que a caixa azul referente aos participantes que discordaram totalmente desta afirmação, está acima dos demais, mostrando saúde mental melhor que os outros participantes. Além disso, é possível notar também que os gestores que concordaram totalmente com esta afirmação encontraram-se no pior quadro de saúde mental.



**Figura 3** - Comparação entre saúde mental (*MCS*) e grandes chances de se decepcionar

Ainda acerca dos fatores 'tipos de personalidade' relacionados aos aspectos individuais e principais taxas de desenvolvimento de *burnout* (Maslach, 1993; Schaufeli & Greenglass, 2001), em especial, à 'indivíduos com grandes expectativas', não houve indícios de relação entre a característica 'posso deixar de ser realista e ter grandes chances de me decepcionar' e o nível de saúde mental dos gestores, de acordo com a figura acima e o teste de *Kruskal-Wallis* ( $p = 0,268$ ).



**Figura 4** - Comparação entre saúde mental (*MCS*) e estresse ao trabalhar com pessoas

Em conformidade ao item 16 'Trabalhar diretamente com pessoas coloca muito estresse em mim', do *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)*, correspondente à avaliação do nível de esgotamento emocional (Maslach, 2003), pela Figura 4 é notório que os participantes que afirmaram que 'nunca' se estressaram ao lidar diretamente com pessoas mostraram uma saúde mental melhor que todos os demais. Já aqueles que se estressaram 'uma vez por semana' (caixa rosa) possuíram o pior quadro de saúde mental. De forma complementar, o teste *Kruskal-Wallis* apresentou relação de dependência entre esse tipo de característica de esgotamento emocional e saúde mental ( $p = 0,035$ ).

Outros indicativos de qualidade de vida podem ser observados entre 'esgotamento emocional' (*MBI-HSS*) e 'saúde mental' (*SF-36*) e entre 'esgotamento emocional' (*MBI-HSS*) e 'vitalidade' (*SF-36*). As duas comparações, de acordo com a correlação linear de *Pearson*, mostraram correlações inversas, ou seja, quanto maior uma medida menor a outra. Por exemplo, entre 'esgotamento emocional' e 'saúde mental' (*MCS*), a relação foi igual a  $-0,53$ , apontando que quanto maior o 'esgotamento emocional' (*MBI-EE*), pior será a 'saúde mental' (*MCS*) do participante, assim como quanto menor o 'esgotamento emocional' (*MBI-EE*), mais vitalidade (*SF-36*, *VT*) terão os participantes, porém, com uma correlação mais forte que a anterior ( $= -0,7524$ ). Assim, se confirma

a primeira hipótese deste artigo, 'gestores com nível de esgotamento emocional mais elevado' possuem a saúde mental mais prejudicada.

### **Discussão e Considerações Finais**

O *status* de saúde é um construto social no qual a avaliação da função de saúde de uma pessoa é feita dentro de uma compreensão cultural específica de saúde. A validade transcultural de um instrumento deve adotar o sistema descritivo desenvolvido internacionalmente. Nessa direção, o objetivo principal do presente artigo foi apresentar a qualidade de vida, a partir das escalas e das medidas do *SF-36*.

Com as análises descritivas e correlacionais que compararam a distribuição em grupos interdependentes, de acordo com Ferreira & Mendes (2003), este estudo apontou o panorama inicial com dados quantitativos que podem contribuir e enriquecer pesquisas futuras sob a fundamentação hermenêutica e qualitativa. Em relação à questão central que motivou a identificação da qualidade de vida dos gestores do sistema socioeducativo do Distrito Federal, sob o *SF-36*, em síntese, evidenciou-se que a qualidade da saúde dos gestores mostrou-se semelhante nos dois grupos subdivididos neste estudo (*PCS*,  $p = 0,533$  e *MCS*,  $p = 0,488$ ) e, conforme evidenciou-se na Figura 1, com níveis de medida diferentes nos aspectos de saúde física e psíquica.

Supõe-se que a diferenciação dos aspectos de saúde física divergiu das probabilidades de nível 'mental', em certa medida, por questões relacionadas ao perfil do gestor do sistema socioeducativo. Culturalmente, ainda sob consequência do processo não constituído (enraizado) da identidade e formação do papel do socioeducador (Bisinoto, 2017), tampouco a do gestor no contexto socioeducativo, atribui-se ao socioeducador, de forma geral, em especial ao cargo de agente socioeducativo, a crença da necessidade de valores ligados ao vigor e estética, para que, em casos de urgência – na realidade, em contextos excepcionais, realizar atividades que careçam de força física para contenção e segurança, de forma análoga, às atribuições inerentes do cargo de agente penitenciário (Baptista, 2013). Com isso, reforçado por fatores sociais, prima-se pelo cuidado à alimentação 'regrada' associada ao culto ao corpo e ao vigor físico.

Sob a perspectiva do desenvolvimento de *burnout* (Maslach, 2003), a taxa mais elevada dos gestores (de esgotamento emocional - *MBI-EE* para 70% dos participantes desta pesquisa), interferiu na saúde mental deles, devido ao baixo domínio de saúde mental (correlação= -0,5282).



Dentro dessa ótica, o 'esgotamento emocional' (*MBI-EE*) demonstrou-se inversamente proporcional ao nível de 'saúde mental' (*SF-36*).

Assim, deduziu-se, sob os aspectos do *SF-36*, em especial quando somados à avaliação referente aos aspectos de saúde mental, que a saúde merece atenção especial quanto ao (auto)cuidado.

Sobre o perfil gestor, faz-se relevante considerar também a idade média de 39 e 40 anos de idade, sendo o mais novo com 28 anos de idade e o mais velho com 49. Sob os domínios de saúde (*SF-36*), o escore médio da 'capacidade funcional' (CF) revelou uma taxa significativamente maior que o índice do domínio da vitalidade (VT), sendo o nível de escore médio deste o mais baixo dos oito domínios.

Sob o ponto de vista da saúde conceituada de forma global e interativa (Bezerra & Sorpreso, 2016), os processos de doenças ocorrem com a ruptura do contato em campos macros da dimensão relacional, aqui, sob a esfera psicoemocional e socioambiental (Ribeiro, 2019). Neste contexto, verificou-se que o nível de *burnout* relacionado ao 'esgotamento emocional' e ao aspecto da 'vitalidade' (*SF-36*, VT) ocorre sob relação de proporções inversas, ou seja, quanto maior o domínio da 'vitalidade' (*SF-36*, VT), menor o nível de 'esgotamento emocional' (*MBI-EE*). Assim, a pesquisa aponta a necessidade de providências para promoção da saúde dos gestores relacionada à qualidade de vida deles.

Essa conclusão também se potencializou com os resultados de que, parte considerável deles (36%), apresentaram as taxas mais baixas de 'vitalidade' (*SF-36*, VT) e estão sob tratamento clínico psiquiátrico. Em relação ao campo socioambiental, a grande maioria (93%) dos que se mostraram com o domínio 'vitalidade' baixo mencionaram os aspectos físicos no ambiente como prejudiciais ao contexto de saúde ligado ao trabalho.

Sob este ângulo, é notório ainda que os gestores que obtiveram índices baixos em relação à qualidade da saúde (*SF-36*) apresentaram maiores dificuldades na execução das atividades diárias, devido à riscos no ambiente de trabalho. Em contrapartida, conforme a Figura 4 ilustrada nos resultados, aqueles que revelaram que 'nunca' se estressaram ao lidar diretamente com pessoas (*MBI-HSS*, item 16) indicaram uma saúde mental melhor.

Nesse sentido, consoante à pesquisa de Yokoy de Souza (2012), verificou-se neste artigo que o contexto de trabalho interfere significativamente nas vivências de saúde dos gestores, em que neste cenário, também foi apontada a precariedade das condições e dos meios de trabalho, em

que se notou a baixa qualidade de vida no ambiente de trabalho, bem como sobre os principais sintomas percebidos fora da unidade socioeducativa (Yokoy de Souza, 2012; Roman, 2009; Romans, Patrus e Trilla, 2003).

Para as pesquisas conseguintes, de acordo com a perspectiva da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994) acerca da prospecção de uma qualidade de vida considerada 'saudável', este estudo indicou que há a necessidade de identificação e descrição dos fatores ligados à 'saúde física, o estado psicológico, o nível de independência e as relações sociais do indivíduo e suas interfaces com o meio onde está inserido' e se estão correlacionados à baixa saúde mental experimentada pelos gestores, de acordo com o resultado do nível *MCS, SF-36* (pontuação de 24,54). E ainda, verificar, conforme Ware e Gandek (1994), quais fatores negativos (síndromes ou doenças) estão concomitantes a baixa taxa de saúde mental.

Por outro lado, de forma também relevante, é importante averiguar os aspectos positivos relacionados ao bem-estar, pois esses podem legitimar a resignificação de modos e estilos de vida, assim como a contínua construção e atualização de propostas que visem a saúde do trabalhador que gerencia a socioeducação no Distrito Federal.

Grosso modo, este estudo com a avaliação da saúde, a partir do *SF-36*, forneceu subsídios para criação de propostas e programas de saúde pública destinados aos profissionais que atuam em entidades governamentais, especialmente àquelas que realizam atendimento com altos níveis de complexidade em termos de psicológicos, emocionais e de sobrecarga de trabalho. Sob esta finalidade, pode-se provocar uma atitude proativa por parte da instituição, a partir de um entendimento de que os benefícios são maiores quando se tenta evitar que uma certa disfunção possa atrapalhar o funcionamento da organização.

Entretanto, a avaliação deste artigo foi fundamentada na análise de instrumentais que avaliam índices de saúde e níveis de *burnout*. Há de se considerar que, para se realizar um panorama de saúde sob o ponto de vista holístico e da teoria organísmica, como propõem Ribeiro (2019) e Goldstein (1939), faz-se vital analisar outros aspectos para além do contexto de trabalho. Como identificados nesta pesquisa, 66% dos gestores dedicam-se à atividades domésticas; 37% às de educação dos filhos; 31% realizam outros cursos; 18% trabalham em mais de um emprego; e 60% estão 'parcialmente satisfeitos' com as vivências de lazer, culturais, esportivas e/ou artísticas. Em especial, é relevante focar na autopercepção sobre formas de estar inserido e integrado (no sentido relacional), de fazer contato na vida para, neste contexto, surgir a necessidade do

movimento direcionado à criação de estratégias de enfrentamento, de mediação individual e coletiva (Ferreira & Mendes, 2003) sob a perspectiva de harmonização da saúde, em seu conceito 'biopsicossociotranscendental' (Ribeiro, 2019).

Nessa direção, a identificação nesta pesquisa dos fatores de personalidade, particularmente, os individuais, que tendem a conduzir a um processo de adoecimento – de desenvolvimento de *burnout* e aos que conduzem a uma saúde mental, foram de suma importância como passo inicial para possibilitar, se de interesse for, a ampliação da perspectiva do gestor com o propósito de (re)elaboração de suas próprias vivências. Para tanto, em conformidade com outra pergunta - Como está a percepção de si sob os aspectos de saúde? - que motivou o desenvolvimento deste estudo, notou-se a relação de dependência entre o fator de personalidade 'sem resistência ao estresse' ligado à característica de 'autopercepção no mundo de forma competitiva, impaciente, com excessiva necessidade de controle das situações' e a saúde mental (*SF-36*, *MCS* com  $p = 0,037$ ).

Nesse sentido, este estudo atende o propósito de 'despertar' os próprios gestores a avaliação de sua saúde de forma geral, retratando a qualidade de vida no contexto comum da organização socioeducativa.

De forma paralela, este estudo oportuniza o início de um processo que possibilite a revisão e atualização de escolhas que integrem as respectivas vivências relacionadas à qualidade de vida, conforme as necessidades individuais percebidas por cada gestor, em especial àqueles que não ainda não manifestaram interesse e/ou não acessaram formas diversas de autocuidado relacionado à saúde mental.

Contudo, as perguntas deste estudo em que se questionou a interferência da saúde psíquica e as condições físicas na execução do trabalho cotidiano dos gestores e na execução das atividades diárias devem ser analisadas em um panorama de maior complexidade e abrangência.

Sob o ponto de vista humanista e existencial, em que a autonomia e a liberdade de escolha viabilizam processos de harmonização individual, em consonância com os aspectos geobiológicos e sacrotranscendentais sob as formas de fazer contato, no sentido relacional e abrangente da saúde (Ribeiro, 2019), faz-se de extrema relevância a investigação em próximos estudos das necessidades específicas relacionadas ao trabalho na gestão, as quais os questionários aqui referenciados (*MBI-HSS* e *SF-36*) não contemplaram por limitações de abrangência às especificadas da realidade vivida no sistema socioeducativo, quer sejam sócio-históricas,

territoriais e/ou culturais. Uma vez que cada profissional apresenta uma demanda específica, cabe-lhe reconhecer e adaptar sua necessidade aos instrumentos a que tem acesso, adotando a técnica mais adequada para lidar com o quadro de saúde apresentado.

Ferreira & Mendes (2003) sugerem em estudos relacionados à qualidade de vida e contexto de trabalho, de forma complementar, a utilização de análises qualitativas descritivas e inferências (análise de conteúdo, de discurso e hermenêutica), tendo em vista que a diversificação da técnica de coleta e análise de dados é de grande valia quando o objeto de estudo é a inter-relação 'indivíduo-trabalho-saúde'.

Diante disso, este estudo pretendeu contribuir com o avanço nas pesquisas sobre os processos de saúde e se propõe, ainda, a partir de possíveis identificações de ações e mediações dos gestores da subsecretaria e de suas vivências de prazer e sofrimento no contexto organizacional, dar visibilidade à repercussão dessas ações na efetivação da execução da política pública socioeducativa.

Aliadas à outras pesquisas, propostas de valorização à saúde e qualidade de vida do trabalhador, especialmente àqueles que lidam com contexto de alto nível de pressão gestora, possam surgir de forma a reverberar não só na saúde mental e qualidade de vida dos servidores públicos, mas também a qualidade, eficiência e eficácia do serviço público prestado.

## **Agradecimentos**

Agradecemos à equipe da Subsecretaria do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal pelo apoio e incentivo à realização desta pesquisa.

## **Referências**

- Anderson, P & Publich, M. (2011). Managing workplace stress in a dynamic environment. *Health Care Manag.*
- Baptista, C. (2013). Impacto das relações intersubjetividade na implementação da política nacional de atendimento socioeducativo. *Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. UnB.*
- Bezerra, M., e Sorpreso, I. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 11-20. <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>

- Bisinoto, C. (2017). *Docência na socioeducação: a experiência de um processo de formação continuada*. Brasília: FUP – UnB. 224 p.
- Boorse, C. (1977). *Health as a theoretical concept*. *Philosophy of Science*, v.44, p.542-73. In: [https://bioetyka.uw.edu.pl/wpcontent/uploads/2014/10/06\\_BoorseHealthConcept.pdf](https://bioetyka.uw.edu.pl/wpcontent/uploads/2014/10/06_BoorseHealthConcept.pdf). Acesso em: 17 dez. 2018
- Bowling A. e Brazier J. (1995). Quality of life in social science and medicine Introduction. *Soc Sci Med*. 41:1337-8.
- Brazier J. E. , Harper R., Jones N. M. B., O' Cathian A., Thomas K. J., Unsherwood T., Westlake L. (1992). *Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care*. *BMJ*, 305: 160-4.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, DF. Recuperado em 02 de novembro, 2017, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)
- Brinkmann, S. (2008). Identity as Self-Interpretation. *Theory & Psychology*, 18(3), p. 404-422.
- Canguilhem, G. (1990). *La Santé: concept vulgaire et question philosophique*. Toulouse: Sables, 36 p.
- Ciconelli R. M. (1997). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. 120p. *Tese (doutorado em Ciências Médicas) – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo*.
- Constituição da República Federativa do Brasil (1988).  
In: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Ferreira, M e Mendes, A. (2003). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social brasileira*. Brasília: Ler, Pensar, Agir.
- Fleck, M.P.A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*. V.5, n.1. In: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 dez. 2018.
- Goldstein, K (1939). *The Organism*. Nova York: American Book.
- Maslach, C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective*. In Schaufeli, W.B. & Maslach, C. & Marek, T. (Eds). *Professional Burnout, Recent developments in Theory and Research*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Maslach, C. Job Burnout: New directions in research and intervention. (2003). *Current Directions in Psychological Science*, v. 12, n. 5, p. 189-192, Oct. ISSN 0963-7214. Retrieved from: <Go to ISI>://WOS:000185645800009 >.

- McHorney C. A., Ware J. E., Rogers W., Raczek A. E., Lu J. F. R. (1992). The validity and relative precision of MOS short and long-form health status scales and Dartmouth COOP charts. *Medical Care*, 30(5): MS253-65.
- Murcia, M., Chastang, F., e Niedhammer I. (2013). *Psychosocial work factors, major depressive and generalized anxiety disorders: results from the French national SIP study*. *J AffectDisord.*; 146(3): 319-27.
- Older, G. (2005). Understanding Quality of Life in Old Age. *Quality of life: meaning and measurement*. Berkshire, England: Open University Press.
- R Core Team. (2019). R: a language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. Retrieved from <https://www.R-project.org/>
- Reime, B. e Steiner, I. (2001). Burned-out or depressive? An empirical study regarding the construct validity of burnout in contrast to depression. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 51 (8), 304-7.
- Ribeiro, J. (2019). *O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica*. 8. ed. São Paulo: Summus.
- Roman, M. D. (2009). Psicologia e Adolescência Encarcerada. *Embates de uma atuação em meio à barbárie*. São Paulo: Editora Unifesp.
- Romans, M.; Patrus, A. e Trilla, J. (2003). *Profissão: educador social*. Trad. Ernani Rosa. Porto Alegre: Artmed.
- Seidl E. e; Zannon C. (2004). *Cadernos de saúde pública*. SciELO Public Health.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high – effort/low-reward conditions. *Occup Health Psychol.*, 1(1), 27-41.
- Schaufeli, W. B. & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology Health*, 16 (5), 501–510.
- Souza J. C., Paiva T. e Reimão R. (2006). Qualidade de vida de caminhoneiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(3), 184-189. <https://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000300002>
- Souza, J. e Urio, A. e Manorov, M. e Geremia, D. e Hillesheim, A. e Madureira, V. (2019). Conceitos e práticas em saúde: a enfermagem comemorando o Dia Internacional da Saúde. Extensio: *Revista Eletrônica de Extensão*. 16. 123-132. 10.5007/1807-0221.2019v16n33p123.
- Telles, S. H. e Pimenta, A. M. C. (2009). Síndrome de *burnout* em acs e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Sociedade*, 18 (3), 467–478.

- Ware J. E., Brook R. H., Rogers W. H., Keeper E. B., Davies A. R., Sherbourne C. D., Goldenberg G. A., Camp P. e Newhouse J. P. (1986). Comparison of health outcomes at a health maintenance organization with those of fee-for-service care. *Lancet*, 1, 1017-1022.
- Ware J. E., Gandek B. (1994). The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *Int J Ment Health*, 23: 49-73.
- Ware J. E. e Sherbourne C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473-83.
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Acesso em: 28 maio 2018.
- WHO (1994). *Quality of life assessment an annotated bibliography*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61629/WHO\\_MNH\\_PSF\\_94.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61629/WHO_MNH_PSF_94.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 02 ago. 2019.
- Yokoy de Souza, T. (2012). Processos de desenvolvimento de educadores sociais do sistema de medidas socioeducativas: indicadores de formação. *Tese. Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Zanello, V. (2018). *Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.

### **Artigo 3 – Os (Dis)sabores do Contexto de Trabalho vivenciado por Gestores na Organização Socioeducativa do Distrito Federal, à luz de uma análise estatística descritiva em Saúde Mental**

Tatiana de Paula Soares<sup>1</sup>  
Jorge Ponciano Ribeiro<sup>2</sup>  
*Universidade de Brasília, Brasil*

#### **RESUMO**

Um aumento no número de horas gastas na força de trabalho e, o estresse no trabalho têm sido fatores proeminentes no aumento dos problemas de saúde. Nas organizações, o conceito de trabalho possui interface importante com o perfil da gestão e o trabalho ocupa um papel central na formação das subjetividades dos gestores. Esta pesquisa objetivou, por meio do *Job Content Questionnaire (JCQ)*, identificar e descrever o nível das escalas 'demanda', 'controle' e 'apoio' institucionais aliados ao contexto de trabalho e à realização profissional da gestão da socioeducação no Distrito Federal. Através de correlações, avaliaram-se as relações sociais no trabalho, a saúde mental e o impacto na qualidade de vida e no desenvolvimento de *burnout*, aliados à precarização do ambiente de trabalho. Com isso, as regressões múltiplas ocorreram a partir das variáveis do *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey (SF-36)*, *Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)* e *JCQ*. A amostra deste estudo foi constituída por 48 gestores que concluíram todas as questões, sobre: itens sociodemográficos; níveis de saúde física, mental, *burnout*; e contexto de trabalho. Entretanto, neste artigo em especial, focou-se na avaliação do instrumental proposto por Robert Karasek acerca da satisfação no trabalho. Nos resultados, verificou-se que, independente da hierarquização de cargos, o controle e o apoio institucional tiveram a mesma influência nos gestores que apresentaram níveis de *burnout*. Evidenciou-se que, quanto maior o esgotamento emocional, mais as relações com a equipe de trabalho foram afetadas. Sobre a qualidade de vida, quanto menor a capacidade funcional, maiores as perdas da saúde, em aspectos físicos, e, quanto menor a autonomia do gestor, menor o nível de saúde mental. Acerca das condições de trabalho, 77% (37 de 48 participantes) afirmaram que há repetição frequente das mesmas atividades e com relação à escala demanda, cerca de 66% (32 de 48 participantes) precisam rotineiramente realizar seu trabalho de maneira célere, fatos que podem ser levar à piora do quadro de saúde mental. De forma geral, este artigo visou possibilitar a identificação de elementos que possam suscitar em instrumento político, fundamentado em reflexões sobre a saúde do gestor no campo do trabalho. Com isso, é possível desembocar em ideias e práticas, poderão ser revistas inter-relações, relações de poder, ações políticas e formas de gestão de acordo com a estrutura e cultura organizacional, e mobilização/interesse da equipe gestora.

**Palavras-chave:** contexto de trabalho, gestão, satisfação profissional, sistema socioeducativo.

---

<sup>1</sup> Aluna de Mestrado de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB, Brasília. Mestre em Psicologia Clínica, Psicopatologia e Psicologia da Saúde da Universidade Federal de Toulouse *Jean Jaurès*, França. E-mail: tatiana.soares@gmail.com.

<sup>2</sup> Orientador da Pesquisa. Professor titular emérito da UnB e Unimontes (Phd). Fundador e presidente do IGTA, *charter member of the IGTA*.



## ABSTRACT

An increase in the number of hours spent at work and, as a result, stress at work has been a prominent factor in increasing health problems. In organizations, the concept of work has an important interface with the management profile and work occupies a central role in the managers' subjectivities. This research aimed, through the Job Content Questionnaire (JCQ), to identify and describe the level of the demand, control and support of the organization allied to the work context and the professional accomplishment of the management of socio-education in the *Distrito Federal*, Brazil. Through correlations, it was assessed social relationships at work and mental health and the impact on quality of life and burnout development, allied to the precariousness of the work environment. Thus, multiple regressions were occurred from the variables of the Medical Outcomes Study (SF-36), Health Survey (SF-36), Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) and JCQ. The sample of this study consisted of 48 managers who completed all questions about sociodemographic items; levels of physical health, mental health, burnout; and, job context. However, in this particular paper, it was focused on the assessment of the instrument proposed by Robert Karasek on job satisfaction. In the results, it was found that regardless of the hierarchy of positions, institutional control and support had the same influence on managers who had burnout levels. It was evidenced that the greater the emotional exhaustion, the more the relations with the work team were affected. Regarding quality of life, the lower the functional capacity, the greater the health losses, in physical aspects. And the lower the autonomy of the manager, the lower the mental health level. Regarding working conditions, 77% (37 of 48 participants) stated that there is frequent repetition of the same activities, and regarding the demand scale, about 66% (32 of 48 participants) routinely need to perform their work quickly. These facts can be detrimental to the worsening of mental health. In general, this research aimed to make possible from the presented data, the identification of elements that can raise in political instrument, based on reflections on the health of the manager in the job context.

**Keywords:** job context, control, job satisfaction, management, socio-educational system.

## Introdução

Em tempos recentes, muito se tem estudado sobre a organização do trabalho, entretanto, especificamente acerca dos aspectos de saúde, pouco estão disponíveis dados clínicos que amparem o gestor, e de forma ínfima, as dificuldades enfrentadas em seu cotidiano no universo institucional. Não existem muitas análises que visem compreender os trabalhadores em função gestora na execução de políticas públicas (Seligmann-Silva, 2011; Mendes, 1999), em especial a socioeducação, que tenha como foco a sua saúde, incluindo os (dis)sabores profissionais no contexto de trabalho. É neste lugar que pretendo proceder esta pesquisa.

Nos últimos 30 anos, houve uma crescente 'necessidade' de dispender tempo às atividades no trabalho, ocasionando estresse a partir deste contexto, o que tem sido um fator gerador aos

processos de adoecimento na população ativa (Briner, 2000). A questão mais preocupante em torno do estresse no trabalho é o impacto que ele exerce sobre a saúde.

Evidências sugerem que o estresse no trabalho está implicado no aumento das taxas de absenteísmo (Krantz & Lundberg, 2006), níveis altos de cortisol nas mulheres (Evolahti, Hultcrantz, & Collins, 2006), efeito bidirecional do Índice de Massa Corporal em homens (Kivimäki et al., 2006) e alta associação entre dor crônica e depressão (Munce, Weller, Blackmore, Heinmaac, Katz, & Stewart, 2006). É importante ressaltar que nem todos os ambientes da instituição influenciam da mesma maneira o estresse no trabalho. Pelo contrário, o estresse é uma combinação dos ambientes físicos e psicológicos (Briner, 2000).

O estresse crônico no ambiente de trabalho resulta na perda do sentido do trabalhador e da sua relação com o trabalho. Como profissionais de risco são apontados os da área de educação e de saúde, policiais e agentes penitenciários, entre outros (Dememouti, Bakker, Nachreiner, Schaufeli, 2001).

De um ponto de vista socioeconômico, de forma gradativa, de acordo com Sauter et al. (2004), a nova economia do mercado globalizado tem modificado as práticas organizacionais no universo do trabalho. De acordo com Seligmann-Silva (2011), o capital, a globalização, o domínio de poder sob a expansão de desigualdade de classes e a influência do patriarcado tentam os indivíduos à busca de crescerem sob uma ótica metrificada a alcançarem renda e *status* independente da experiência política. Adota-se um modelo gerencial sem o objetivo de focar em ação política. Assim, ocorre uma espécie de *apartheid* entre a demanda social e o que é ofertado à e pela esfera pública. Com isso, os gestores se fundem e se partem em contradições de suas próprias necessidades, sentimentos e compreensão daquilo que seja prescrito, subentendido e/ou explícito em regras, normas, cultura e valores da organização.

Sobre as relações sociais do trabalho, Gardell (1982) e Seligmann-Silva (2011) acreditam que a ética e o respeito à dignidade humana ocupam posição cada vez menor no cotidiano social. Os vínculos e relacionamentos humanos foram atingidos por outro fenômeno assustador de precarização, que invade a identidade e a própria subjetividade. Essa evidência exige analisar implicações e desafios que dizem respeito à saúde mental. Como os impactos sobre a saúde mental se colocam tanto no ponto de vista individual como do coletivo da saúde, os desafios dizem respeito tanto às políticas públicas como às competências que atuam na esfera de saúde, as quais precisam ser ainda devidamente integradas (Dubar, 2005).

Nessa direção, de acordo com Dubar (2005), a lógica do modelo organizacional no serviço público é a vertical e de hierarquia em linha. Na administração pública brasileira, o poder de tomar decisões é muito fragmentado. Tratam-se de dificuldades geradas pela impossibilidade de flexibilização do processo de trabalho, pelo não gerenciamento dos próprios recursos financeiros, pela impossibilidade de escolher os instrumentos mais adequados para o exercício da função, respeitando as especificidades das condições locais. Logo, se percebem dificuldades em influenciar no gerenciamento e distribuição de recursos, mesmo que seja para o bem-estar dos integrantes da instituição; e condições muito frustrantes para os profissionais. Esse afastamento do processo decisório apenas gera dificuldades para o bom desenvolvimento do trabalho.

Para Dejourns (2008), o reconhecimento e a valorização do gestor pelo sistema organizacional, a descentralização de decisões e a hierarquia flexível são aspectos fundamentais relacionados ao prazer no contexto de trabalho. Tarefas padronizadas, desvalorização do potencial técnico e criativo, uma obediência hierárquica rigorosa, a ausência de reconhecimento profissional, além de ingerências políticas, são processos que podem acarretar no individualismo entre o grupo de trabalho e o sofrimento.

Compreende-se a organização do trabalho como “um processo intersubjetivo, no qual encontram-se envolvidos diferentes sujeitos em interação com uma dada realidade, resultando em uma dinâmica própria às situações de trabalho enquanto lugar de produção de significações psíquicas e de construção de relações sociais” (Mendes, 1999, p.40).

Dejourns (2011) acredita que, ao nomear/identificar os sintomas, é possível que gradualmente as resistências decresçam, passando essa intervenção a ser 'colaboradora' no trabalho, à medida que deriva daquilo que está para se desvendar e indica caminho para o que deve ser examinado.

Sobre o processo de adoecimento, Bowling e Brazier (1995) e Karasek e Theorell (1990), concluíram que os aspectos relacionados à precariedade das condições estruturais no contexto de trabalho geralmente causam sobrecarga e esgotamento emocional.

Maslach (1993) indica que o esgotamento é causado por altas demandas de trabalho que drenam a energia do profissional e, na tentativa de lidar com a exaustão resultante, este se retira mentalmente. No entanto, essa é uma estratégia inadequada, pois impede o desempenho apropriado.

Vasques-Menezes (2004) enfatiza que a falta de estratégias internas ou externas de enfrentamento dos estressores no ambiente de trabalho levam a desistência simbólica como solução. Assim, o processo de adoecimento que pode conduzir ao desenvolvimento de *burnout* passa a ser uma 'boa alternativa', embora traga sofrimento e gere consequências para a vida profissional e pessoal. Nesse sentido, o *burnout* se constituiria em última instância, agravando-se para uma síndrome de caráter relacional (estabelecida por uma trilogia 'trabalhador - objeto do trabalho - condições de trabalho).

Ainda sobre o processo de adoecimento, o esgotamento é desencadeado por percepções individuais de falta de controle no trabalho (Glass & Mcknight, 1996) e a falta de envolvimento na tomada de decisões (Posig & Kickul, 2003). Em um estudo de metanálise de Lee & Ashforth (1996), constatou-se consistentemente que a exaustão emocional está relacionada às demandas do trabalho, como a pressão do tempo e a sobrecarga de trabalho. Esta carga excessiva de trabalho contribui para o esgotamento, exaurindo a capacidade das pessoas de atender às demandas do trabalho. Quando esse tipo de sobrecarga é uma condição crônica de trabalho, há pouca oportunidade para descansar, recuperar e restaurar o equilíbrio (Seligmann-Silva, 2011).

Em síntese, existem três origens do estado crônico de estresse e esgotamento emocional: o conflito entre afeto e razão, as relações sociais de trabalho e a exigência de controle sobre o meio ambiente. Três forças que fazem a diferença entre o prazer no trabalho e o sofrimento (Gil-Monte, Peiró & Valcárcel, 1988).

Ainda a respeito da saúde mental, Tavares (2004), aponta que o processo identitário do sujeito constitui-se também na dinâmica inter-relacional no trabalho.

*Algumas pessoas são resilientes e não desenvolvem dificuldades em situações em que outras desenvolvem. Tais pessoas têm estratégias de enfrentamento das questões de trabalho que as protegem e que favorecem a manutenção da saúde da qualidade de vida. Portanto, características do sujeito podem operar tanto como fatores de risco quanto como fatores de proteção a determinadas situações. Quando os fatores de risco de uma determinada função ou profissão são conhecidas, a identificação dos fatores de proteção pode levar ao desenvolvimento de ações coletivas de promoção de saúde - foco no contexto (Tavares, 2004, p. 55-56).*

Com isso, Tavares (2004) enfatiza que a saúde psicológica depende da habilidade do gerenciamento de angústias e habilidades de outro suporte (todo tipo de apoio de ordem interpessoal, social, material) - que o sujeito possa necessitar para superar uma situação - à

realidade, ou seja, o contexto coloca-se à disposição da pessoa. É a partir da ressonância entre os aspectos da realidade com as angústias fundamentais do sujeito que surgem o potencial para o adoecimento e que pode ser agravado pela falta ou insuficiência de apoio no contexto de trabalho.

Sob a ótica integrativa e inter-relacional, Vasques-Menezes (2004), ressaltam que a relação afetiva é parte integrante do exercício atribuído à atividade diária para que a tarefa no contexto de trabalho seja realizada. Há, na verdade, um contraponto para a realização profissional. De um lado, o trabalhador precisa estabelecer vínculo para que sua atividade seja desenvolvida e por outro lado, existe uma relação profissional mediada por questões de remuneração, de horário, escalas e outras regulamentações. Inevitavelmente, a relação afetiva é interdita e o conflito advém da seguinte circunstância: vincular-se afetivamente *versus* não se vincular afetivamente, podendo desencadear na 'rachadura' entre fazer e não fazer - o trabalho.

*Envolver-se é uma questão inerente ao trabalho. Como lidar com a questão entre envolver-se afetivamente e não completar o circuito afetivo? A tensão gerada por essa ruptura é entendida como um esforço para restabelecer o circuito cuidado-afeto e para reconhecer a efetividade no trabalho. Cada trabalhador, encontra seu modo de viver e conviver e dar vazão a esta tensão (Vasques-Menezes, 2004, p. 37).*

Em relação à satisfação no contexto de trabalho, Dejourn (2009) destaca que o trabalho nem sempre possibilita realização profissional. Com isso, pode, ao contrário, causar problemas desde insatisfação até exaustão. O autor adiciona que a exploração do sofrimento pela organização do trabalho não cria doenças mentais específicas, mas, sofrimento e defesas contra o sofrimento.

Nessa ótica, com tanta importância colocada no estresse no trabalho e as consequências sob a saúde, para estudos acerca da satisfação no ambiente de trabalho, é imperativo desenvolver uma escala que permita às organizações medir o estresse no trabalho para incorporar melhores programas de gestão de pessoas (Karasek, 1979).

Sobre método de avaliação da satisfação no trabalho, um dos modelos mais utilizados é o de controle da demanda proposto por Karasek, em 1979. Esse modelo tem sido amplamente usado em países da Europa (especialmente Suécia, Dinamarca, Suíça e Inglaterra), na América do Norte (Estados Unidos, Canadá e México) e no Japão (Karasek et al., 1998). Este instrumento tem o objetivo de avaliar o efeito que a interação entre o controle e a tensão no ambiente de trabalho causa no trabalhador. Após evidências de que o apoio do superior hierárquico e da equipe de trabalho poderia influenciar no contexto do trabalho, a escala 'apoio' foi acrescida no modelo e a

partir disso, foi desenvolvido o *Job Content Questionnaire* (Johnson & Hall, 1988; Karasek et al., 1998).

Robert Karasek foi um dos pesquisadores pioneiros a procurar nas relações sociais as principais fontes geradoras de estresse no local de trabalho e seus impactos na saúde. Ele propôs um modelo teórico bidimensional que relaciona dois aspectos - demanda e controle no trabalho - ao risco de adoecer. As demandas são pressões psicológicas, sejam quantitativas, como tempo e velocidade no desempenho do trabalho, ou qualitativas, como conflitos entre demandas contraditórias. Controle é a maneira pela qual as instituições organizacionais interferem na autonomia intelectual e produtiva do trabalhador (Karasek, 1985).

As duas dimensões do modelo 'demanda-controle' envolvem aspectos específicos do processo de trabalho (Karasek et al., 1981). O "controle" no trabalho compreende dois componentes: aspectos referentes ao uso de habilidades - o grau pelo qual o trabalho envolve aprendizagem de coisas novas, repetitividade, criatividade, tarefas variadas e o desenvolvimento de habilidades especiais individuais; e, autoridade decisória - abarca a habilidade individual para a tomada de decisões sobre o próprio trabalho, a influência do grupo de trabalho e a influência na política gerencial (Karasek, 1979).

No que abrange as condições de trabalho, o conceito de autonomia pode ser definido como o grau de controle que um trabalhador exerce sobre sua própria programação e tarefas imediatas (Li et al., 2004). O apoio social pode ser geralmente conceituado como as interações ou trocas de recursos entre pessoas em relacionamentos formais e informais. De modo complementar, verificou-se que o apoio social é uma condição de trabalho que reduz os efeitos negativos do estresse relacionado ao trabalho (Karasek & Theorell, 1990).

Os efeitos de interação entre estresse, autonomia no trabalho e apoio social na previsão de tensões no trabalho têm evidenciado, conforme a teoria do estresse no trabalho (Karasek & Theorell, 1990) e o modelo expandido de demanda de trabalho-controle-apoio (Johnson & Hall, 1988), que os trabalhadores que estão em condições de trabalho que combinam altas demandas, baixo controle e baixo apoio têm o maior risco de desordem psicológica. O risco de estresse psicológico pode ser diminuído, no entanto, pela alteração de fatores no local de trabalho (Demerouti et al., 2001). Assim, sugere-se que a autonomia no trabalho e o apoio social moderam a relação entre estresse e esgotamento.

Ainda no que se refere às condições de trabalho, Seligmann-Silva (2011) conceitua 'precarização' como um estado instável, de insuficiência. Atualmente, a desconfiança impera entre os vários níveis hierárquicos de grande parte das organizações. O tempo para estabelecer experiências e relações duráveis tem sido permanentemente atropelado por instabilidade na constituição de equipes e comunidades de trabalho: a alta rotatividade. A autora enfatiza que a precarização social e do trabalho conduz à precarização na saúde mental.

Brant (2015) afirma sobre o contexto de trabalho, em uma ótica contemporânea, que os modelos de gestão atuais exigem adequações dos sujeitos às inovações, as quais a tecnologia sob seu processo robótico e automatizado executa com tanto primor, de forma acelerada. Esse processo dúbio traz consequências à dimensão de “espaço-tempo” e “corporeidade”, a partir da desqualificação e desvalorização de práticas e experiências constituídas ao longo do tempo na rotina profissional (Seligmann-Silva, 2011).

O trabalho conforme a situação, tanto pode fortalecer a saúde mental quanto vulnerabilizá-la e mesmo gerar distúrbios que se expressarão coletivamente e no plano individual (Gaulejac, 2007). Sob esse prospecto, consideram-se aspectos quantitativos e qualitativos da carga de trabalho. O primeiro aspecto diz respeito ao volume do trabalho mental. Dentro de um período, a sobrecarga ocorre dentro de uma atenção concentrada e contínua. A qualitativa refere-se ao seu nível de complexidade (Canguilhem, 1990).

Gardell (1982) afirma que a autorrepressão dos sentimentos deriva da impotência vivida no trabalho precarizado e dominado. Além das repercussões psicossomáticas que suscita esta repressão, com o passar do tempo, é projetada externamente, ocasionando a irritabilidade intensa que exige novo aumento do esforço do autocontrole. Gaulejac (2009) enfatiza, desse modo, que a cisão se instala para muitos – vivência subjetiva de uma divisão entre o amor obediente e o medo da rejeição que incita a cautela e a defesa. Ocorre o mal-estar, o conflito, o desejo de ceder pelo apelo sedutor e o medo que exige manter-se em alerta, para que ninguém lhe puxe o tapete ou para não incorrer em sanções que o coloque na lista de enxugamento (House & Wells, 1977).

*Os mecanismos de defesa psicológica atuam para construir a passividade ou a servidão voluntária. Sob a simultaneidade da sedução e da coação, a adesão a uma servidão voluntária, na qual a subjetividade está profundamente envolvida expressa a renúncia aos próprios valores e desejos, mas também a aceitação passiva da submissão e dependência, a necessidade de reconhecimento se torna aguçada, pois perder o apreço ameaça o pertencimento e isso significaria o dilaceramento de si, já que o 'eu' se confunde com a*

*organização. A medida que a sobrecarga de trabalho cresce, o temor de não dar conta ou cometer erros se torna atemorizante, da mesma forma, a fadiga se acumula e o desempenho diminui. Recorrer a estimulantes e tranquilizantes começa a buscar força em produtos e alimentos energéticos aos hábitos que foram assumidos pela gestão no neoliberalismo. Todo aparelho do estado se encontra contaminado pelos mais desejáveis resultados contáveis do que os sociais (Gaulejac, 2009, p. 9).*

A seguir, apresenta-se o objeto do estudo desta pesquisa no âmbito da socioeducação, em particular, do Distrito Federal.

A importância de matérias que tratam da política de atendimento socioeducativo no Distrito Federal se reflete nas dimensões do seu público-alvo. Segundo índices do Núcleo de Atendimento Integrado da SEJUS-DF, passaram pelo atendimento<sup>3</sup> de janeiro a setembro de 2019: 2097 adolescentes apreendidos em flagrante por cometimento de ato infracional, sendo que, 790 foram por roubo, 542 por tráfico de drogas, 128 por furto, 126 por posse de droga, 106 por receptação e 75 por tentativa de homicídio.

Outro ponto é que a internação tem uma taxa de reincidência de 84% (CODEPLAN, 2013).

*Inexistem pesquisas sistemáticas sobre a qualidade de vida e as condições de trabalho dos educadores sociais que atuam no SSE ou bancos de dados sistematizados sobre dados epidemiológicos associados ao adoecimento da categoria no trabalho (...). Os poucos estudos sobre esse contexto de trabalho, portanto, sinalizam vivências de grande angústia, ansiedade, institucionalização e alienação no trabalho (Yokoy de Souza, 2012, p. 83).*

Yokoy de Souza (2012) em sua tese de doutorado ressaltou que alguns fatores potencializariam o adoecimento dos educadores sociais, "segundo Moraes e Lima (2007), como: a organização do trabalho em regime de plantão; o turno fixo noturno; as situações altamente estressoras (ex.: rebeliões e fugas dos adolescentes); e, especialmente, o grande envolvimento subjetivo e o desgaste emocional" (Yokoy de Souza, 2012, p. 83).

Portanto, é razoável que os gestores da SUBSIS, ao possuírem sofrimentos similares aos dos demais profissionais do sistema socioeducativo, adotem estratégias coletivas de defesa que levem a riscos e adoecimento psicossocial (Baptista, 2013).

Devido à recorrência da insatisfação no mundo do trabalho e, em consonância com a carência de pesquisas que identifiquem o contexto de trabalho correlacionado a processos de adoecimento, especificamente a trabalhadores ocupantes de cargos gerenciais que executam a

---

<sup>3</sup> Dados fornecidos pela UAI/COORIS/SUBSIS em outubro de 2019.



política pública da socioeducação do Distrito Federal, as reflexões iniciais e perguntas que motivaram este artigo foram: Quais são os fatores institucionais associados ao alto nível de exaustão emocional entre os gestores? Como as condições de trabalho se apresentam no contexto socioeducativo? A organização do sistema socioeducativo do Distrito Federal favorece o desenvolvimento de *burnout* e impacta negativamente o estado de saúde física e mental destes gestores? Como se apresentam as relações sociais entre as equipes de trabalho? Como está a saúde dos gestores? A saúde mental do gestor está correlacionada às condições de trabalho? Há insatisfação profissional e aspectos relacionados ao contexto de trabalho que prejudicam a qualidade de vida deles?

É importante salientar que o panorama acerca dos níveis de controle, demanda e apoio institucionais possui a perspectiva de dar sentido ao contexto de trabalho e identificar o processo de tensão e estresse no trabalho (Karasek, 1979). Neste estudo, este processo se deu a partir de instrumentais que identificaram índices de *burnout* e de qualidade de vida correlacionados ao contexto de trabalho, do ponto de vista da saúde mental.

Com isso, o objetivo geral foi identificar e descrever as relações sociais desses gestores, grau de controle, apoio/suporte e demanda psicológica do trabalho, segundo as situações laborais preconizadas no questionário sobre satisfação no contexto de trabalho - *JCQ*. Os objetivos específicos foram:

- avaliar se as escalas do *JCQ* estão correlacionadas à qualidade de vida, desenvolvimento de *burnout* e/ou ainda na satisfação profissional dos gestores - a partir de particularidades de distribuição das frequências das escalas do *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey (SF-36)*, *Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)* e *JCQ*;

- avaliar a correlação das escalas do *JCQ* nas relações socioprofissionais, nos níveis de *burnout*, suas relações na realização profissional e na qualidade de vida dos gestores;

- verificar se as escalas que apresentaram mais evidências de precarização no contexto de trabalho relacionavam-se àquelas que demonstraram processos de adoecimento em relação aos níveis de *burnout*.

A primeira hipótese deste estudo pressupõe que quanto maiores o controle e falta de autonomia dos gestores, mais prejuízos à qualidade de vida, sob o ponto de vista da saúde mental e à satisfação profissional no contexto de trabalho. A segunda pressupõe que quanto mais precárias as condições no contexto de trabalho, mais propensões esses gestores terão para a apresentação de

índices moderados ou elevados de *burnout*, bem como, mais prejuízos em relação à qualidade de vida, sob o ponto de vista da saúde.

O *JCQ* não inclui nenhuma escala de medida para estressores não relacionados ao trabalho. Esse instrumento é proposto para medir essas dimensões do trabalho. Nesse sentido, este artigo tem ainda como finalidade identificar a demanda, o controle e o apoio nas diferentes situações de trabalho do contexto da gestão do atendimento socioeducativo do Distrito Federal. A partir da combinação dessas duas dimensões, o modelo distingue situações de trabalho específicas que, por sua vez, estruturam riscos diferenciados à saúde (Karasek et al., 1981).

## Método

### *Participantes*

Este estudo ocorreu no sistema socioeducativo da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal – SEJUS-DF, para os 218 gestores<sup>4</sup> que integram a estrutura deste sistema. Dos que preencheram todos os itens dos instrumentais, considerando que 103 tiveram acesso ao convite de participação, 48 concluíram as questões.

Para identificar os dados sociodemográficos e questões relacionadas aos aspectos de saúde, este estudo foi dividido em dois grupos. O primeiro (12 participantes,  $M_{Idade} = 39$ , faixa etária entre 29-46 anos, 9 solteiros; 3 em 'algum tipo de relacionamento') contemplam cargos hierárquicos de execução para coordenação, planejamento e gestão, podendo abranger funções específicas de coordenador geral; coordenador; chefe e diretor. Com relação à saúde, 9 afirmaram não serem diagnosticados por doença crônica, e acrescentaram ter algum suporte emocional para lidar com problemas em geral, e um participante está sob processo psicoterápico.

O Grupo 2 (36 participantes,  $M_{Idade} = 40$ , entre 28-59 anos, 23 solteiros e 13 em 'algum tipo de relacionamento'), diz respeito aos cargos hierárquicos de execução operacional de gestão e assessoria, podendo contemplar as funções de vice-diretor; gerente; assessor; assessor da escola; chefe sob horário de plantão; e supervisor. Neste Grupo a metade dos participantes tem até 1 ano em exercício no cargo. O mais antigo ocupa a mesma função há 7 anos. No Grupo 2, 36%

---

<sup>4</sup> Dados enviados pela atual Coordenação de Políticas e Atenção à Saúde de Jovens e Adolescentes da SEJUS-DF (março de 2019).

informaram possuir pelo menos um diagnóstico de doença crônica, um acrescentou não possuir apoio emocional para lidar com problemas e 8 de 36 estão em processo psicoterapêutico.

### ***Materiais***

Três questionários foram aplicados. A maioria das medidas consistiu em itens classificados em escalas *Likert*.

O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos gestores do Distrito Federal foi o *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey (SF-36)* (Bowling & Brazier, 1995). Este questionário sintetiza o componente físico (*PCS-36*) e o componente mental (*MCS-36*). Para verificar o nível desenvolvimento de esgotamento emocional, realização pessoal e despersonalização, utilizou-se o *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)* (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

Para analisar uma possível tendência linear entre as escalas de *burnout*; saúde física (*PCS*), saúde mental (*MCS*) e os outros domínios do *SF-36* foi verificado o coeficiente de correlação de Pearson e modelagem, via modelos de regressão múltipla em que as variáveis dependentes foram: *PCS* e *MCS*; e as independentes: *MBI-EE* (escala de esgotamento emocional), *MBI-DE* (escala de despersonalização), *MBI-RP* (escala de realização pessoal), *JCQ-D* (escala de demanda), *JCQ-C* (escala de controle) e *JCQ-A* (escala de apoio). A consistência interna das respostas foi verificada pelo coeficiente alfa de Cronbach e os testes *Kruskal-Wallis* e *Wilcoxon-Mann-Whitney* foram utilizados para realizar a comparação entre *MCS* e as relações no contexto de trabalho, entre os grupos dos participantes subdivididos por cargos hierárquicos, respectivamente.

Na análise da organização do trabalho, para o *Job Content Questionnaire (JCQ)*, visando uma melhor adequação ao contexto brasileiro, foi utilizada uma versão reduzida do questionário original elaborado por Karasek & Theorell (1990), contendo 17 questões: cinco para avaliar a "demanda", seis para estimar o "controle" e seis para computar o "apoio social". Na análise dos dados desse instrumento, após a descrição da população, foram construídos os indicadores de controle sobre o trabalho e a demanda psicológica.

Para a constituição dos índices de 'demanda' e 'controle' foi considerado o somatório das variáveis relacionadas a cada um desses indicadores e a dicotomização de "controle" (baixa / alta) e "demanda" (baixa / alta), foi estabelecida por um ponto de corte sobre a média, conforme

recomendado pelo Guia do Usuário do Questionário de Satisfação no Trabalho - *JCQ* (Karasek, 1985).

### ***Procedimentos***

O *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Apêndice) foi enviado por *e-mail* pela atual Coordenação de Políticas e Saúde Mental do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal, disponibilizando acesso à plataforma *online LimeSurvey*. A amostra foi validada considerando todos os respondentes que finalizaram os instrumentais de pesquisa. Este *Termo* grafou a voluntariedade, não identificação dos participantes e a garantia de sigilo acerca das respostas. Nele constou ainda, que quando da finalização desta pesquisa, os resultados estariam disponíveis para acesso público.

A análise dos dados foi realizada através do *software* livre R-3.6.1 (R Core Team, 2019). Especificamente para a análise de dados do *JCQ*, após descrever a amostra, segundo características socioeconômicas, procedeu-se à construção dos indicadores de controle e apoio sobre o trabalho e de demanda psicológica e de correlações entre as escalas do *MBI-HSS* e *SF-36*.

### **Resultados**

#### **Consistência interna do *JCQ* e a correlação com burnout**

Ao calcular o alfa de Cronbach do domínio 'demanda' (itens: 1, 2, 3, 4, 5), o item D4 'Você tem tempo suficiente para fazer tudo?', apresentou correlação em torno de 0,072, enquanto que os outros itens dos domínios 'controle' e 'apoio', tiveram correlação de aproximadamente 0,759. Em razão desta baixa correlação em relação às outras escalas que foram mais elevadas, optou-se por retirar o item D4 apenas para verificar se ele estava influenciando no cálculo, e, após remover verificou-se que o alfa de Cronbach aumentava de  $\alpha = 0,63$  para  $\alpha = 0,78$ .

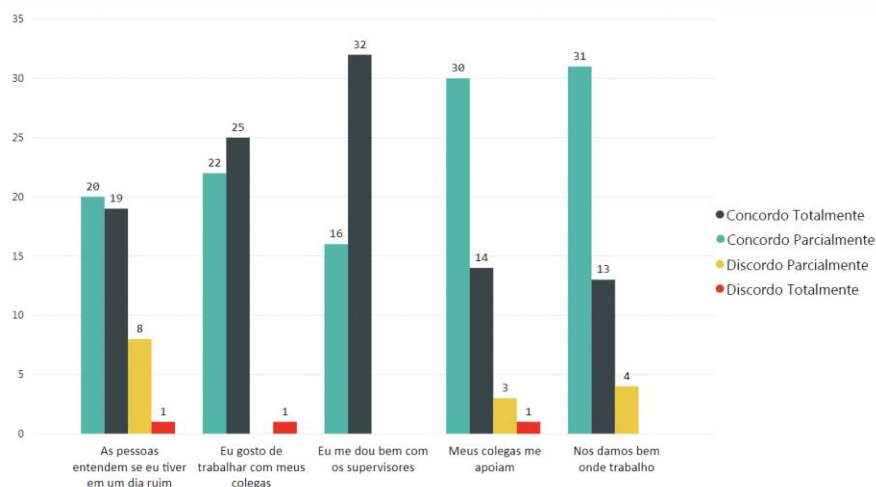
Para confirmar se as escalas do *MBI-HSS* e *JCQ* influenciaram os níveis de saúde física e mental, foram ajustados dois modelos, por meio de análise de regressão, nas quais as variáveis dependentes foram: *PCS* e *MCS*; e as independentes: *MBI-EE*, *MBI-DE*, *MBI-RP*, *JCQ-D*, *JCQ-C*, *JCQ-A*.

Na escala 'controle' (*JCQ-C*) foi obtida uma consistência de  $\alpha = 0,69$ , considerado ainda como satisfatório. Já a escala de 'apoio' (*JCQ-A*) foi a que apresentou maior consistência dentre os três domínios  $\alpha = 0,84$ .

Os 14 participantes diagnosticados com *burnout* têm escore médio de *JCQ-D* igual a 6,857 e os que não tiveram a síndrome têm em média 6,353. Não houve diferença significativa entre estes dois grupos ( $p = 0,4589$ ). Comparando esses dois grupos com a escala *JCQ-C*, a pontuação média foi de 9,929 e 8,147 entre aqueles que tiveram e aqueles que não foram diagnosticados com *burnout* (diferença não significativa,  $p = 0,0658$ ), respectivamente. Para a escala *JCQ-A*, as médias foram 11,143 e 10,147 entre os que possuem e os que não apresentam essa síndrome (diferença não significativa,  $p = 0,6639$ ). Com isso, concluiu-se de forma geral, que os itens 'demanda', 'apoio', 'controle' e os níveis de *burnout* não apresentaram diferença significativa entre os participantes com *burnout* e sem *burnout*.

### **SF-36 e relações sociais no trabalho pelo Teste de Kruskal-Wallis**

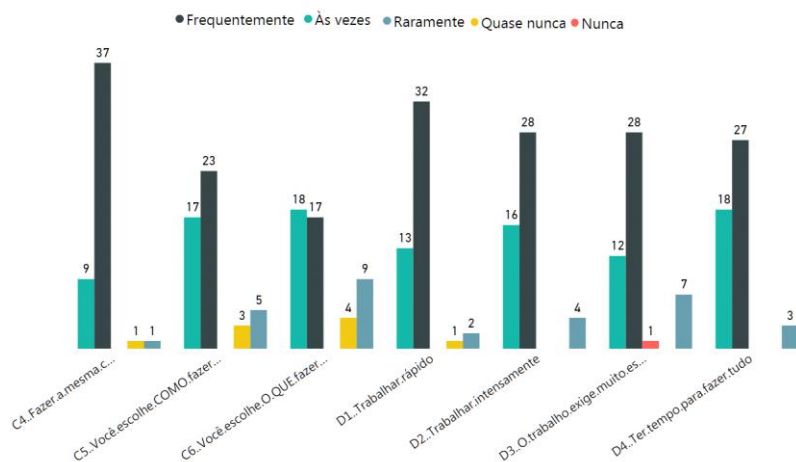
Ao investigar as condições de trabalho e as relações sociais entre a equipe, notou-se que 41% (20 de 48) não consideraram que trabalhar o dia inteiro com outras pessoas gera relações tensas e desses 20, apenas um 'discorda parcialmente' que a equipe 'se dá bem' no ambiente de trabalho. Cerca de 47% (23 de 48), consideraram influenciar de maneira positiva outras pessoas no trabalho, enquanto que outros 15 afirmaram que tal influência ocorre todos os dias. Ainda, 27% afirmou que 'trabalhar com pessoas pode stressá-lo' mais de uma vez ao mês.



**Figura 1.** Relações com os colegas de trabalho

A Figura 1 refere-se às relações sociais entre a equipe no ambiente de trabalho, e, observando-a, destacou-se que 39% concorda que há 'falta de confiança, respeito e consideração entre os membros da equipe', tendo como consequência um clima prejudicial, na relação entre os níveis de hierarquia. Ninguém discordou ter uma boa relação com os superiores. A relação que mais apresentou discordância foi a de que 'As pessoas entendem se eu estiver em um dia ruim', em que oito participantes avaliaram negativamente que os colegas de trabalho não compreendem a justificativa de que eles estão em 'um dia ruim'. Além disso, o participante que alegou não ser entendido por seus colegas foi o mesmo que 'desgosta de trabalhar com os colegas' e inclusive afirmou que se tornou mais insensível depois do trabalho.

Ainda que 28 participantes consideraram que 'trabalhar o dia inteiro com outras pessoas gera relações tensas', 23 ponderou 'influenciar de maneira positiva outras pessoas no trabalho', 72% discordou em alguma intensidade, que 'trabalhar com pessoas pode estressá-lo', e, como ilustrado na Figura 2, 60% não visualizou que ocorre 'falta de confiança, respeito e consideração entre os membros da equipe', com destaque que não houve discordância a afirmativa sobre 'ter uma boa relação com os superiores'.



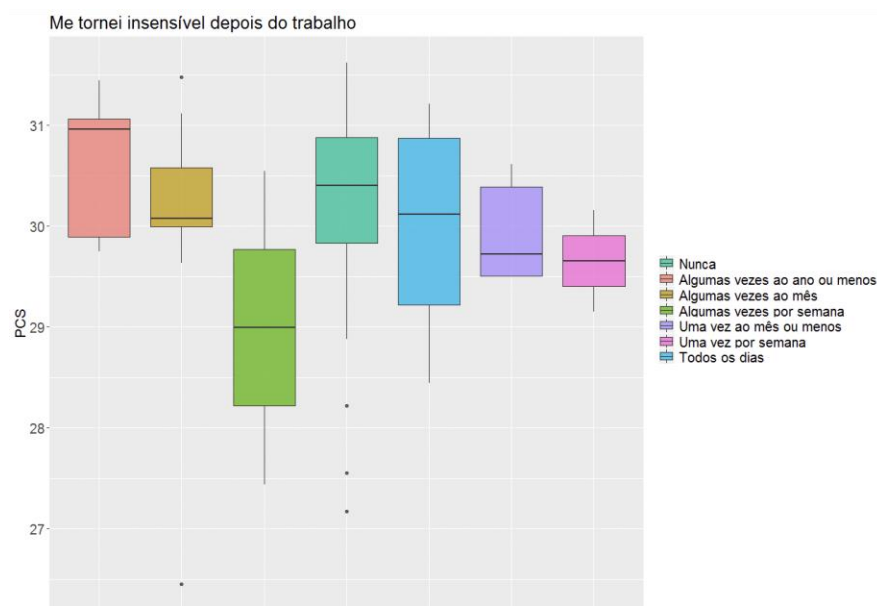
**Figura 2.** Condições de trabalho

Sobre as condições de trabalho e a qualidade de vida dos participantes (pela análise do *SF-36*), a Figura 2 ilustrou que o fator de maior destaque foi o fato de que 77% (37 de 48) 'deve fazer frequentemente a mesma atividade' e 87% concordaram que existem riscos em relação ao ambiente físico. Essas circunstâncias podem ser prejudiciais para a piora no quadro de saúde mental (*MCS*), pois a característica de ambiente sob risco provoca sentimentos de ansiedade, medo e impotência

(Maslach, 1993; Schaufeli & Greenglass, 2001), e o controle da instituição sob a autonomia do trabalhador influencia significativamente em sua qualidade de vida, sob o aspecto de saúde mental (Gil-Monte et al., 1988; Karasek, 1985). Aqui, se confirmou a segunda hipótese desta pesquisa em relação à precariedade das condições de trabalho e os danos em relação à qualidade de vida, especialmente sob o foco da saúde mental.

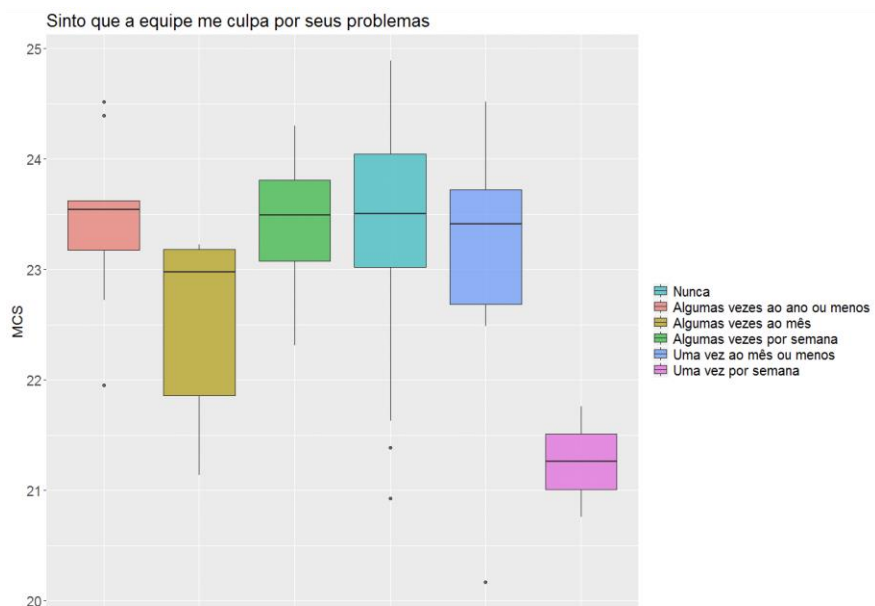
Com relação a escala 'demanda', cerca de 66% (32 de 48) precisam 'frequentemente realizar seu trabalho de maneira rápida', e apenas um participante afirmou que 'o trabalho nunca exige muito esforço', apesar de vários participantes estarem sujeitos a demandas intensas e exigentes, 56% (27 de 48) afirmaram que 'frequentemente possuem tempo para fazer tudo'. E ainda, as demandas acabaram não influenciando de maneira significativa na saúde física (*PCS*) deles, como se verificou na subseção de análise de regressão.

A seguir, na Figura 3, pelo teste de *Kruskal-Wallis*, pôde-se concluir que não ocorreu relação entre a saúde física (*PCS*) e o sentimento de 'insensibilidade' após a assunção da execução da respectiva função no trabalho ( $p= 0,7702$ ). Do mesmo modo, averiguou-se esta conclusão à relação entre o sentimento de 'insensibilidade' após a assunção da execução da respectiva função no trabalho para a saúde mental ( $p= 0,6217$ ).



**Figura 3.** Relação entre insensibilidade após o trabalho e saúde física (*PCS*)

Apesar de não haver indícios de dependência entre a saúde mental e sentimento de 'culpa pelos problemas da equipe' ( $p = 0,1086$ ), é importante ressaltar que aqueles que afirmaram sentir isso durante 'uma vez por semana' apresentaram a qualidade de saúde mental abaixo dos demais (Figura 4).



**Figura 4.** Comparação entre saúde mental (*MCS*) e 'sentir que os colegas me culpam por seus problemas'

### Correlação entre as escalas do *MBI-HSS*, *JCQ* e *SF-36*

Na Figura 5, observaram-se correlações entre as escalas *MBI-HSS*, *JCQ*, *SF-36*, saúde mental (*MCS*) e saúde física (*PCS*). Os valores marcados nesta Figura representaram as correlações significativas (diferentes de 0,  $p < 0,05$ ). A correlação entre *MBI-EE* e *MBI-DE* foi relativamente moderada ( $\text{corr} = 0,5553$ ), indicando uma tendência linear crescente entre essas duas escalas, ou seja, quanto maior a exaustão emocional (*MBI-EE*), as relações com a equipe de trabalho são mais afetadas (*MBI-DE*).

Outra correlação importante foi entre capacidade funcional (*CF*) e *PCS* ( $\text{corr} = 0,9065$ ), ou seja, quanto mais enfraquecida a capacidade funcional, maiores as perdas de saúde, em aspectos físicos. Com relação a saúde mental, notou-se uma correlação moderadamente forte entre *MCS* e vitalidade (*VT*), ou seja, quanto maior a vitalidade maior tende a ser a saúde mental ( $\text{corr} = 0,7055$ ).



As correlações entre *MCS* e *MBI-EE* (corr =  $-0,5282$ ), *PCS* e *MBI-EE* (corr =  $-0,5096$ ), *MCS* e *JCQ-C* (corr =  $-0,5457$ ) apresentaram correlação inversa, por exemplo, quanto maior o nível de controle da instituição sob a autonomia do trabalhador (*JCQ-C*), menor o nível de saúde mental (*MCS*), confirmando assim, a primeira hipótese deste estudo sobre a relação entre o controle da instituição e a saúde mental.

Destaca-se que, para interpretação dos índices de correlação, o coeficiente de correlação linear, indica que: quando apresenta entre 0-0.29, a correlação é fraca, de 0.30-0.60, é moderada, de 0.60 a 0.90, é forte, de 0.90-1.00 é muito forte. O mesmo parâmetro é utilizado para valores negativos (Callegari-Jacques, 2003).

	CF	LF	DO	SG	VT	AS	LE	SP	PCS	MCS	MBI-EE	MBI-DE	MBI-RP	JCQ-D	JCQ-C	JCQ-A
CF	1,0000	0,3262	,5318	0,7193	0,4723	0,4141	,1289	,2634	0,9065	-0,0049	-0,4868	-0,3756	,2298	,1750	-0,0806	-0,0842
LF		1,0000	0,5581	,1559	0,5677	0,4912	0,6237	0,3606	0,4707	0,3670	-0,5666	-0,1509	,0163	0,3673	,0513	-0,2065
DO			1,0000	0,6131	0,5893	0,5940	0,4829	0,4471	0,7152	0,3457	-0,6343	-0,3715	,1313	0,4254	-0,1306	-0,3613
SG				1,0000	0,5047	0,4694	,1827	0,4784	0,7793	,2499	-0,4710	-0,3637	0,3729	0,3077	-0,2793	-0,2826
VT					1,0000	0,6077	0,6178	0,7264	0,4608	0,7055	-0,7524	-0,5005	0,4219	,2308	-0,3748	-0,4681
AS						1,0000	0,4740	0,5782	0,4314	0,5677	-0,5667	-0,2845	0,3099	,1559	-0,3525	-0,2548
LE							1,0000	0,6536	,1230	0,7829	-0,5614	-0,1941	0,3079	,2445	-0,1910	-0,3500
SP								1,0000	,1640	0,9262	-0,5783	-0,3140	0,5433	,0738	-0,6020	-0,3358
PCS									1,0000	-0,0768	-0,5096	-0,3506	,1023	0,3683	,0330	-0,1640
MCS										1,0000	-0,5282	-0,2498	0,4952	,0635	-0,5457	-0,3788
MBI-EE											1,0000	0,5553	-0,2744	-0,4676	0,2983	0,5078
MBI-DE												1,0000	-0,1515	-0,2297	0,3505	0,4776
MBI-RP													1,0000	-0,2607	-0,5536	-0,2398
JCQ-D														1,0000	,2131	-0,3438
JCQ-C															1,0000	,3028
JCQ-A																1,0000

**Figura 5.** Correlação entre as escalas estudadas, usando a amostra total (n = 48)

**Nota.** CF – Capacidade Funcional; LF – Limitações por aspectos físicos; DO – Dor; SG – Quadro geral da saúde; VT – Vitalidade; AS – Aspectos sociais; LE – Limitações por aspectos emocionais; SP – Saúde psíquica; PCS – Saúde Física; MCS – Saúde Mental; MBI-EE – Esgotamento Emocional; MBI-DE – Despersonalização; MBI-RP – Realização Pessoal; JCQ-D – Demanda; JCQ-C – Controle; JCQ-A – Apoio.

Para destaque das correlações significantes, foram sombreadas em cada escala as relações lineares de Pearson diferentes de 0 e que obtiveram concomitantes a análise do  $p < 0,05$ .

Pela Figura 5, pareceu uma forte tendência linear entre:

*PCS* x *MBI-EE*; *PCS* x *MBI-DE*; *PCS* x *JCQ-D*

*MCS* x *MBI-EE*; *MCS* x *MBI-RP*; *MCS* x *JCQ-C*; *MCS* x *JCQ-A*

A subseção a seguir retratou cada um desses modelos para confirmar esses dados.

### *Análise de regressão*

Os níveis de saúde física e mental apresentaram algumas correlações expressivas, e, para verificar essas possíveis tendências, as Tabelas 2 e 3 indicaram os dois modelos ajustados. A única variável que influenciou significativamente o nível de saúde física, com  $p < 0,05$ , foi a escala *MBI-EE*, referente ao esgotamento emocional. A estimativa negativa observada na Tabela 2 corroborou com a suposição de que as duas escalas (*PCS* e *MBI-EE*) são inversamente proporcionais. Ou seja, a cada diminuição de 0,372 pontos na escala *MBI-EE*, o nível de saúde física é acrescido de um.

Tabela 2

*Modelo de regressão utilizando PCS como variável dependente (n = 48)*

Parâmetro	Estimativa	Erro padrão	$t_{44}$	$p$
<i>MBI-EE</i>	-0,3715	0,1684	-2,2055	0,0327**
<i>MBI-DE</i>	-0,1052	0,1530	-0,6878	0,4952
<i>JCQ-D</i>	0,1704	0,1439	1,1838	0,2429

**Nota.** *PCS* – Saúde Física; *MBI-EE* – Esgotamento Emocional; *MBI-DE* – Despersonalização; *JCQ-D* – Demanda.

Em relação ao nível de saúde mental, a Tabela 3 mostrou que o *MBI-EE* e o *JCQ-C* foram significativos ( $p < 0,05$ ) e, à semelhança do modelo anterior, suas estimativas também foram negativas, revelando a tendência inversamente proporcional. Ou seja, a cada diminuição de 0,304 pontos no nível de controle da instituição sob autonomia do trabalhador (*JCQ-C*), a saúde mental aumenta seu nível em uma unidade, ratificando a primeira hipótese de que o controle da instituição sob o trabalhador influencia na qualidade de vida, sob o aspecto de saúde mental. Além disso, quanto menor o esgotamento emocional, maior a qualidade da saúde mental do participante. Caso haja uma redução de 0,3487 pontos na escala de esgotamento emocional, a saúde mental será aumentada em uma unidade. Este dado também confirmou a segunda hipótese deste estudo, evidenciando que o esgotamento emocional também exerceu influência direta sobre os prejuízos à saúde.

Tabela 3

*Modelo de regressão utilizando MCS como variável dependente (n = 48)*

Parâmetro	Estimativa	Erro padrão	$t_{43}$	$p$
<i>MBI-EE</i>	-0,3487	0,1305	-2,6716	0,0106**
<i>MBI-RP</i>	0,2176	0,1335	1,6304	0,1103
<i>JCQ-C</i>	-0,3038	0,1358	-2,2372	0,0305**

<i>JCQ-A</i>	-0,0576	0,1300	-0,4428	0,6601
--------------	---------	--------	---------	--------

**Nota.** *MCS* – Saúde Mental; *MBI-EE* – Esgotamento Emocional; *MBI-RP* – Realização Pessoal; *JCQ-C* – Controle; *JCQ-A* – Apoio.

## Discussão e Considerações Finais

Partindo de pesquisas anteriores que evidenciaram que não existem muitas análises acerca da compreensão dos trabalhadores na execução de políticas públicas (Seligmann-Silva, 2011; Mendes, 1999), e ainda menos às que se referem à saúde e à qualidade de vida do sistema socioeducativo (Yokoy de Souza & Oliveira, 2012; Baptista, 2013), este estudo foi a primeira tentativa de explorar a relação entre a qualidade de vida dos gestores, a síndrome de *burnout* e a percepção do contexto de trabalho no sistema socioeducativo do Distrito Federal.

De um ponto de vista macrossocial, para este artigo, o intuito foi viabilizar a exposição do contexto de trabalho e das relações 'afetivas' correlacionados à qualidade de vida do gestor, para que, a partir da descrição do cenário geral, haja maiores possibilidades de identificação da 'qualidade' da própria saúde, e que por sua vez, através da mobilização individual e/ou coletiva, possa desembocar em propostas preventivas, originadas das necessidades apresentadas pelo/no contexto de trabalho.

Acerca da 'qualidade da saúde' (Bowling & Brazier, 1995), evidenciou-se a necessidade de ampliar as possibilidades de qualidade de vida 'saudável' aos gestores no contexto de trabalho. Na pesquisa, evidenciou-se que o fator 'esgotamento emocional' (Maslach, 1993), relacionado a baixos níveis de 'saúde mental' (*SF-36*, *MCS*) e a 'condições de trabalho' (Karasek & Theorell, 1990) precárias, acarreta prejuízos na saúde. Esta necessidade advém da premissa que, a partir da nomeção/identificação dos 'sintomas', é possível que as resistências diminuam, possibilitando uma intervenção no trabalho e indicando um caminho para o que deve ser examinado (Dejours, 2011). A nomeção do sofrimento pode desembocar em estratégias para lidar com o sofrimento (Dejours, 2009).

Em consonância ao estudo de Lee & Ashforth (1996), observou-se nesta pesquisa que o esgotamento emocional está relacionado às demandas do trabalho, como a pressão do tempo e a sobrecarga de trabalho. A Figura 2 – condições de trabalho - mostrou que 37 de 48 participantes 'deve fazer frequentemente a mesma atividade', que 66% precisam 'frequentemente realizar seu trabalho de maneira rápida' e que 43% discordaram que 'frequentemente eles têm tempo para fazer

tudo'. Assim, concluiu-se que os aspectos ligados à precariedade das condições estruturais no contexto de trabalho socioeducativo possuem relação direta com o baixo nível de saúde mental, denotando a sobrecarga e a exaustão emocional.

Esta conclusão é reforçada pelo achado que 87% dos gestores concordaram que existem riscos em relação ao ambiente físico. Além disso, tanto a frequência e a repetição da mesma atividade quanto a precariedade das condições físicas podem piorar o quadro de saúde mental (*MCS*), tendo em vista as consequências acarretadas à saúde, como a baixa vitalidade e os sentimentos de ansiedade (Bowling & Brazier, 1995; Maslach, 1993; Karasek & Theorell, 1990). Johnson & Hall (1988) acentuam que os trabalhadores que estão em condições de trabalho com altas demandas possuem o maior risco de desordem psicológica. Ainda, as tarefas excessivamente padronizadas podem levar ao individualismo entre a equipe de trabalho (Dejours, 2011) e à insatisfação profissional.

Ainda em relação à qualidade de vida dos participantes (pela análise do *SF-36*), evidenciou-se, conforme ilustrado na Figura 5, que quanto mais baixa a saúde mental, menor a apresentação de aspectos de vitalidade ( $\text{corr} = 0,7055$ ) e que quanto maior o nível de controle institucional, menor a qualidade da saúde mental do gestor (*MCS* e *JCQ-C*,  $\text{corr} = -0,5457$ ). Estes indícios sugeriram que, em relação às características 'demanda', 'controle' e 'apoio' da organização (Karasek, 1985), o abalo da saúde mental dos gestores do sistema socioeducativo do DF esteve mais correlacionado ao nível de 'controle' e 'demanda', tendo em vista que, neste estudo, as taxas de realização pessoal e apoio institucional (*JCQ-A*) não interferiram significativamente sobre a saúde.

Assim, estes resultados confirmaram para o contexto de trabalho da gestão do sistema socioeducativo no DF que os efeitos de interação entre alto controle institucional, pouca autonomia no trabalho e o elevado índice de esgotamento emocional, a partir de tensões no trabalho (Karasek & Theorell, 1990) impactaram de modo negativo à saúde dos gestores.

Sob esta circunstância, Karasek (1979) sublinha que o controle no trabalho se eleva à medida da caracterização do baixo grau de dinamização e criatividade para novas aprendizagens, repetitividade, tarefas monótonas, aludindo então, a ideia de que o controle da organização interfere diretamente à inovação e ao processo de autonomia para tomada de decisões, criação e atualização de novos projetos de trabalho aos e por parte dos gestores, de acordo com as necessidades da equipe de trabalho.

A partir das correlações entre *MCS* e *MBI-EE* ( $\text{corr} = -0,5282$ ), *PCS* e *MBI-EE* ( $\text{corr} = -0,5096$ ), constatou-se que, a organização corrobora para o desenvolvimento de exaustão, desencadeando o *burnout*. Paralelo a isso, verificou-se que a insatisfação com a realização pessoal e os aspectos relacionados ao controle e demanda de trabalho interferem negativamente na qualidade de vida desses gestores (Glass & Mcknight, 1996; Karasek & Theorell, 1990). Posig & Kickul (2003), sobre o processo de adoecimento, afirmam que o esgotamento emocional é provocado por percepções individuais de falta de controle no trabalho e a falta de envolvimento na tomada de decisões.

No que diz respeito à saúde física (*SF-36*, *PCS*) e ao esgotamento emocional, notou-se que quanto mais aumentam os níveis de saúde física, menor a taxa de exaustão (a cada diminuição de 0,372 pontos na escala *MBI-EE*, o grau de saúde física é adicionado de um ponto). Em relação ao esgotamento e as relações com a equipe de trabalho, observou-se que estas relações são afetadas de maneira diretamente proporcional à exaustão advinda do contexto de trabalho, pois a correlação entre *MBI-EE* e *MBI-DE* foi significativamente moderada ( $\text{corr} = 0,5553$ ).

Com esses achados, de forma geral, sugere-se que o elevado esgotamento emocional, como consequência do conflito entre afeto e razão, as relações sociais de trabalho e a exigência de controle (Gil-Monte et al., 1988) no sistema socioeducativo do Distrito Federal traz danos à saúde, interferindo negativamente na qualidade de vida dos gestores.

Considera-se que, a partir da visibilidade social e científica dos aspectos de saúde, a ação política pode surgir diante os elementos do contexto de trabalho dos gestores do atendimento socioeducativo no DF, especialmente àqueles que lidam com contexto de alto nível de pressão, tendo em vista as consequências danosas advindas de um processo de insatisfação, perante a própria qualidade de vida e que, o esgotamento emocional e a sobrecarga de trabalho conduzem à desmotivação e ao automatismo na execução das tarefas (Maslach, 1993; Schaufeli & Greenglass, 2001, Seligmann-Silva, 2011; Gil-Monte et al., 1988). Esse processo, por sua vez, pode acarretar em uma baixa eficiência e efetividade (CODEPLAN, 2013), e, sob uma perspectiva maior, interferir diretamente na vida da sociedade (dados da SEJUS-DF, 2019), 'na qualidade de vida' do cidadão brasileiro.

Sugere-se, a partir dos resultados, a (re)formulação de uma política de saúde e criação de intervenção com foco à qualidade de vida dos gestores, a partir dos níveis 'demanda', 'controle' e 'esgotamento emocional'. Conforme aponta Tavares (2004), ao identificar os fatores de risco de

uma determinada função, pode-se conduzir à identificação dos fatores de proteção, que por sua vez, viabilizam o desenvolvimento de ações coletivas de promoção de saúde.

De acordo com os estudos de Bowling e Brazier (1995), Maslach (1993), Karasek e Theorell (1990), os aspectos relacionados à precariedade de condições estruturais no contexto de trabalho, o distanciamento nas relações interpessoais, a tensão sob atividades exigidas e o controle das instituições sob a autonomia intelectual e produtiva do gestor comumente geram fatores de estresse, sobrecarga, desgaste emocional e sentimentos negativos em relação ao colega de trabalho. Isso ocorre principalmente no exercício de funções cuja natureza implicam em cuidado, quer seja específica à área de saúde, socioassistencial ou educacional.

Ao investigar a correlação entre as condições de trabalho e as relações sociais entre a equipe, notou-se que apenas um participante 'discorda parcialmente' que a equipe 'se dá bem' no ambiente de trabalho.

Estes dados podem estar associados às premissas de Gaulejac (2009), que realça a frequente cisão do sentimento associado às relações sociais entre a equipe de trabalho, diante das exigências prescritas de tarefas e de desempenho satisfatório e ante ao que é recomendado para se manter sob uma função gestora. Gaulejac (2009) avalia que pode ocorrer uma 'rachadura' na vivência subjetiva de uma divisão entre o amor obediente e o medo da rejeição que incita a cautela e a defesa. A utilização de mecanismos de defesa psicológica pode conduzir à servidão voluntária e passividade, caracterizadas por uma constituição subjetiva de dependência, em que a necessidade de reconhecimento eleva-se consoante à carência do apreço e do pertencimento ao grupo, não obstante à sobrecarga e se pautando em uma distorção dos preceitos normativos organizacionais.

Com isso, neste estudo, as respostas referentes às relações sociais podem ter sido influenciadas por (pre)conceitos de ordem moral e 'ética', sob teores da cultura cristã ocidental, fundindo-se e/ou partindo-se em contradições das próprias necessidades, sentimentos e compreensão (Seligmann-Silva, 2011). Nessa complexidade, Seligmann-Silva (2011) chama a atenção ao fato de que a cultura organizacional pode estar calcada no medo, levando ao estado de alerta para não perder o cargo gerencial que denota um domínio de poder, somado ao aumento da renda e suposto *status*, independente de experiência política.

Nesse caminho, Gardell (1982) e Seligmann-Silva (2011) acrescentam que a desconfiança, grosso modo, impera entre os vários níveis hierárquicos de grande parte das organizações. Assim, o tempo para estabelecer experiência e relações duráveis tem sido atropelado pela instabilidade e

pela alta rotatividade. Para os cargos do sistema socioeducativo do DF, verificou-se a alta rotatividade, a partir da identificação de que a metade dos participantes possui no máximo um ano em exercício na função comissionada. Os resultados robustecem as pesquisas anteriores de que a precarização social e do trabalho se relacionam à precarização na saúde mental (Karasek & Theorell, 1990; Gil-Monte et al., 1988).

Com isso, Seligmann-Silva (2011) ratifica que a precarização das condições de trabalho comumente invade a identidade e a própria subjetividade. Assim, para avaliar as relações entre a equipe e realizar conclusões contundentes sobre a criação de propostas eficazes de promoção de saúde, faz-se necessário analisar minuciosamente as implicações e os desafios que dizem respeito às relações sociais entre os trabalhadores e a saúde mental.

Diante estas reflexões, as limitações deste estudo se referem à não identificação e descrição de fatores e causas ligados às relações sociais entre as equipes de trabalho, que não associaram o nível de despersonalização da escala do *Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)* ao processo de desenvolvimento de *burnout* e à insatisfação na realização pessoal dos gestores. Adverte-se que, de acordo com o CID-11 (International Classification of Diseases, 2019), o *burnout* também é conceituado por sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho e, ainda, é a característica do cinismo que pode "camulflar" o nível de realização pessoal ligado ao contexto de trabalho. Além disso, a falta de recursos físicos, em geral, relaciona-se à baixa qualidade das relações sociais no trabalho e, conseqüentemente, à insatisfação profissional (Ferreira & Mendes, 2003).

Outro aspecto limitante desta pesquisa, é o fato de que, não está reluzente até que ponto as descobertas dos resultados deste estudo podem ser generalizados para a maior população de gestores, posto que, embora selecionada aleatoriamente, a amostra foi limitada a 180 dos 218 gestores que compunham o organograma de cargos quando da coleta de dados, sendo que, 48 preencheram todos os itens deste estudo.

Para pesquisas futuras, sugerem-se, por meio do estudo qualitativo descritivo, análises que incluam os aspectos ligados aos preconceitos, valores e processos intersubjetivos, de forma a verificar e qualificar, aliados a resultados estatísticos, de que modo são constituídas as relações sociais que desembocam na (não) realização pessoal (*MBI-RP*) no contexto de trabalho. Diante disso, a formulação de projetos específicos pode ser mais adequada para contemplar e efetivar a promoção da qualidade de vida 'saudável' para a gestão do sistema socioeducativo do Distrito

Federal.

De forma precípua, entre os 'sabores e dissabores' do universo laboral da gestão do sistema socioeducativo no DF, este estudo pretendeu abranger e identificar como se encontra a situação atual relacionada ao ambiente físico, às condições estruturais, às relações sociais entre as equipes, e à saúde, em seus aspectos físicos e mentais, vivida por estes gestores.

Embora esta pesquisa forneça uma melhor compreensão do contexto de trabalho ligado à qualidade de vida e níveis de *burnout*, estudos de periodicidade mais longa podem analisar as variações entre os entrelaces das características desses fatores e informar a descrição de particularidades das relações causais entre *burnout*; controle, demanda e apoio institucionais; insatisfação profissional e a rotatividade no cargo gestor.

Dado que o objetivo do 'tratamento' para o esgotamento emocional é, de forma global, permitir que as pessoas (res)signifiquem a sua satisfação no trabalho, ousa-se aqui dizer que a clínica do trabalho (Dejours, 2011) poderia dar uma contribuição importante ao panorama de saúde do contexto socioeducativo, ao considerar que visa identificar as estratégias de enfrentamento que seriam mais eficazes para alcançar esse objetivo. Outras colaborações podem prosseguir na investigação sobre o modo que os gestores desse sistema percebem seus processos de subjetivação, em suas relações e no ambiente de trabalho, seja em relações socioprofissionais e nas configurações de estrutura, organogramas, planejamento estratégico e tomada de decisões.

## **Agradecimentos**

Agradecemos à equipe da organização do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal pelo apoio e cooperação ao desenvolvimento desta pesquisa, em particular a autorização na coleta de dados.

## **Referências**

- Baptista, C. (2013). Impacto das relações intersubjetividade na implementação da política nacional de atendimento socioeducativo. *Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. UnB.*
- Barus-Michel (2001). A democracia ou a sociedade sem pai. In J. Araujo, L. Souc & C. Faria. *Figura paterna e ordem social*. Cap. 3, pp. 29-390. Belo Horizonte: Autentica.
- Bowling, A. e Brazier, J. (1995). *Quality of life in social science and medicine introduction*. 41,



1337–8.

Briner, R.B. (2000). Relationships between work environments, psychological environments and psychological well-being. *Occupational Medicine*, 50, 299-303.

Canguilhem, G. (1990). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Univesitária.

CODEPLAN. (2013). *Perfil e percepção social dos adolescentes em medida socioeducativa no Distrito Federal*. Brasília – DF.

Dejours, C. (2008). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman, S., Sznelwar, L. I. (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho*. Brasília: Paralelo.

Dejours, C. (2009). *Travailvivant tome II: travail et émancipation*. Paris: Payot & Rivages.

Dejours, C. (2011). A metodologia em Psicodinâmica do Trabalho. In: S. Lancman; L. Sznelwar (Orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 3a ed., Rio de Janeiro/Brasília: Fiocruz/Paralelo 15, p. 125-150.

Dememouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. e Schaufeli, W. B. (2001). O modelo de *burnout* de demanda de recursos. *Psychology*, 86 (3), 499-512.

Dubar, C. (2005). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. São Paulo: Martins Fontes.

Evolahti, A., Hultcrantz, M., e Collins, A. (2006). Women's work stress and cortisol levels: A longitudinal study of the association between the psychosocial work environment and serum cortisol. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 645-652.

Ferreira, M e Mendes, A. (2003). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social brasileira*. Brasília: Ler, Pensar, Agir.

Gardell, B. (1982). Scandinavian research on stress and workinglife. *International Journal Health services*, 12, 1, 31-41.

Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida – SP: Ideias & Letras.

Gaulejac, V. (2009). *La société malade de la gestión*. Nouvelle Edition. Paris: Senil.

Glass, C. e Mcknight, J. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional Burnout: a review of the. *Psychology and Health*, 11, 23-48.

Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M., Valcárcel, P. (1988). A model of Burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestão*. Vol. 4, No. 1, 165-179.

House, J. S. e Wells, J.A. (1977). Estresse ocupacional, apoio social e saúde. Reduzindo o estresse

- ocupacional: *Anais de uma conferência*. Divisão Westchester, New York Hospital-Cornell Medical Center. Editado por: McLean, A., Black, G. e Colligan, M. p.8-29. Cincinnati, OH: Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar (DHEW). Publicação do Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional (NIOSH) no. 78-140.
- Johnson, J. V. e Hall, E. M. (1988). Stress no trabalho, apoio social no local de trabalho e doenças cardiovasculares: um estudo transversal de uma amostra aleatória de uma população trabalhadora sueca. *American Journal of Public Health*, 78, 1336–1342.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek R. A., Baker D., Maxer F., Ahlbom A., Theorell T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71(7), 694-705.
- Karasek, R. (1985). *Job content instrument questionnaire and user's guide*, version 1.1. Department of Industrial and Systems Engineering. Los Angeles: University of Southern California.
- Karasek, R., e Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, Inc., Publishers
- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., e Bongers, P. (1998). The job content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 322-355.
- Krantz, G., e Lundberg, U. (2006). *Workload, work stress, and sickness absence in Swedish male and female white-collar employees*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 238-246.
- Lee, R. L., e Ashforth, B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133. <https://doi.org/10.1037//0021-9010.81.2.123>
- Li, J., Yang W., Liu P., Xu Z., Cho S. (2004). Psychometric evaluation of the Chinese (mainland) version of Job Content Questionnaire: a study in university hospitals. *Ind Health*, 42(2), 260-267.
- Maslach, C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective*. (p. 19–32). doi:10.4324/9781315227979-3
- Maslach, C., Jackson, S. E., e Leiter, M. (1996). *Maslach burnout inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Mendes, A. M. (1999). Valores e vivências de prazer e sofrimento no contexto organizacional. *Tese de Doutorado*. Brasília: Universidade de Brasília.

- Munce, S.E.P., Weller, I., Blackmore, E.K.R, Heinmaac, M., Katz, e Stewart, D.E. (2006). The role of work stress as a moderating variable in the chronic pain and depression association. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 653- 660.
- House, J. S. e Wells, J.A. (1977). Estresse ocupacional, apoio social e saúde. Reduzindo o estresse ocupacional: *Anais de uma conferência*. Divisão Westchester, New York Hospital-Cornell Medical Center. p.8-29. Publicação do Instituto Nacional de Saúde e Segurança Ocupacional (NIDSH) no. 78-140.
- Posig, M. e Kickul, J. (2003). Ampliando nossa compreensão do *burnout*: teste de um modelo integrado em ocupações não relacionadas a serviços. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8 (1), 3–19.
- R Core Team. (2019). *R: a language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. Retrieved from <https://www.R-project.org/>
- Sauter, S. L. & Murphy, L.R. *Soz-Praventivmed*. (2004). 49:79. <https://doi.org/10.1007/s00038-004-3085-z>
- Schaufeli, W. B. e Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on Burnout and health. *Psychology & Health*, 16, 5, p. 501-510. ISSN 0887-0446. Retrieved from: < <Go to ISI>://WOS:000171388900001 >.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- Tavares, M. (2004). A clínica na confluência da história pessoal e profissional. In: Wanderley Codo. (Org.). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clinica e o trabalho*. p. 53-103.1ed. Petrópolis: Vozes, v. 1.
- Vasques-Menezes, I. (2004). Por onde passa a categoria trabalho na prática terapêutica? In Codo, W. *O Trabalho enlouquece?* Petrópolis – RJ: Vozes.
- Yokoy de Souza, T. e Oliveira, M.C.S.L. (2012). O contexto das medidas socioeducativas: Promoção da paz ou valores da cadeia. In: A. M. C. U. de A. Branco; M. C. S. L. de Oliveira. (Org.), *Diversidade e Cultura da Paz na Escola: Contribuições da Perspectiva Sociocultural*. 1 ed., v. 1. Porto Alegre: Mediação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de um método científico que utiliza diferentes técnicas estatísticas para mensurar e destacar experiências humanas, o desafio de ampliar as perspectivas dos entrelaces de processos de saúde-doença, em uma política pública de tamanha complexidade, fez parte do processo de construção deste trabalho. Com uma amostra tão peculiar, que, no senso comum, é recortada a um esteriótipo “invencível” e “inquebrável” de que “ser forte é não adoecer”, utilizando qualificações que escamoteiam a realidade, tais como adjetivos de “guerreiro”, “homem de ferro”, (Zanello, 2018; Baptista, 2013), considerou-se a indissolubidade e integralidade do conceito de saúde como cerne desta pesquisa.

Como consequência, este estudo visou desmitificar a susposta ideia de que pessoas que possuem o perfil de liderança e eficiência, geralmente selecionadas para exercer funções de gestão, em tese, não possuem processos de adoecimento. No senso comum, cria-se a imagem do “super envolvimento” – característica individual tendenciosa ao desenvolvimento de *burnout* (Maslach, Jackson, & Leiter, 2016) – como um atributo associado à ideia de “inesgotável”. Este, por sua vez, é comumente apreciado, em especial, no sistema organizacional.

A pesquisa concluiu que os gestores do sistema socioeducativo do Distrito Federal vivenciam desarmonias em seu processo de saúde e no modo de fazer contato (Ribeiro, 2019), o que foi demonstrado em aspectos de baixa vitalidade, conduzindo a prejuízos na saúde mental e na qualidade de vida.

Sob a configuração de três artigos, avaliaram-se os níveis e se identificou a síndrome de *burnout*, foi traçado o perfil gestor, foi retratada a qualidade de vida e foram identificados os (dis)sabores do contexto do trabalho da gestão da socioeducação do Distrito Federal. Além de nomear as implicâncias de saúde no cotidiano deste universo, a pesquisa traz à comunidade socioeducativa a oportunidade de “conhecer”, considerando as limitações deste estudo, sob quais circunstâncias atua quem planeja, coordena e executa essa esfera da administração pública, perante um contexto de “faltas” ao atendimento de um público que vivencia constantes dificuldades de acesso, majoritariamente, à educação e à saúde (CODEPLAN, 2013).

Conforme apontado na literatura, não existem muitas análises que visem compreender as ações de trabalhadores em função gestora na execução de políticas públicas e sua consequente mediação para administrar suas funções (Ferreira & Mendes, 2003). Antes disso, o sistema

socioeducativo ainda não possui coesão na compreensão do que seja a socioeducação no sentido estrito da lei, como política pública integrada (Yokoy de Souza, 2012; Bisinoto, 2017). Essa falta de inclinação epistemológica voltada ao exercício transdisciplinar do “saber fazer” sob uma formação integrada de “como fazer” causa conflitos organizacionais e tem como uma de suas origens as vivências de sofrimento no trabalho (Baptista, 2013; Dejours, 2011).

Sob a integralidade do conceito de saúde enfatizado por Ribeiro (2019), esta pesquisa intencionou, com os dados apresentados, relacionar as possíveis interações entre os processos de saúde-doença, discutindo-os a partir de uma perspectiva “metrificada” e esmiuçando “partes”. Entretanto, é importante apreender o indivíduo como um “todo indivisível”, do ponto de vista holístico e da Psicologia da Gestalt, as partes interferem no todo e o todo nas partes.

Ainda que, aparentemente, processos subjetivos não sejam culturalmente no Brasil ligados à tentativa de uma espécie de “redução numerológica” para análise de dados científicos, em especial para pesquisas humanas, o leque de artigos, periódicos e materiais internacionais que utilizam a abordagem quantitativa traz, em sua riqueza metodológica, reflexões com temáticas “não palpáveis” que possuem como finalidade, em geral, nomear da forma mais aproximável possível, dados sobre o que não se pode afirmar 100%. Essa quantificação “descritiva” de informações é fundamental, epistemologicamente para a construção e ao embasamento conceitual de fenômenos que urgem serem identificados e visibilizados. Aqui, neste estudo, de forma a promover a saúde, representando pela vivência de *burnout* no contexto socioeducativo e tendo como objeto de estudo o trabalhador gestor. Ressalta-se aqui não a inferência de conceitos metodológicos mais ou menos “confiáveis”, e sim, essencialmente, a aplicabilidade e a complementariedade da diversidade deles.

Como fator limitante, não perpassou por esta pesquisa o intento de especificar nuances particulares caracterizadas pela cultura e pelo território do centro-oeste brasileiro. Para uma visão mais detalhada, as fundamentações quantiquantitativas podem enriquecer discussões mais aprofundadas e arraigadas sobre os gestores do sistema socioeducativo do Distrito Federal.

Também, como questão relevante quanto à abrangência do método científico neste estudo, o qual subdividiu a identificação do perfil da gestão em dois grupos sob hierarquização de cargos e consequentes divisões setoriais, faz-se mister considerar que nem todos os ambientes da instituição influenciam da mesma maneira o estresse e/ou *burnout* no trabalho (Briner, 2000).

Especialmente nas pesquisas relacionadas ao trabalho, neste caso, em *burnout*, estudiosos da saúde têm apontado que a experiência do esgotamento emocional tem sido muito evidenciada nas últimas décadas. Constatou-se, no primeiro artigo, que foram desenvolvidas medidas, assim como vários modelos teóricos, e estudos de pesquisas de vários países que contribuiriam para uma melhor compreensão das causas e consequências dessa disforia específica do trabalho (Beck, 1988; Bibeau et al., 1989; Byrne, 1993; Campos et al., 2012).

O diagnóstico diferencial para identificação de *burnout*, muitas vezes, é negligenciado devido à semelhança dos sintomas com outras doenças (Maslach, 2003; Reime & Steiner, 2001). Com os resultados deste estudo, compreende-se que é primordial, no sistema socioeducativo, uma política preventiva de saúde informando sobre os processos psicossomáticos decorrentes de estresse e de esgotamento emocional como fatores desencadeantes de outras formas de adoecimento decorrentes do contexto de trabalho. Dessa forma, apreendeu-se, ainda, que se faz necessária a reformulação organizacional para a distribuição de tarefas, do planejamento gestor e da revisão normativa, constatado o processo burocrático e atividades desgastantes vivenciados neste sistema.

Por conseguinte, o segundo artigo apontou a relação dos processos de saúde dos gestores nesse cenário, em que sobressaiu a baixa qualidade de vida no ambiente de trabalho, destacando-se maiores danos ligados à saúde mental.

De forma complementar, sob o processo de adoecimento nesse sistema, o terceiro artigo confirmou que, no contexto de trabalho da gestão do sistema socioeducativo, a interação entre o controle e a demanda organizacionais elevados e o alto grau de esgotamento emocional afetam negativamente a saúde dos gestores (Snorraddottir et al., 2013; Karasek & Theorell, 1990).

Este estudo concluiu, ainda, que a cultura do amedrontamento e a sobrecarga de trabalho, muitas vezes, sem nitidez na execução da ação, trazem um efeito reverso da aparência, sobrepondo-se à efetiva ação diária de operacionalização do serviço de forma coletiva e dialógica. A distribuição e organização cronológica são privilegiadas para tratar tarefas acumuladas a curto prazo sem definição e distribuição de fazeres. O controle sobrepuja-se à delegação de tarefas.

Sob os resultados apontados nesses artigos, de forma geral, este trabalho sugere, como ponto de partida que o gestor precisa identificar as causas e fatores relacionados aos sinais de surgimento dos níveis que possam desencadear a síndrome de *burnout* (Seligmann-Silva, 2011; Pruessner et al., 1999). Para tanto, a autopercepção das características individuais relacionadas aos

tipos de personalidade é o primeiro passo para a autorreflexão acerca da tendência ao desenvolvimento dessa síndrome. Isso reflexiona, indubitavelmente, nas relações de trabalho, as quais, se tangenciadas a fatores estressantes, podem direcionar o esgotamento ao cinismo e negativismo como estratégias defensivas. Estas, de acordo com o CID -11ª edição (*ICD-11-Mortality and Morbidity Statistics*, 2019), são dimensões cada vez mais prementes em um mundo que privilegia o *status* e o poder como meios constituintes da intersubjetividade ao buscar formas de ocupação de um lugar que indique suposta "valia social", ainda que custe a síndrome de *burnout* (Cherniss, 1980; Maslach et al., 2016). Consequentemente, identificar processos prazerosos ou não no ambiente de trabalho e motivacionais é importante para dar sentido e direcionar escolhas ligadas ao trabalho (Bendassolli, 2007).

Assim, esta pesquisa informa à instituição o processo de desenvolvimento de *burnout* da equipe gestora, para que propostas de intervenção possam ser pensadas de acordo com as necessidades identificadas. Esta intervenção pode ocorrer no nível do indivíduo, grupo de trabalho gestor ou organização inteira (Ferreira & Mendes, 2003). Em geral, a ênfase principal tem sido as estratégias individuais e não as sociais ou organizacionais (Dejours, 2011), apesar de, neste estudo, as evidências indicarem fatores institucionais altamente ligados ao desenvolvimento de *burnout*.

Ao abordar o processo de conscientização consoante a Ribeiro (2012), prevalece enquanto um processo inter-dinâmico multifatorial, do ponto de vista da saúde mental, que a potência ao que adoce pode, proporcionalmente, ter semelhante propulsão à capacidade de regenerar-se, reconfigurar-se. Nesse sentido, somente a partir da percepção de "como o objeto está para mim", é que se faz possível a transmutação. Neste estudo, o objeto associado à *burnout* (esgotamento emocional, insatisfação profissional e qualidade de vida, propostas de constituição de espaços de fala como recurso) é que traz a possibilidade de acionar as necessidades do corpo, vislumbrando, assim, perspectivas outras de "vir –a ser", sob dinâmicas diversas.

Nesse sentido, a clínica do trabalho pode se tornar um método valioso para a identificação e conscientização de processos de saúde-doença individuais que reverberam no coletivo do trabalho. Nesse contexto clínico, há possibilidade, também, de surgirem reflexões mobilizadoras advindas de indagações de ordem ambiental, externa, dignas de integração intersubjetiva: Como se fortalecer psiquicamente em uma realidade política crescente de faltas, precariedades e escassez de serviços e materiais, atribuindo em paralelo, um sentido/uma significação afetiva de autorrealização no contexto de trabalho? Que estratégias possíveis podem ser construídas nas

condições de trabalho da administração pública brasileira, em especial, em uma política pública em que a identidade está em processo de formação, de constituição sobre o que, como e para que “fazer socioeducação”? Que recursos utilizar diante de um cenário em que gerir pode conotar uma troca, um débito pelo convite de ser gratificado pelo desempenho de uma tarefa sob um processo pelo qual o profissional foi avaliado e aprovado em sua capacidade funcional (processo seletivo de concurso público ou contratação terceirizada)? Como criar estratégias de enfrentamento sem naturalizar ou distorcer um processo adoecedor como sendo parte, sem ignorá-lo? É possível construir espaços de saúde sem identificar o seu próprio processo, sem dar-se conta de sua indignação e/ou dignidade no contexto de trabalho?

Sobressalta-se que este estudo não objetivou responder essas questões, as quais são reflexões consequentes desta pesquisa sendo também fundamentais para entender o processo de adoecimento e a qualidade de vida no contexto de trabalho. Parte-se do pressuposto de que é do lugar da “significação” individual ao grupal e vice-versa, por parte do trabalhador, que se deve localizar o ponto de partida do planejamento e da política de gestão, visibilizando a percepção de sua própria (in)satisfação profissional, (des)qualificação do outro, do medo e do controle (Gaulejac, 2009).

Desse modo, os resultados desta pesquisa podem fornecer valiosas indicações empíricas, sinalizando que se trata de uma área que merece cuidado em um projeto de mudanças institucionais. Atenção especial deve ser dedicada a esse item, caso se deseje agir preventivamente para evitar mais efeitos negativos, a médio e longo prazos quanto à saúde dos gestores e à efetividade do trabalho.

Para trabalhos seguintes, sugere-se a realização de divulgações acerca da importância de participação em pesquisas em contextos além do universo científico, com a intenção de desenvolver, no campo socioeducativo, o protagonismo substancial e representativo da generalização populacional, que, de fato atenda as reais necessidades de quem gerencia e executa a tão invisibilizada política pública da socioeducação.

Outro ponto a ser realçado para trabalhos futuros é a urgência de um estudo aprofundado que identifique, descreva e discuta as desigualdades sob uma perspectiva de gênero, classe, cor e raça, de modo que o perfil do grupo de gestores perpassa pelo exercício de uma construção de propostas que abarquem as semelhanças e diferenças de acordo com a realidade apresentada nesse contexto. Homens e mulheres diferem tanto na forma de desencadear a síndrome de *burnout*



quanto na maneira de lidar com esses fatores. Existem, realmente, fatores discriminatórios em um contexto social e de trabalho dominado por regras que privilegiam os interesses dos homens (Diniz, 2004). Essa afirmativa é reforçada pelos dados narrados a partir das percepções de trabalhadoras da socioeducação no Distrito Federal (Andrade, 2017) que, ainda que gerida, como apontou-se na introdução deste trabalho, em sua maior parte, por mulheres, ao tratar-se supostamente de uma política pública gendrada ao cuidado, a questão central institucional da socioeducação paira na dicotomia de um universo planejado e operacionalizado para trabalhadores homens. Sob esse contexto de constituição identitária sócio-histórico, percebe-se no universo socioeducativo um empoderamento de gênero (Diniz, 2004).

Por fim, espera-se, com esta pesquisa, contribuir com estudos no campo da saúde, psicopatologia e contexto organizacional, de forma a trazer luz a processos que busquem a primazia da saúde, da ética e do respeito à dignidade humana para fortalecer relações socioprofissionais, contrapondo-se aos modelos de gestão em que imperam as relações de poder. O intuito majoritário é “politizar” a ação destinada ao gestor, com foco em um ambiente de qualidade de vida e experiências mais saudáveis na esfera da administração pública, em especial, a da socioeducação.

## REFERÊNCIAS<sup>5</sup>

- Amaral, L. T. (2008). Instituições de internação para adolescentes em conflito com a Lei: a inserção dos amigonianos em Brasília. *Dissertação. Mestrado em Psicologia*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Andrade, A. S. de (2017). “Aqui as flores nascem no concreto”: negociações nas atuações laborais de agentes socioeducativos. xv, 161 f., il. *Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Baptista, C. (2013). Impacto das relações intersubjetividade na implementação da política nacional de atendimento socioeducativo. *Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. UnB*.
- Beck, A. T. (1988). The Beck Anxiety Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Washington, 56, 4, 893-897.
- Bendassolli, P. F. (2007). Trabalho e identidade em tempos sombrios. *Insegurança ontológica na experiência atual com o trabalho*. Aparecida – SP: Ideias & Letras.
- Bibeau, G., Dussault, G., Larouche, L. M. , Lippel, K. , Saucier, J. F. , Vezina, M. , e Vidal, J. M. (1989). Certains aspects culturels, diagnostiques et juridiques de Burnout. *Some cultural diagnostic and juridical aspects of Burnout*. Montreal: Confederation des Syndicats Nationaux.
- Bion, W. R. (1988). *Estudos psicanalíticos revisados (Second thoughts)*. Rio de Janeiro, Imago.
- Bisinoto, C. (2017). *Docência na socioeducação: a experiência de um processo de formação continuada*. Brasília: FUP – UnB. 224 p.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, DF. Recuperado em 02 de novembro, 2017, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)
- Briner, R.B. (2000). Relationships between work environments, psychological environments and psychological well-being. *Occupational Medicine*, 50, 299-303.
- Byrne, B. M. (1993). The Maslach Burnout Inventory: Testing for factorial validity and invariance across elementary, intermediate and secondary teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 66, 197-212.
- Campos, J.; Carlotto, M. S.; Maroco, J. O. (2012). Burnout Inventory - Student Version: Cultural Adaptation and Validation into Portuguese. *Psicologia-Reflexão e Crítica*, 25, 4, 709-718. ISSN 0102-7972. Retrieved from: <<Go to ISI>://WOS:000314239300010 >.

---

<sup>5</sup> Aqui estão citadas somente as referências da Introdução que apresenta esta dissertação e das Considerações Finais, últimas, que conclui este trabalho.

- Canguilhem, G. (1990). *La Santé: concept vulgaire et question philosophique*. Toulouse: Sables, 36 p.
- Cherniss C. (1980). *Staff Burnout: job stress in the human service*. CA: Sage.
- Cherniss C. (1980). *Professional Burnout in Human Service Organizations*. New York: Praeger.
- CODEPLAN. (2013). *Perfil e percepção social dos adolescentes em medida socioeducativa no Distrito Federal*. Brasília – DF.
- Dejours, C. (1980). *A loucura do trabalho*. São Paulo, Cortez.
- Dejours, C. (2011). A metodologia em Psicodinâmica do Trabalho. In: S. Lancman; L. Sznelwar (Orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 3a ed., Rio de Janeiro/Brasília: Fiocruz/Paralelo 15, p. 125-150.
- Diniz, G. (2004). Mulher, trabalho e saúde mental. In Codo, W. (2004). *O Trabalho enlouquece?* Petrópolis – RJ: Vozes.
- Ferreira, M e Mendes, A. (2003). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social brasileira*. Brasília: Ler, Pensar, Agir.
- International Classification of Diseases - ICD-11. (2019). *Mortality and Morbidity Statistics*. 11th Revision. In: <http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Karasek, R. (1985). *Job content instrument questionnaire and user's guide*, version 1.1. Department of Industrial and Systems Engineering. Los Angeles: University of Southern California.
- Karasek, R., e Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, Inc., Publishers
- Malhotra, N. (2001). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. 3a. ed. Porto Alegre: Bookman.
- Maslach, C.; Jackson, S.E.; Leiter, M.P. (2016). *Maslach Burnout Inventory Manual* (Fourth Edition). Menlo Park, CA: Mind Garden, Inc.
- Maslach, C. Job Burnout: New directions in research and intervention. (2003). *Current Directions in Psychological Science*, v. 12, n. 5, p. 189-192, Oct. ISSN 0963-7214. Retrieved from: <Go to ISI>://WOS:000185645800009 >.
- Moreira, C. (2017). *Agência Brasília*. Recuperado em 31 de outubro, 2017, de <http://www.crianca.df.gov.br/noticias/item/3584-projeto-da-secrion%C3%A7a-%C3%A9-premiado-no-inova-bras%C3%ADlia.html>
- Oliveira, S. E. S. de, & Orientador, B. D. R. (2016). *Avaliação estrutural e dimensional da*

*personalidade: estudos psicométricos e de aplicação clínica*. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat07377a&AN=sabi.001093136&lan=pt-br&site=eds-live&scope=site>

- Pauluk de Jesus, V. C. (2013). Condições escolares e laborais de adolescentes autores de atos infracionais: um desafio à socioeducação. *Revista eletrônica de educação*, 7(3).
- Pruessner, J. C.; Hellhammer, D. H. e Kirschbaum, C. (1999). Burnout, perceived stress, and cortisol responses to awakening. *Psychosomatic Medicine*, 61, 2, 197-204, Mar- Apr. ISSN 0033-3174. Retrieved from: <<Go to ISI>://WOS:000079301000012>.
- Reime B. e Steiner I. (2001). Burned-out or depressive? An empirical study regarding the construct validity of Burnout in contrast to depression. *Psychother Psychosom Med Psychol*; 51(8), 304-7.
- Rego, V. (2009). Organização do trabalho e vivências de prazer e sofrimento em profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre hospitais com e sem certificado de qualidade. 130 f. *Dissertação. Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Ribeiro, J. (2012). *Gestat-terapia: refazendo um caminho*. 8. ed. rev. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J. (2019). *O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica*. 8. ed. São Paulo: Summus.
- Rodrigues, D. (2016). Reflexões sobre Desenvolvimento Humano e Infração Juvenil. *Psicologia Cultural e Socioeducação*, v. 16, nº. 1.
- Segre, M. (1997). *O conceito de saúde*. Rev. Saúde Pública, 31 (5): 538-42.
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- Silva, C. (2017). A socioeducação e Direitos humanos: um estudo do projeto “A Arte do Saber”. xiii, 172 f., il. Brasília: *Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania)* – Universidade de Brasília.
- Snorraddottir, A., Vilhjalmsón, R., Rafnsdóttir, G.L. e Tomasson K. (2013). Financial Crisis and collapsed banks: *psychological distress and work related factors among surviving employees – a nation – wide study*. *Am J Ind Med.*, 56(9), 1095 – 106.
- Soares, T.; Silva, R. & Antun, A. (2014). *Leitura: A Arte do Saber: Proposta de (Re)integração Social a Adolescentes sob cumprimento de Medida Socioeducativa de Internação*. [Projeto Piloto – Unidade de Internação de Santa Maria não publicado]. Certidão de Registro n. 673. 264. da Fundação Biblioteca Nacional do Ministério da Cultura, RJ.
- World Health Organization. *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)* [Internet]. ICD- 11.2018 [cited 2018 Aug 16]. Available from: <https://icd.who.int/>

Yokoy de Souza, T. (2012). Processos de desenvolvimento de educadores sociais do sistema de medidas socioeducativas: indicadores de formação. *Tese. Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde*. Brasília: Universidade de Brasília.

Zanello, V. (2018). *Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.

## APÊNDICE



*Master mention Psychologie clinique, psychopathologie et psychologie de la santé*

*Research: Applied Research and Prevention in Health*

*Psychology in Psychopathology - 2ème année*

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### ***Burnout e a Qualidade de Vida dos Gestores do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal: Uma Análise Estatística Descritiva em Saúde Mental***

*(Flavors and dislikes in the professional world: Burnout - Quality of life of the managers of the socio educative system of the Distrito Federal, Brazil, from the point of view of mental health)*

**Aluna Pesquisadora: Tatiana de Paula Soares<sup>1</sup>**  
**Professora Orientadora: Dra. Nicole Cantisano**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa. Esse documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa.

Por favor, leia com atenção. Se houver perguntas, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora por *e-mail* e/ou contato telefônico (*whatsapp*). Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

#### **Justificativa e objetivos:**

O objetivo desta pesquisa é identificar a qualidade de vida da gestão do sistema socioeducativo brasileiro, em especial, do Distrito Federal, do ponto de vista da saúde. É importante ressaltar que essas reflexões sobre o perfil da gestão têm a perspectiva de dar sentido ao trabalho.

Consideramos que **é a partir da sua experiência enquanto gestor(a), profissional que vivencia o contexto de trabalho no sistema socioeducativo, que propostas institucionais primando o "bem viver" (de forma integral – físico, psíquico, social, espiritual), do ponto de vista da saúde, possam surgir** para atender as reais necessidades do(da) trabalhador(a) no universo laboral.

Dessa forma, a fim de ofertar uma atitude proativa por parte da instituição, no que diz respeito à saúde do(a) gestor(a), faz-se necessário de início, traçar a "fotografia da qualidade de vida", do ponto de vista da saúde.

Com isso, este estudo pretende contribuir para o avanço da pesquisa sobre os processos de saúde na gestão da administração pública, particularmente no sistema socioeducativo.

#### **Procedimentos:**

Como critério de seleção, todos(as) os(as) gestores(as) ocupantes de cargos gerenciais do sistema socioeducativo serão convidados(as) a participar desta pesquisa.

Você está sendo convidado(a) a preencher um formulário com a identificação de dados sociodemográficos, profissiográficos, psicossociais; e os três questionários mais utilizados mundialmente, segundo uma recente revisão sistemática sobre o tema *Burnout* (Esgotamento), Qualidade de Vida e Características do Contexto de Trabalho, do ponto de vista da saúde, sendo eles: *Maslach Burnout Inventory Human Survey (MBI-HSS)*, *Short Form -36 (SF-36)*, e, *Job Content Questionnaire (JCQ)*; validados no Brasil.

---

<sup>1</sup> Aluna de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura da UnB e em Psicologia Clínica, Psicopatologia e Psicologia da Saúde da UFTJ, França. Contato telefônico: (61) 98400-4444. E-mail: tatiana.soares@gmail.com

Garantimos **sigilo** quanto à sua identificação como participante nesta pesquisa. **Os instrumentais respondidos não identificam os(as) participantes que responderam a pesquisa para à equipe pesquisadora. Nenhuma informação de identificação dos dados será fornecida à Secretaria executora da política pública do atendimento socioeducativo ou a qualquer outra instituição e/ou pessoa.**

O tempo total para o preenchimento desses instrumentos de pesquisa é de aproximadamente 40 minutos. A maneira de aplicá-los por *e-mail*, através da inclusão dos formulários na plataforma *LimeSurvey*, visa disponibilizá-lo(a) maior flexibilidade e otimização de tempo para o preenchimento das questões, conforme seus compromissos, enquanto participante.

Para a análise dos dados, o arquivo será armazenado pela equipe da pesquisa, com o objetivo exclusivo de utilização para o conhecimento científico, visando por fim, a corroboração social no campo da saúde, à comunidade, em especial, trabalhadores(as) gestores(as) da administração pública.

Após a conclusão desta pesquisa, os resultados deverão ser divulgados aos(às) participantes pela plataforma *LimeSurvey* e à gestão superior hierárquica do atendimento socioeducativo do DF.

#### **Desconfortos e riscos:**

Você não precisa participar deste estudo se avaliar possibilidades de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, cultural ou espiritual como ser humano, oriundos desta pesquisa.

Caso não consiga dimensionar riscos, informo que esta pesquisa não apresenta riscos "previsíveis". Se decidir por participar e apresentar qualquer desconforto decorrente de sua participação, a pesquisadora coloca-se à disposição para o suporte, com encaminhamentos e orientações no campo da psicologia clínica, se necessário.

#### **Benefícios:**

Com este estudo, a partir de uma avaliação sobre saúde, a instituição, se avaliar pertinente, terá subsídios que poderão viabilizar a implementação de um programa de saúde pública para profissionais que atuam em entidades governamentais, especialmente àquelas que realizam cuidados com altos níveis de complexidade em termos psicológicos, emocionais e sobrecarga de trabalho.

#### **Acompanhamento e Acesso:**

Você terá acesso aos resultados da pesquisa, quando finalizada.

#### **Sigilo e privacidade:**

A equipe de pesquisa garante que não terá acesso ao seu nome e **nenhuma informação de dados será dada a outras pessoas que não façam parte do corpo de pesquisadores.** Na divulgação dos resultados deste estudo, não haverá divulgação de sua identidade.

#### **Ressarcimento e Indenização:**

A participação para a coleta de dados desta pesquisa é de caráter voluntário, na qual não haverá remuneração pela participação neste estudo.

#### **Consentimento livre e esclarecido:**

**Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, e, potenciais riscos "não previsíveis", ao responder por *e-mail* os instrumentais preenchidos encaminhados pela plataforma *Lime Survey*, enquanto participante, você declara sua aceitação na participação da pesquisa estando ciente e de acordo com o teor deste documento - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**

Brasília, 11 de março, 2019.

Tatiana de Paula Soares.

## ANEXO A

### *Pesquisa sobre a qualidade de vida da equipe gestora do sistema socioeducativo do DF*

1 – Dados sociodemográficos, profissiográficos e questões psicossociais

A proposta das 23 questões seguintes é de identificar dados referentes ao comportamento social das interações e organizações humanas, em relação à quantidade de um determinado grupo de pessoas por um determinado território. Aqui também constarão itens acerca do contexto profissional relacionado à atividade de trabalho, aspectos individuais, de saúde e a relação entre o convívio social do ponto de vista da psicologia.

Data: \_\_\_\_\_

1 - Qual a sua idade?

\_\_\_\_\_

2 – Sexo:

\_\_\_\_\_ Feminino

\_\_\_\_\_ Masculino

3 - Qual a sua nacionalidade?

a) Brasileiro(a)

b) Estrangeiro(a)

4 – Estado Civil:

\_\_\_\_\_ Solteiro(a) (refere-se a quaisquer contextos sem um relacionamento amoroso)

\_\_\_\_\_ Casado(a) (refere-se a quaisquer contextos em um relacionamento amoroso)

5 – Você possui filho(a)(s)? Se sim, quantos(as)?

\_\_\_\_\_

6 - Com quem você vive a maior parte do tempo?

a) Sozinho(a)

b) Com pai e/ou mãe, e/ou padrasto, e/ou madrasta, e/ou irmã(o)(s)

c) Com avó e/ou avô, e/ou outros familiares

d) Com cônjuge/namorado(a)/companheiro(a) e/ou filho(a)(s)

e) Com colega(s) e/ou amigo(a)(s)

f) Com filho(a)(s)

7 - Qual a sua formação escolar/acadêmica?

a) Ensino Fundamental

b) Ensino Médio

c) Ensino Superior

d) Especialista

e) Mestre

f) Doutor(a)

g) Pós-doutor(a)



8 - Além do emprego vinculado à Secretaria, se for o caso, que outro(s) trabalho(s) você executa em seu cotidiano?

- a) Atividades domésticas
- b) Educação com o(a)(s) filho(a)(s)
- c) Curso(s)
- d) Outro(s) emprego(s) e/ou atividades profissionais
- e) Outro(s)

9 - Você se sente satisfeito(a) com o tempo que destina à atividades de diversão, cultura, arte, esporte e/ou lazer?

- a) Totalmente satisfeito(a)
- b) Parcialmente satisfeito(a)
- c) Nada satisfeito(a)

10 - Qual o seu rendimento líquido individual mensal atual?

- a) Entre 2.000 R\$ a 4.000 R\$
- b) Entre 5.000 R\$ a 7.000 R\$
- c) Entre 8.000 R\$ a 10.000 R\$
- d) Entre 11.000 R\$ a 13.000 R\$
- e) Entre 14.000 R\$ a 16.000 R\$
- f) Entre 17.000 R\$ a 19.000 R\$
- g) Acima de 20.000 R\$
- h) Outro

11 - Qual o rendimento líquido familiar (pessoas com quem possui vínculo afetivo e participam de suas despesas) mensal atual?

- a) Entre 3.000 R\$ a 6.000 R\$
- b) Entre 7.000 R\$ a 10.000 R\$
- c) Entre 11.000 R\$ a 14.000 R\$
- d) Entre 15.000 R\$ a 18.000 R\$
- e) Entre 19.000 R\$ a 22.000 R\$
- f) Acima de 23.000 R\$
- g) Outro

12 - Sobre sua função na Secretaria, qual o seu cargo efetivo?

- a) Especialista socioeducativo(a)
- b) Agente Socioeducativo(a)
- c) Técnico(a) Socioeducativo(a)
- d) Não possui cargo efetivo
- e) Outro

13 - Qual o tempo total de serviço na Secretaria?

---

14 - Qual o seu cargo atual em função comissionada?

- a) Diretor(a)
- b) Vice-diretor(a)
- c) Gerente
- d) Assessor(a)
- e) Encarregado(a) de escola

- f) Chefe de plantão
- g) Chefe
- h) Coordenador(a)
- i) Subsecretário(a)
- j) Supervisor(a)
- k) Outro

15 - Qual o tempo total em exercício na função comissionada atual?

---

16 - Qual o setor mais próximo vinculado ao seu cargo em comissão atual?

- a) SUBSIS
- b) Coordenação/SUBSIS
- c) Central de Vagas/SUBSIS
- d) Diretoria/SUBSIS
- e) Unidade de Internação
- f) Unidade de Semiliberdade
- g) Unidade de Meio Aberto
- h) UAI

17 - Caso você já tenha assumido outras funções comissionadas, qual o tempo total de serviço em funções comissionadas na Secretaria, exceto a atual?

---

18 - Sobre aspectos de saúde, você possui o diagnóstico de alguma(s) doença(s) crônica(s)?

- a) Sim, uma doença crônica
- b) Sim, mais de uma doença crônica
- c) Não

19 - Em caso afirmativo da questão anterior, você está sob tratamento desta(s) doença(s) crônica(s)?

- a) Sim, para uma delas
- b) Sim, para mais de uma delas
- c) Não, para nenhuma
- d) Não possuo o diagnóstico de doença crônica

20 - Assinale item/itens que você se identifica, se for o caso. Você possui suporte emocional para lidar com seus problemas, de forma geral?

- a) De forma geral, sim
- b) Sim, em processo psicoterápico
- c) Sim, com amigo(a)(s) e/ou relacionamento(s) interpessoal/interpessoais
- d) Sim, por meio de minha fé/crença religiosa e/ou espiritual
- e) Não

21 - Você faz uso de medicação psiquiátrica?

- a) Sim, com acompanhamento médico regular
- b) Sim, sem acompanhamento médico
- c) Não

22 - Sobre aspectos individuais e interpessoais, assinale os itens conforme vivencia o seu contexto/comportamento, de forma geral.

- 1 Discordo totalmente
- 2 Discordo parcialmente
- 3 Indiferente
- 4 Concordo parcialmente
- 5 Concordo totalmente

\_\_\_\_\_ a) "Me percebo no mundo de forma competitiva, impaciente, com excessiva necessidade de controle das situações"

\_\_\_\_\_ b) "Considero que minhas possibilidades e acontecimentos de vida são consequentes à capacidade de outros, à sorte ou ao destino"

\_\_\_\_\_ c) "Possuo domínio da situação em meu ambiente de trabalho"

\_\_\_\_\_ d) "Encaro as situações adversas com otimismo e como oportunidade de aprendizagem"

\_\_\_\_\_ e) "Me sinto responsável pelos sucessos de minha própria vida, sendo estes encarados como consequentes às minhas habilidades e meus esforços"

\_\_\_\_\_ f) "Sou empático(a), sensível, humano(a), com dedicação profissional, altruísta, obsessivo(a), entusiasta"

\_\_\_\_\_ g) "Me destaco nos aspectos negativos, prevejo insucesso, sofro por antecipação. Sou bastante exigente comigo e com os outros, não tolerando erros e dificilmente me satisfaço com os resultados das tarefas realizadas"

\_\_\_\_\_ h) "Posso deixar de ser realista e ter grandes chances de me decepcionar"

\_\_\_\_\_ i) "Me sinto inseguro(a), preocupo-me excessivamente, tenho dificuldade em delegar tarefas e dificuldade em trabalhar em grupo"

\_\_\_\_\_ j) "Me mantenho na defensiva e tendo à evitação diante das dificuldades"

23 - Sobre o seu ambiente de trabalho, assinale os itens conforme o seu contexto, de forma geral. Quanto à normatização (regras), você considera:

- 1 Discordo totalmente
- 2 Discordo parcialmente
- 3 Indiferente
- 4 Concordo parcialmente
- 5 Concordo totalmente

\_\_\_\_\_ a) que impede a autonomia

\_\_\_\_\_ b) que possibilita a participação criativa e tomada de decisões

\_\_\_\_\_ c) que há gasto de tempo excessivo e energia para a execução de tarefas, tais como: preenchimento de relatórios, documentos, e, reuniões administrativas

\_\_\_\_\_ d) que ocorrem mudanças organizacionais frequentes, como: alterações frequentes de regras e normas

\_\_\_\_\_ e) que a comunicação é eficiente

\_\_\_\_\_ f) que há falta de confiança, respeito e consideração entre os membros de uma equipe

\_\_\_\_\_ g) que há riscos em seu ambiente físico, tais como: calor, frio e ruídos excessivos ou iluminação insuficiente, pouca higiene, alto risco tóxico e até de vida

## ANEXO B

### *Questionário sobre burnout (Pesquisa em Serviços Humanos)* *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)*

*Translation into Portuguese on the original English version*

#### Com que frequência?

**0 – Nunca**

**1 – Algumas vezes ao ano ou menos**

**2 – Uma vez ao mês ou menos**

**3 – Algumas vezes por mês**

**4 – Uma vez por semana**

**5 – Algumas vezes por semana**

**6 – Todos os dias**

1. \_\_\_\_\_ Eu me sinto emocionalmente sugado(a) pelo meu trabalho.
2. \_\_\_\_\_ Eu me sinto consumido(a) no fim do dia de trabalho.
3. \_\_\_\_\_ Eu me sinto fatigado(a) quando levanto pela manhã e tenho que encarar outro dia neste trabalho.
4. \_\_\_\_\_ Eu consigo compreender facilmente como meus colegas e/ou equipe de trabalho se sentem a respeito das coisas.
5. \_\_\_\_\_ Eu sinto que eu trato alguns colegas e/ou equipe de trabalho como se fossem objetos.
6. \_\_\_\_\_ Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente uma grande tensão para mim.
7. \_\_\_\_\_ Eu lido de forma efetiva com os problemas dos meus colegas e/ou equipe de trabalho.
8. \_\_\_\_\_ Eu me sinto esgotado(a) pelo meu trabalho.
9. \_\_\_\_\_ Eu sinto que eu influencio de forma positiva as outras pessoas através do meu trabalho.
10. \_\_\_\_\_ Eu fiquei mais insensível em relação às pessoas desde que eu iniciei neste trabalho.
11. \_\_\_\_\_ Eu me preocupo que este trabalho esteja me enderucendo emocionalmente.
12. \_\_\_\_\_ Eu me sinto muito disposto(a).
13. \_\_\_\_\_ Eu me sinto frustrado(a) pelo meu trabalho.
14. \_\_\_\_\_ Eu sinto que estou trabalhando duro demais no meu trabalho.
15. \_\_\_\_\_ Eu realmente não me preocupo com o que acontece com os meus colegas e/ou equipe de trabalho.
16. \_\_\_\_\_ Trabalhar diretamente com pessoas coloca muito estresse em mim.
17. \_\_\_\_\_ Eu posso facilmente criar um clima descontraído com os meus colegas e/ou equipe de trabalho.
18. \_\_\_\_\_ Eu me sinto animado(a) depois de trabalhar bem próximo dos meus colegas e/ou equipe de trabalho.
19. \_\_\_\_\_ Eu tenho realizado muitas coisas que valem a pena neste trabalho.
20. \_\_\_\_\_ Eu sinto como se estivesse no fim da linha.
21. \_\_\_\_\_ No meu trabalho eu lido com problemas emocionais muito tranquilamente.
22. \_\_\_\_\_ Eu sinto que os meus colegas e/ou equipe de trabalho me culpam por alguns de seus problemas.

## ANEXO C

***Consentimento formal da editora que detém os direitos autorais (Consulting Psychologists Press) para o uso do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)***

<p><b>Dr. Telma Ramos Trigo</b> Hospital das Clínicas University of Sao Paulo Rua Capote Valente, 234, Apartment 32 Sao Paulo, SP 05409-000 BRAZIL</p>
--

**PERMISSION AGREEMENT TO INCLUDE  
SAMPLE ITEMS IN A RESEARCH PUBLICATION**  
 Agreement Issued: January 7, 2008  
 Customer Number:  
 Product Code: 3463IT / 3467IT  
 Permission Number: 16517

In response to your request of March 30, 2007, upon concurrent receipt by CPP, Inc., of this signed Permission Agreement and payment of the Permission Fee, permission is hereby granted to you to include sample items, selected and provided by CPP, Inc. from the **Maslach Burnout Inventory-HSS (MBI-HSS)** in your Thesis entitled "**TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A LÍNGUA PORTUGUESA DO MASLACH BURNOUT INVENTORY – HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)**". These **sample items** may remain in your Thesis for microfilming and individual copies may be distributed upon demand. This Permission Agreement shall automatically terminate upon violation of this Permission Agreement including, but not limited to, failure to pay the Permission Fee of **\$WAIVED processing fee \$WAIVED = TOTAL DUE \$WAIVED** or by failure to sign and return this Permission Agreement within 45 days from January 7, 2008.

**The permission granted hereunder is limited to this one-time use only.  
The permission granted hereunder is specifically limited as specified in this agreement.**

This Permission Agreement shall be subject to the following conditions:

- (a) Any material reproduced must be used in accordance with the guidelines of the American Psychological Association.
- (b) **Any material reproduced must contain the following credit lines:**

<p>"Modified and reproduced by special permission of the Publisher, CPP, Inc., Mountain View, 94043 from <b>Maslach Burnout Inventory-HSS</b> by Christina Maslach and Susan E. Jackson. Copyright 1986 by CPP, Inc. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the Publisher's written consent."</p>
--

- (c) None of the materials may be sold or used for purposes other than those mentioned above, including, but not limited to, any commercial or for-profit use. Commercial and/or for-profit use of the **(MBI-HSS)** and/or any modification of the **(MBI-HSS)** is specifically excluded from the permission granted herein.
- (d) CPP subscribes to the general principles of test use as set forth in the *Standards for Educational and Psychological Testing* by the American Psychological Association. The customer's/user's attention is drawn to the following statements:

"The test user, in selecting or interpreting a test, should know the purposes of the testing and the probable consequences. The user should know the procedures necessary to facilitate effectiveness and to reduce bias in test use. Although the test developer and publisher should provide information on the strengths and weaknesses of the test, the ultimate responsibility for appropriate test use lies with the test user. The user should become knowledgeable about the test and its appropriate use and also communicate this information, as appropriate, to others.

6.1 Test users should evaluate the available written documentation on the validity and reliability of tests for the specific use intended.



**ANEXO D*****Resposta da autora do Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)  
concordando com a tradução do MBI-HSS para o português***

*From: "Christina Maslach" <maslach@berkeley.edu> Date: July 1, 2008 5:15:29 PM GMT-03:00 To: <trtrigo@yahoo.com.br> Subject: RE: MBI portuguese translation*

*Dear Telma,*

*Thank you for sending me the Portuguese translation and back-translation of the MBI-HSS, via CPP. I think you did a very fine job with the translation, and I hope your research project will go well. I had not realized that you wanted a specific reply from me, so I apologize for this late answer to your query.*

*I would be interested in hearing about the results of your research. Best wishes, Christina Maslach*

## ANEXO E

*Questionário sobre estado de saúde**SF-36**Translation into Portuguese on the original English version*

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

**Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.**

1 - Em geral diria que a sua saúde é:				
Ótima 1	Muito boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5

2 - Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:				
Muito melhor 1	Com algumas melhoras 2	Aproximadamente igual 3	Um pouco pior 4	Muito pior 5

3 - As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto? <i>(Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha).</i>			
	Sim, muito limitado(a)	Sim, um pouco limitado(a)	Não, nada limitado(a)
a. <b>Atividades rigorosas</b> , tais como correr, levantar pesos, participar de esportes extenuantes...	1	2	3
b. <b>Atividades moderadas</b> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa...	1	2	3
c. Levantar ou pegar as compras de mercearia...	1	2	3
d. Subir <b>vários</b> degraus de escada...	1	2	3
e. Subir <b>um</b> degrau de escada...	1	2	3
f. Inclinarse, ajoelhar-se ou baixar-se...	1	2	3
g. Andar <b>mais de 1 km</b> ...	1	2	3
h. Andar <b>várias</b> centenas de metros...	1	2	3
i. Andar <b>uma</b> centena de metros...	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho(a)	1	2	3

4 - Durante as quatro últimas semanas, teve no seu trabalho ou atividades diárias, alguns dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?					
<i>Quanto tempo nas últimas quatro semanas...</i>	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras atividades...	1	2	3	4	5

b. Fez menos do que queria...	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado(a) no tipo de trabalho ou em outras atividades...	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar seu trabalho ou outras atividades, por exemplo, foi preciso mais esforço...	1	2	3	4	5

5 - Durante as quatro últimas semanas, teve no seu trabalho ou atividades diárias, alguns dos problemas apresentados a seguir, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a)?

<i>Quanto tempo nas últimas quatro semanas...</i>	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras atividades...	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria...	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era de costume...	1	2	3	4	5

**Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.**

6 - Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?				
Absolutamente nada 1	Pouco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Imenso 5

7 - Durante as últimas quatro semanas, teve dores?					
Nenhuma 1	Muito fraca 2	Ligeiras 3	Moderadas 4	Fortes 5	Muito fortes 6

8 - Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente nada 1	Pouco 2	Moderadamente 3	Bastante 4	Imenso 5

9 - As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como você se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo a volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu (*Certifique-se que coloca um círculo em cada linha*).

<i>Quanto tempo nas últimas quatro semanas...</i>	Sempre	A maior parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio(a) de vitalidade?	1	2	3	4
b. Se sentiu muito nervosa(a)?	1	2	3	4
c. Se sentiu tão deprimido(a) que nada o(a) animava?	1	2	3	4
d. Se sentiu calmo(a) e tranquilo(a)?	1	2	3	4
e. Se sentiu com muita energia?				



	1	2	3	4
f. Se sentiu deprimido(a)?	1	2	3	4
g. Se sentiu estafado(a)?	1	2	3	4
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4
i. Se sentiu cansado(a)?	1	2	3	4

10 - Durante as quatro últimas semanas, até que ponto que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre 1	A maior parte do tempo 2	Algum tempo 3	Pouco tempo 4	Nunca 5
-------------	-----------------------------	------------------	------------------	------------

11 - Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolu- tamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros...	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa...	1	2	3	4	5
c. Estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar...	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima...	1	2	3	4	5

Muito obrigada!

## ANEXO F

### *Questionário de Satisfação no Trabalho*

#### *Job Content Questionnaire (JCQ)<sup>1</sup>*

*Translation into Portuguese on the original English version*

#### **'Demanda', 'Controle' e 'Apoio' institucionais**

- 1) \_\_\_ Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?
- 2) \_\_\_ Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?
- 3) \_\_\_ Seu trabalho exige demais de você?
- 4) \_\_\_ Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?
- 5) \_\_\_ O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?
- 6) \_\_\_ Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?
- 7) \_\_\_ Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?
- 8) \_\_\_ Seu trabalho exige que você tome iniciativas?
- 9) \_\_\_ No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?
- 10) \_\_\_ Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?
- 11) \_\_\_ Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?

#### **Opções de resposta de 1 até 11: Frequentemente; Às vezes; Raramente; Nunca ou Quase nunca**

- 12) \_\_\_ Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho.
- 13) \_\_\_ No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros.
- 14) \_\_\_ Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho.
- 15) \_\_\_ Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem.
- 16) \_\_\_ No trabalho, eu me relaciono bem com meus chefes.
- 17) \_\_\_ Eu gosto de trabalhar com meus colegas.

#### **Opções de resposta de 12 até 17: Concordo totalmente; Concordo mais que discordo; Discordo mais que concordo; Discordo totalmente**

---

<sup>1</sup> Nota. Cedido por Tores Theorell