



**Instituto Superior de Línguas e Administração**

**QUALIDADE DE VIDA E STRESSE:** Um estudo com  
gestores da Fundação de Atendimento Socioeducativo do  
Estado de Pernambuco, Brasil

**Marineide da Silva Batista**

**Leiria  
2014**



**Instituto Superior de Línguas e Administração**

**QUALIDADE DE VIDA E STRESSE: Um estudo com  
gestores da Fundação de Atendimento Socioeducativo do  
Estado de Pernambuco, Brasil**

**Marineide da Silva Batista**

Dissertação submetida para satisfação parcial dos requisitos do grau de Mestre em Psicologia Social Organizacional, desenvolvida sob a orientação do Professor Doutor José Manuel Magalhães/PT e co-orientação do Professor Doutor Valdenilson Ribeiro Ribas/BRASIL

Leiria  
2014



**Marineide da Silva Batista**

**QUALIDADE DE VIDA E STRESSE:** Um estudo com  
gestores da Fundação de Atendimento Socioeducativo do  
Estado de Pernambuco, Brasil

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

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Composição do júri

---

Professor(a) Doutor(a)

- Presidente -

---

Professor(a) Doutora(a)

- Argüente -

---

Professor Doutor José Manuel Magalhães

- Orientador -

---

Professor Doutor Valdenilson Ribeiro Ribas

- Co-orientador -

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

*O que é o que é?*  
Gonzaguinha

Eu fico com a pureza  
 Da resposta das crianças  
 É a vida, é bonita  
 E é bonita

Viver  
 E não ter a vergonha  
 De ser feliz  
 Cantar e cantar e cantar  
 A beleza de ser  
 Um eterno aprendiz

Ah meu Deus!  
 Eu sei, eu sei  
 Que a vida devia ser  
 Bem melhor e será  
 Mas isso não impede  
 Que eu repita  
 É bonita, é bonita  
 E é bonita

E a vida  
 E a vida o que é?  
 Diga lá, meu irmão  
 Ela é a batida de um coração  
 Ela é uma doce ilusão  
 Hê! Hô!

E a vida  
 Ela é maravilha ou é sofrimento?  
 Ela é alegria ou lamento?  
 O que é? O que é?  
 Meu irmão

Há quem fale  
 Que a vida da gente  
 É um nada no mundo  
 É uma gota, é um tempo  
 Que nem dá um segundo

Há quem fale  
 Que é um divino  
 Mistério profundo  
 É o sopro do criador  
 Numa atitude repleta de amor

Você diz que é luta e prazer  
 Ele diz que a vida é viver  
 Ela diz que melhor é morrer  
 Pois amada não é  
 E o verbo é sofrer

Eu só sei que confio na moça  
 E na moça eu ponho a força da fé  
 Somos nós que fazemos a vida  
 Como der, ou puder, ou quiser

Sempre desejada  
 Por mais que esteja errada  
 Ninguém quer a morte  
 Só saúde e sorte

E a pergunta roda  
 E a cabeça agita  
 Eu fico com a pureza  
 Da resposta das crianças  
 É a vida, é bonita  
 E é bonita



**Dedico Este trabalho**

Aos meus pais Benedito Valeriano Batista (*in memória*) e Lindalva da Silva Batista por terem me concebido e ter valorizado dentre todos os outros compromissos, o efetivo exercício da paternidade/maternidade e garantido a minha educação.

Aos meus amores, Evandro Henrique (esposo), por sua constante participação em todo o percurso que se fez necessário percorrer para a construção desse trabalho, e aos meus filhos, (Lorena Marine e Bruno Henrique), por terem convivido com minhas ausências e meus stresses em toda a trajetória para a realização de mais um projeto da minha vida pessoal e profissional.

## AGRADECIMENTOS

Em especial, a DEUS, pela minha vida e pela luz refletida em toda minha caminhada existencial, pelo conforto e força concedida nos momentos difíceis.

A Nossa Senhora das Graças pelos magníficos raios de luz que diariamente derrama sobre mim.

Aos meus irmãos, Ivaldo da Silva Batista (*in memória*), Valdenice da Silva Batista, Marilene da Silva Batista, Ivanildo da Silva Batista, Vera Lúcia da Silva Batista e Rosângela Cristina Ferreira Nunes.

Aos Gestores das Unidades de Atendimento Socioeducativo da Fundação da Criança e do Adolescente - FUNASE/PE, por se disponibilizarem a participar deste estudo.

Ao Professor Doutor Valdenilson Ribeiro Ribas, pela incansável “paciência” demonstrada no decorrer de todo o caminho que se fez necessário percorrer para a elaboração deste trabalho, inclusive quando da necessidade clarificar os descaminhos, com seu modo amoroso e acolhedor de escutar e dizer.

Ao Professor Doutor José Manuel Magalhães, pela atenção dispensada em todo o processo de orientação para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Severina Pereira, Coordenadora deste Mestrado pelo grande incentivo no decorrer de todo o caminho percorrido para a conclusão deste trabalho e pela coragem para enfrentar as adversidades que se interpuseram durante todo o processo.

Ao Ex-Presidente da FUNASE/PE, Brasil, Dr. Alberto Vinícius do Nascimento pela confiança depositada para a realização desse estudo.

Ao Sr. Eutácio Borges da Silva Filho, atual Presidente da FUNASE/PE/BRASIL, ao Sr. Rômulo Tenório, Diretor Geral de Gestão do Trabalho e Educação e à Sra. Nadja Alencar, Diretora Geral de Política de Atendimento, por autorizarem a realização desse trabalho.



À Theresa de Fátima Césse da Silva, Supervisora da área de Educação por acreditar na minha potencialidade e se colocar numa torcida constante para a realização desse trabalho.

A todas as pessoas que direta e indiretamente contribuíram para a realização desse sonho.

## RESUMO

No Brasil, muitos são os estudos sobre qualidade de vida e stresse disponibilizados na comunidade científica. Todavia, com gestores do Sistema de Atendimento Socioeducativo, nenhuma investigação neste campo temático, até então, foi encontrada. Este estudo objetivou analisar a relação entre a qualidade de vida e o stresse em gestores das unidades de atendimento socioeducativo da FUNASE/PE/BRASIL, diante dos indícios de adoecimento que vêm revelando. Foram avaliados 34 gestores das seguintes unidades de trabalho: UNIAI, CENIPs, CASEMs, CASEs e CPP. Os sujeitos foram subdivididos em dois grupos: o primeiro, constituído por gestores dos CASEs (FOCO DO ESTUDO, n=17), unidades que atendem adolescentes/jovens sob medida de internação. O segundo (CONTROLE, n=17), por gestores da UNIAI, CENIPs, CASEMs e do CPP. Os instrumentos utilizados foram: Inventário de Qualidade de Vida de Lipp e Rocha (IQV); e Inventário de Sintomas de *Stress* em Adultos de Lipp (ISSL). Os resultados deste estudo indicam que os gestores dos CASEs, de ambos os gêneros, apresentam maiores percentuais de indivíduos com insucesso na qualidade de vida, nos quadrantes social, profissional e da saúde, bem como de indivíduos com stresse, predominantemente físico e enquadrados na fase da resistência, quando comparados aos gestores do grupo controle. Esses resultados apontam para a necessidade de continuidade deste estudo, com vistas ao desenvolvimento de ações interventivas favorecedoras da melhoria da qualidade de vida desses profissionais, ao tempo em que suscita a necessidade de investigação junto a outras categorias profissionais.

Palavras-chave: Qualidade de vida; qualidade de vida no trabalho; stresse; stresse ocupacional; e atendimento socioeducativo.

## ABSTRACT

In Brazil, there are many studies about life's quality and stress available in the scientific community. However, with the managers of Social educative system of attendance, no research in this subject field, until then, was found. This study aimed to analyze the relationship between life's quality and the stress in managers of social educative unities of attendance of FUNASE/PE, Brazil, faced by the signs of illness that have been revealing. There were evaluated thirty-four managers of the following units of work: UNIAI, CENIPs, CASEMs, CASEs e CPP. The individuals were subdivided in two groups: the first, composed by CASEs's managers (FOCUS OF THE STUDY, n=17), unities that attend teenagers tailored internment measure. The second (control, n=17), by managers of UNAI, CENIPs, CASEMs and of CPP. The instruments utilized were: Quality of Life inventory of Lipp and Rocha (F36); and Inventory of symptoms of stress in adults Lipp (ISSL). The results of this study indicate that CASEs's managers, of both genders, have a higher percentage of individuals with unsuccessful in quality of life, in social quadrants, professional and health as well as individuals with stress, physical and predominantly framed the stage of resistance, when compared to managers to the control group. These results point to the need to continuity of this study, with a view to developing interventional actions favoring the improvement of quality of life professionals at the time that raises the need for research along with other professional groups.

**Keywords:** Quality of life; Quality of work life; Stress; Occupational stress; and Social educative attendance.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação da qualidade de vida quanto aos quadrantes social, afetivo, profissional e saúde

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

Tabela 3 - Avaliação dos sujeitos quanto à predominância de sintomas físicos ou psicológicos do *stresse*

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

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores que afetam a qualidade de vida dos trabalhadores

Figura 2 - Stressores intra-organizacionais (individuais)

Figura 3 - Stressores intra-organizacionais (físicos)

Figura 4 - Stressores intra-organizacionais (grupais)

Figura 5 - Stressores Intra-organizacionais (organizacionais)

Figura 6 - Aspectos básicos do Burnout

Figura 7: Competências das Coordenações das Unidades de Atendimento Socioeducativas da FUNASE/PE/BRASIL

## LISTA DE SIGLAS

CASEs - Centros de Atendimento Socioeducativo

CASEMs - Casas de Semiliberdade

CENIPs - Centros de Internação Provisória

CPP - Centro Pedagógico de profissionalização

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FUNASE - Fundação de Atendimento Socioeducativo

GTS – Gerência Técnica de Segurança

HDL - Colesterol bom

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

ISSL - Inventário de Sintomas de Stress em Adultos de Lipp.

IQV - Inventário de Qualidade de Vida

LDL - Colesterol mau

NUPESF - Núcleo de Pós-Graduação e Extensão da SOESE/FAESC

OMS - Organização Mundial da Saúde

UNIAI - Unidade de Atendimento Inicial

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

QV - Qualidade de Vida

QVT - Qualidade de vida no Trabalho

SGA - Síndrome Geral de Adaptação

SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socieducativo

SOESE - Sociedade de Ensino Superior da Escada

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## Índice Geral

Agradecimentos	
Resumo	
Abstract	
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Lista de siglas	
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	8
CAP. I – QUALIDADE DE VIDA: BREVES CONSIDERAÇÕES.....	8
CAP. II – QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO – QVT.....	10
2.1 Origem dos estudos e evolução conceitual.....	10
2.2 Modelos da QVT: Algumas perspectivas teóricas.....	11
2.3 Contribuições das teorias da motivação para a Qualidade de Vida no Trabalho...	13
CAP. III – O STRESS.....	16
3.1 Origem da palavra e evolução conceitual.....	16
3.2. Modelos do stresse: trifásico e quadrifásico.....	20
3.3 Fontes do stresse:.....	23
3.4 O stresse: em mulheres homens.....	23
3.5 Consequências do stresse:.....	24
CAP. IV – O STRESSE OCUPACIONAL.....	26
4.1 Origem e evolução conceitual.....	26
4.2 Fatores determinantes do stresse: ocupacional.....	27
4.3 Consequências do stresse ocupacional.....	30
CAP V – O ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO NO ESTADO DE PERNAMBUCO: 33	
BREVES CONSIDERAÇÕES .....	
<b>FUNDAMENTAÇÃO EMPÍRICA</b> .....	39
CAP. VI - METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
6.1 METODOLOGIA.....	39
6.1.1 Objetivo geral.....	39
6.1.2 Objetivos específicos.....	39
6.1.3 Sujeitos.....	39
6.1.4 Instituição.....	40
6.1.5 Critérios metodológicos.....	40
6.1.5.1 Quanto a abordagem.....	41
6.1.5.2 Quanto ao nível de investigação.....	41
6.1.5.3 Quanto aos objetivos .....	41
6.1.5.4 Quanto aos procedimentos de coleta.....	41
6.1.5.5 Quanto às fontes .....	41
6.1.6 Local da avaliação.....	41
6.1.7 Divisão dos Grupos.....	42
6.1.8 Avaliações.....	42
6.1.8.1 Instrumentos utilizados.....	43
6.1.8.1.1 Inventário de Qualidade de Vida de Lipp e Rocha - IQV...	43
6.1.8.1.2 Inventário de Sintomas de Stress em Adultos de Lipp.....	44
6.1.9 Tratamento Estatístico.....	44
6.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	45

6.2.1 Avaliação da Qualidade de Vida nos quadrantes social afetivo, profissional e saúde.....	45
6.2.2 Avaliação do stresse quanto a:.....	45
6.2.2.1 Presença ou ausência .....	45
6.2.2.2 Predominância dos sintomas físicos ou psicológicos.....	46
6.2.2.3 Fases do stresse: alerta, resistência, quase-exaustao ou exaustão.....	47
6.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	48
<b>CONCLUSOES E RECOMENDAÇÕES.....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
<b>NETGRAFIA.....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS</b>	

A: Decreto nº 39.268, de 12 de abril de 2013

B: Organograma da FUNASE/PE/BRASIL

C: Quantitativo Diário (30/09/2014)

D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

E: Inventário de Qualidade de Vida de Lipp e Rocha (IQV)

F: Inventário de Sintomas de Stress em Adultos de Lipp (ISSL)

G: Centro de Atendimento Socioeducativo - CASE/Abreu e Lima

H: Centro de Atendimento Socioeducativo - CASE/Cabo de Santo Agostinho

I: Centro de Atendimento Socioeducativo - CASE/Jaboatão dos Guararapes

J: Centro de Atendimento Socioeducativo - CASE/Santa Luzia (Recife)

L:Centro de Atendimento Socioeducativo - CASE/Arcoverde

M:Centro de Atendimento Socioeducativo - CASE/Caruaru

N: Centro de Atendimento Socioeducativo - CASE/Garanhuns

O: Centro de Atendimento Socioeducativo - CASE/ Petrolina



# INTRODUÇÃO

---

## INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade de vida - QV não é uma questão contemporânea, mas, remonta aos primórdios da criação humana, que àquele tempo já refletia os cuidados do Criador para com a sua criatura (Bíblia de Jesusalém, 1998).

Ao longo dos tempos, os debates sobre a qualidade de vida foram ocupando lugar de destaque entre os estudiosos interessados pelo tema tendo em vista envolver a vida humana nas suas mais diversas dimensões. Essas dimensões envolvem aspectos relacionados à saúde, trabalho, lazer, família, espiritualidade, dentre outras, segundo as concepções de Souza & Carvalho (2010), necessitando dessa forma, de uma avaliação mais profunda.

Frente a essa multiplicidade de dimensões, conceituar o termo QV, na percepção de Moreira (2000) não é uma tarefa simples, requer muitos estudos, considerada a importância da manutenção do equilíbrio entre essas dimensões, como forma de evitar e/ou minimizar os processos de adoecimento. Por essa razão, muitos são os estudos que vêm sendo desenvolvidos ao longo dos séculos em torno dessa temática, na perspectiva de contribuir com a ampliação dos conhecimentos das pessoas acerca da importância dos cuidados necessários para com a qualidade de vida, quer no campo da vida pessoal e profissional.

No que se refere à qualidade de vida no campo da vida profissional, mais conhecida por Qualidade de Vida no Trabalho - QVT, muitos também são os estudos empreendidos, tendo em vista ser o trabalho a dimensão da vida onde o homem tem ocupado parte significativa do seu tempo. Quando a ocupação desse tempo não se dá de forma equilibrada, pode desencadear desconforto físico e/ou psicológico, podendo chegar ao adoecimento físico e/ou psíquico, a exemplo do que tem provocado o stresse, fenômeno atualmente tão em evidência.

Apesar do que demonstram os estudos sobre os efeitos negativos advindos do stresse, é importante compreendê-lo também, enquanto um fenômeno que produz consequências positivas, como é o caso das vivências que envolvem a emoção da alegria pelo nascimento de um filho, aprovação no vestibular, conclusão de uma formação superior, conforme afirma Rangé (2001) *apud* Baptista e Alves, (2003), em situações de casamentos, como também por um reconhecimento profissional, um aumento salarial de acordo com a concepção de

Limongi-França & Rodrigues (2011), dentre outras. Contudo, no contexto do mundo do trabalho muitas ainda são as categorias profissionais que se encontram submetidas a situações de stress e por isso têm sido objeto de um número substancial de estudos, em nível nacional e internacional, não havendo assim perspectivas de que o interesse pelos estudos sobre este assunto venha a diminuir (Cartwright *et al.* 2005) *apud* Rossi, Quic, e Perrewé, (2009).

No Brasil, muitos são os estudos que vêm sendo desenvolvidos, com o objetivo de investigar a influência das condições de trabalho no desenvolvimento do *stress*. Dentre eles, destaca-se aqui a pesquisa realizada na cidade de São Paulo, sob a coordenação da Psicóloga Ana Maria Rossi, publicada na Folha de São Paulo, jornal veiculado no Estado de São Paulo, Brasil, no dia 22 de junho de 2007. Essa pesquisa objetivou identificar as áreas profissionais mais suscetíveis ao stress, apontando para os seguintes resultados: o primeiro lugar foi ocupado pelos profissionais da área de segurança pública e privada; em segundo, os controladores de vôo e motoristas de ônibus; em terceiro, os bancários, executivos e profissionais que lidam com o atendimento ao público (saúde, telemarketing, etc.); em quarto os profissionais que atuam em áreas distintas daquelas para as quais se formaram; e em quinto lugar os profissionais do jornalismo. Além dessas áreas, destacam-se também como stressoras, outras categorias profissionais, a exemplo daquelas direcionadas à ação aeroportuária (Guerra-Ribas *et al.*, 2010), justiça do trabalho (Lipp & Tanganelli, 2002), educação (Albuquerque *et al.*, 2010), saúde (Cooper *et al.*, 1999) *in* Rossi, *et al.* (2009), dentre outras.

No contexto das atividades laborais mais vulneráveis ao stress, conforme apontam as pesquisas, também pode ser inserido o atendimento socioeducativo, cuja finalidade precípua é atender adolescentes em conflito com a lei, sentenciados para o cumprimento das Medidas Socioeducativas<sup>1</sup> prescritas no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), e regulamentada pelo Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE (2012), tendo em vista, o envolvimento e/ou autoria de ato infracional (roubo, roubo qualificado, tráfico de entorpecentes, tentativa de homicídio, homicídio qualificado referente, latrocínio, porte ilegal de arma, furto, furto qualificado, dentre outros), conforme expressam os dados constantes da tabela 03 (VIDE ANEXO F), que traduz o efetivo mensal referente ao mês de

---

<sup>1</sup> Advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviço à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade e internação,

setembro/2014, constante no Boletim Estatístico da FUNASE. Segundo o art. 103 do ECA, “considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal”,

Portanto, esta é mais uma das inúmeras realidades laborais em que os trabalhadores são absorvidos pela voragem das exigências internas e externas que lhes são impostas pelo cotidiano do trabalho, que por vezes compromete o exercício da “arte do silêncio”, prática tão necessária à reflexão quanto à forma de ser e de estar no mundo, estratégia de grande importância para a busca do equilíbrio do campo físico e psíquico, fundamental para a minimização ou mesmo a eliminação dos efeitos advindos das vivências constantes de tensão (Oliveira, 2001). Corroborando com esse pensamento, Lipp & Rocha, (1996), afirmam que a sujeição cotidiana dos trabalhadores a realidades dessa natureza pode contribuir para o enfraquecimento gradativo da capacidade de suportar as tensões, e assim dificultar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao *stress*.

Diante disto emerge a motivação para desenvolver um estudo junto aos gestores da Fundação de Atendimento Socioeducativo – FUNASE, nestas duas perspectivas temáticas, com o objetivo de analisar a possível relação entre a qualidade de vida e o *stress* nesse segmento profissional, tendo em vista a evidencia dos sinais e sintomas que têm revelado. No campo físico, os sinais mais comuns revelados correspondem à tensão muscular, sudorese, boca seca, tontura, aperto da mandíbula, mudança de apetite, úlcera, hipertensão, hiperatividade, mãos e pés frios, dentre outros. No campo psicológico, os sintomas mais evidentes revelaram a presença de ansiedade, angústia, insônia, nó no estômago, dificuldades de relaxar, preocupação excessiva, pensar e falar constantemente em um só assunto (Lipp & Tanganelli, 2002). Observa-se também em alguns desses gestores a precariedade de investimentos na qualidade de vida, justificada, por vezes, pelas falta de tempo para investimentos em outros espaços do campo vital, como saúde, relações afetivas e sociais.

Do universo total de 76 (setenta e seis) gestores que desempenham na FUNASE as funções gerenciais de Coordenação Geral, Coordenação Técnica, Coordenação Administrativa e Coordenação Operacional, 34 (trinta e quatro) participaram da pesquisa, o que corresponde a um universo amostral de 47% (quarenta e sete por cento), os quais exercem suas atividades nas seguintes unidades de trabalho: na Unidade de Atendimento Inicial – UNIAI, nos Centros de Internação Provisória - CENIPs, nas Casas de Semiliberdade -

CASEMs, nos Centros de Atendimento Socioeducativos - CASEs e Centro Pedagógico de Profissionalização – CPP,

O grupo focal para análise da situação da qualidade de vida e do stresse foi constituído pelos gestores atuantes nos Centros de Atendimento Socioeducativo - CASEs (masculino/feminino), que são os Centros que se voltam ao atendimento de adolescentes sentenciados para o cumprimento da medida socioeducativa de internação. Nesta modalidade de atendimento os gestores estão submetidos a estado permanente de tensão tendo em vista a natureza do atendimento. Some-se a isso, a precarização das condições estruturais, materiais e humanas de trabalho, bem como às exigências internas e externas por um desempenho eficiente, eficaz e efetivo das suas competências gerenciais, que segundo Maximiano (2010, p. 73), “consiste em tomar decisões, estabelecer metas, definir diretrizes e atribuir responsabilidades aos integrantes da organização, de modo que as atividades de planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar estejam numa sequência lógica”.

Além das exigências por um desempenho eficiente das competências gerenciais, também é exigido desses profissionais, competências técnicas e emocionais para a lida cotidiana junto a adolescentes/jovens, envolvidos e/ou autores de atos infracionais, cujo perfil é permeado por acentuada labilidade emocional, limitação cognitiva, dificuldade em estabelecer relacionamentos significativos, baixa tolerância à frustração, imediatismo, dificuldade em canalizar a agressividade em termos construtivos, temor de confrontar-se com a própria realidade pessoal e social, rejeição das tarefas de organização e planeamento de vida, baixos níveis de autoestima, autoconceito e autoconfiança, desconfiança nos adultos, aceitação da lei do mais forte e do mais esperto, crença exacerbada no destino e na sorte e visão muito fatalista da vida (Plano de Atendimento Socioeducativo, 2008-2011). Neste contexto, onde se torna evidente que as situações constantes de tensão fazem parte do dia-a-dia do trabalho, é esperado que os profissionais que nele atuam estejam vulneráveis ao desenvolvimento de sinais e sintomas do stresse.

O grupo controle foi constituído pelos gestores que atuam na Unidade de Atendimento Inicial – UNIAI (masculino e feminino), nos Centros de Internação Provisória - CENIPs (masculino e feminino), nas Casas de Semiliberdade - CASEMs (masculino e feminino) e no Centro Pedagógico de Profissionalização – CPP (feminino), onde o atendimento atua pela privação da liberdade.

Este estudo foi desenvolvido junto ao Instituto Superior de Línguas e Administração Leiria/Portugal e Sociedade de Ensino Superior da Escada – SOESE/Pernambuco/Brasil, através do Núcleo de Pós-Graduação e Extensão - NUPESF da SOESE/FAESC/Brasil, tendo como Orientador(a) o Professor Dr. José Manuel Magalhães e Co-orientador, o Prof. Dr. Valdenilson Ribeiro Ribas e objetivou analisar as seguintes hipóteses: os gestores das Unidades de Atendimento Socioeducativo de Internação do Estado de Pernambuco apresentam stresse com predominância físico e se encontram enquadrados da fase da resistência. O stresse nesses gestores decorre da falta de cuidados no âmbito da vida profissional e da aúde.

Para verificar as hipóteses acima apresentadas, este estudo foi estruturado em seis capítulos, visando oferecer subsídios que facilitassem a análise quanto a possível relação existente entre a deficiência dos cuidados dispensados aos quadrantes profissional e da saúde, na origem dos sinais e sintomas do stress nos gestores da FUNASE/PE, Brasil, conforme serão apresentados a seguir:

No Capítulo I apresentou-se breves considerações sobre a Qualidade de Vida - QV, tendo em vista a sua importância frente às questões relacionadas à qualidade de vida no trabalho - QVT.

No Capítulo II discute-se acerca da QVT, compreendendo os itens pertinentes à origem dos estudos e evolução conceitual, os modelos desenvolvidos por Walton, Hackman e Oldhan, Nadler e Lawer e Lipp e Rocha, além de apresentar algumas contribuições de relativas a algumas teorias da motivação, fundamentais para a compreensão da importância da qualidade de vida no trabalho.

No Capítulo III abordou-se sobre a temática relativa ao stresse, constituindo-se dos seguintes tópicos: origem da palavra e evolução conceitual; modelos do stresse; fontes do stresse; o estresse em homens e mulheres; e consequências do stresse.

No Capítulo IV abordou o stresse ocupacional, enfatizando a sua origem e evolução conceitual, os fatores determinantes do stresse ocupacional e as consequências do stresse ocupacional para a vida pessoal e profissional.

No Capítulo V, por ser o objeto de estudo uma organização pública, tornou-se necessário fazer uma breve contextualização histórica sobre o atendimento socioeducativo no Estado de Pernambuco.

No Capítulo VI foram apresentados os itens referentes à metodologia, resultados e discussão.

No item metodologia, foram apresentados os seguintes pontos: objetivos, geral e específicos; especificação dos sujeitos pesquisados; caracterização da instituição pesquisada; critérios metodológicos utilizados para a coleta e análise dos dados, local da avaliação; divisão dos grupos investigados; avaliações que consistiu na apresentação dos instrumentos utilizados para a avaliação (Inventário de Qualidade de Vida de Lipp e Rocha – F36 e o Inventário de Sintomas de Stress em Adultos de Lipp); e o tratamento estatístico.

No item relativo à apresentação dos resultados, procedeu-se a uma análise mais detalhada dos achados desta pesquisa, quanto à situação referente à qualidade de vida e ao stress nos gestores da FUNASE/PE/Brasil. Estes dados foram apresentados através de tabelas, com vistas a facilitar a interpretação dos dados levantados.

Por último realizou-se a análise e discussão dos resultados, onde foram apresentadas as prováveis relações entre os achados desta pesquisa no que se refere à qualidade de vida e os sinais e sintomas do stress demonstrado pelos gestores dos Centros de Atendimento Socioeducativo da FUNASE/PE/Brasil.

Com os resultados apresentados por este trabalho, espera-se ter aberto caminhos para que novas investigações sejam realizadas acerca dos temas aqui abordados, neste segmento da atividade laborativa, considerada a relevância do tema, tanto para a vida pessoal, quanto profissional, e que assim outros estudos possam ser desenvolvidos no sentido de ampliar a compreensão sobre as consequências que o stress pode trazer para a vida humana. Espera-se também que este estudo suscite reflexões que motivem a busca por estratégias de intervenção a maximização da qualidade de vida e com vistas minimização do stress, não só para gestores dos Centros Atendimento Socioeducativo da FUNASE/PE/Brasil, objeto de estudo

desta investigação, mas, que alcance a todos os colaboradores do Sistema de Atendimento Socioeducativo, como também outras categorias profissionais do mundo do trabalho.



# **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

---

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### CAP. I - QUALIDADE DE VIDA: BREVES CONSIDERAÇÕES

Segundo Buarque (1993) *apud* Carvalho, (2009, pg. 27) “[...] talvez nenhum conceito seja mais antigo, antes mesmo de ser definido, do que “qualidade de vida” [...]”. Este pensamento estabelece uma relação com o que retrata o livro do Gênesis no 2, 8-9 e 15 (Bíblia de Jerusalém, 1998), quando relata que no princípio Deus “plantou um jardim em Éden, [...] e aí colocou o homem que modelara. [...] fez crescer do solo toda espécie de árvores formosas de ver e boas de comer, [...] Deus tomou o homem e o colocou no jardim de Éden para o cultivar e o guardar” . Esse cuidado denota os primeiros indícios de preocupação de Deus com a QV da sua criatura.

Ao longo dos tempos, os debates sobre esse tema vêm ocupando lugar de destaque nos mais diversos contextos históricos, tendo em vista envolver a vida humana nas suas mais diversas dimensões, tais como: saúde, trabalho, lazer, gênero, família, espiritualidade, dentre outras. Diante dessa diversidade, compreende-se que conceituar o termo QV, não é uma tarefa simples, mas requer aprofundamento sistemático, para que não fique apenas “associado a um ‘bem estar’, a um ‘estilo de vida’. [...] banalizado numa linguagem cotidiana e rotineira em diferentes segmentos sociais, em clínicas de estética, academias de ginástica, escolas, empresas, marketing de vendas, hospitais e tantos outros setores” (Carvalho, 2009, p. 27).

Na concepção de Ling Zhan (1992) citado em Kawakame & Miyadahira, (2004), o termo qualidade de vida possui raízes na cultura oriental bem como na ocidental. Tem origem nos primórdios da filosofia chinesa associada à filosofia, medicina, arte, literatura, filosofia e, como também está relacionada com as energias representadas pelos conceitos de Yin e Yang , ou seja, energias positivas e negativas. Nessa perspectiva cultural a qualidade de vida pode ser alcançada quando Yin e Yang encontram-se equilibrados. Ainda segundo Ling Zhan (1992) *op. cit.* a qualidade de vida também está relacionada com a visão aristotélica, a qual descrevia a felicidade enquanto um tipo de atividade em que o homem se sente pleno e realizado.

Na concepção de Wood-Dauphini (1999) *apud* Carvalho (2009), a primeira produção referente aos estudos sobre QV, foi publicada e apresentada à comunidade científica na

década de 20, por Pigou, através do livro *The Economics of Welfare* (A economia do Bem-estar). Esse estudo visou avaliar os impactos das ações do governo norte-americano na vida das pessoas menos favorecidas. A partir dessa publicação, outros estudos foram desenvolvidos, como a criação do indicador econômico relativo ao Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, que de acordo com Minayo, Hartz & Buss (2000) citado em Carvalho (2009), *op. cit.*, muito contribuiu para a análise da relação entre os dados econômicos e a situação sociocultural da sociedade americana.

Na década de 70, os debates sobre a QV ganham visibilidade como estratégia de saúde, tendo em vista os avanços da medicina moderna, que de forma significativa contribuiu para o controle de sinais e sintomas, ou mesmo o retardo de algumas doenças. Com isso, surge a necessidade de mensuração da QV dos indivíduos no intuito de apontar alternativas para favorecer a longevidade (Fleck, 2008).

Para Souza e Carvalho (2010), a QV caracteriza-se por um conjunto harmonioso e equilibrado de realizações no que concerne às dimensões da espiritualidade, do lazer, da sexualidade, do trabalho, da saúde e das relações familiares.

A Organização Mundial da Saúde – OMS, a define enquanto a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (Campos & Neto, 2008). De acordo Fleck (2008), esta é a definição que melhor traduz a abrangência do seu construto conceitual.

Lipp & Rocha (1996) defendem que a QV está relacionada ao sucesso em quatro áreas do campo vital: que são: social, profissional, saúde e afetivo. A partir da padronização do Inventário de Qualidade de Vida, eles denominaram essas áreas, de quadrantes: Segundo eles os eles, sucesso só em apenas uma delas, por maior que seja, significa fracasso nas outras, logo, não há qualidade de vida.

## CAP. II - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO – QVT

### 2.1 Origem dos estudos e evolução conceitual

Os estudos referentes à qualidade de vida no contexto do mundo do trabalho têm suas origens no início do século XX, motivados pelas reações de protesto dos trabalhadores, como forma de denunciar as condições precárias do trabalho fabril a que estavam submetidos, decorrentes das mudanças impostas pelo novo modo de produção instituído a partir da Revolução Industrial, movimento iniciado na Inglaterra no século XVIII. Nesse contexto,

as condições de trabalho nas fábricas [...] eram rudes. Os trabalhadores ficavam totalmente à disposição do industrial e capitalista. Não podiam reclamar dos salários, horários de trabalho, barulho e sujeira nas fábricas e em suas casas. [...]. O trabalhador especializou-se e perdeu o controle sobre os meios de produção e a visão de conjunto dos bens que produzia. O artesão transformou-se no operário especializado na operação de máquinas, o que desumanizou o trabalho. A ênfase foi colocada na eficiência, não importa a que custo humano e social. Os trabalhadores tornaram-se dependentes do emprego oferecido pelas fábricas, numa cultura que aceitava e encorajava a exploração (a cultura do autoritarismo mecânico). As empresas tinham apenas máquinas e administradores. Algumas das máquinas eram seres humanos. A desconsideração em relação aos fatores humanos era total. (Maximiano, 2010, pg. 42)

Diante desse cenário as discussões sobre a importância da qualidade de vida no trabalho passaram a compor o rol das preocupações dos estudiosos daquela época. Com isso muitos debates mesmo que ainda de forma incipiente, começaram a ser estabelecidos no intuito de decodificar a repercussão das precárias condições do ambiente laboral sobre a vida pessoal e profissional dos trabalhadores.

De acordo com os estudos de Fernandes (1996), foi em 1950, que o termo Qualidade de Vida no Trabalho - QVT apontou na comunidade científica como linha de pesquisa no *Tavistock Institute*, em Londres, a partir dos resultados advindos dos estudos de *Eric Trist* dentre outros pesquisadores. No entanto, foi só na década de 60, que os primeiros passos para a mensuração da qualidade de vida no trabalho, foram dados, impulsionados pelos esforços da *Eisenhower Commission National Goals* (Comissão Eisenhower para os objetivos nacionais), como também pela preocupação do Presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, por defender que os objetivos organizacionais não podem ser mensurados apenas através dos

resultados advindos do balanço apresentados pelos bancos, mas precisavam também ser mensurados através da qualidade de vida propiciada às pessoas (Carvalho, 2009).

No contínuo do processo da evolução conceitual referente aos estudos sobre a QVT, muitos foram os teóricos que se debruçaram sobre essa temática ao longo do tempo, deixando contribuições significativas que serviram de subsídios para o desenvolvimento dos estudos subsequentes sobre o tema, com vistas à melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e, conseqüentemente, dos resultados organizacionais Segundo Medeiros (2002), dentre esses teóricos destacam-se as concepções de Walton (1973); Hackman e Suttle (1977); Westley (1979) e Davis (1981); Nadler e Lawler (1983); Huse e Cummins (1985); Bergeron, Petit e Bélanger (1984); Fernandes (1996).

## **2.2 Modelos da QVT: algumas perspectivas teóricas**

Ainda tomando por referência os estudos de Medeiros, (2002) op. cit., muitos são os modelos de QVT desenvolvidos ao longo das últimas quatro décadas, e que apontam determinadas categorias de indicadores voltadas à definição e mensuração do nível da qualidade de vida dos trabalhadores no ambiente laboral, com vistas a contribuir para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Dentre eles destacam-se os modelos desenvolvidos por Walton (1973), Hackman & Oldhan (1975) e de Nadler e Lawler (1983), considerados por Chiavenato (2010) como os mais importantes. Desses modelos destacaremos no quadro a seguir os fatores, que afetam a QVT dos trabalhadores.

WALTON	HACKMAN E OLDHAN	NADLER E LAWLER
<p><b>1. Compreensão justa e adequada:</b> a justiça distributiva de compensação depende da adequação da remuneração ao trabalho que a pessoa realiza, da equidade interna (equilíbrio entre as remunerações dentro da organização) e da equidade externa (equilíbrio como as remunerações do mercado de trabalho).</p> <p><b>2. Condições de segurança e saúde no trabalho:</b> envolvendo as dimensões jornada de trabalho e ambiente físico adequado a saúde e bem-estar da pessoa.</p> <p><b>3. Utilização e desenvolvimento de capacidades:</b> no sentido de proporcionar oportunidades de satisfazer as necessidades de utilização de habilidades e conhecimentos do trabalhador, desenvolver sua autonomia, autocontrole e de obter informações sobre o processo total do trabalho, bem como retroinformação quanto ao seu desempenho.</p> <p><b>4. Oportunidade de crescimento contínuo e segurança:</b> no sentido de proporcionar possibilidades de carreira na organização, crescimento e desenvolvimento pessoal e de segurança no emprego de forma duradoura.</p> <p><b>5. Integração social na organização:</b> envolvendo eliminação de barreiras hierárquicas marcantes, apoio mútuo, franqueza interpessoal e ausência de preconceito.</p> <p><b>6. Constitucionalismo:</b> refere-se ao estabelecimento de normas e regras da organização, direitos e deveres do trabalhador, recursos contra decisões arbitrárias e um clima democrático dentro da organização.</p> <p><b>7. Trabalho e espaço total de vida:</b> o trabalho não deve absorver todo tempo e energia do trabalhador em detrimento de sua vida familiar e particular, de seu lazer e atividades comunitárias.</p> <p><b>8. Relevância social da vida no trabalho:</b> o trabalho deve ser uma atividade social que traga orgulho para a pessoa em participar de uma organização. A organização deve ter uma atuação e uma imagem perante a sociedade, responsabilidade social, responsabilidade pelos produtos e serviços oferecidos, prática de emprego, regras bem definidas de funcionamento e de administração eficiente.</p>	<p><b>1. Variedade de habilidades:</b> o cargo deve requerer várias e diferentes habilidades, conhecimentos e competências da pessoa.</p> <p><b>2. Identidade da tarefa:</b> o trabalho deve ser realizado do início até o fim para que a pessoa possa perceber que produz um resultado palpável.</p> <p><b>3. Significado da tarefa:</b> a pessoa deve ter uma clara percepção de como o seu trabalho produz consequências e impactos sobre o trabalho das outras.</p> <p><b>4. A autonomia:</b> a pessoa deve ter responsabilidade pessoal para planejar e executar as tarefas, autonomia própria e independência para desempenhá-las.</p> <p><b>5. Retroação do próprio trabalho:</b> a tarefa deve proporcionar informação de retorno à pessoa para que ela própria possa auto-avaliar seu desempenho.</p> <p><b>6. Retroação extrínseca:</b> deve haver o retorno proporcionado pelos superiores hierárquicos ou clientes a respeito do desempenho na tarefa.</p> <p><b>7. Inter-relacionamento;</b> a tarefa deve possibilitar contato interpessoal do ocupante com outras pessoas ou com clientes internos e externos.</p>	<p>1. Participação dos colaboradores nas decisões.</p> <p>2. Reestruturação do trabalho através do enriquecimento de tarefas e de grupos autônomos de trabalho.</p> <p>3. Inovação no sistema de recompensas para influenciar o clima organizacional.</p> <p>4. Melhoria no ambiente de trabalho quanto a condições físicas e psicológicas, horários de trabalho, etc.</p>

**Figura 1-** Fatores que afetam a qualidade de vida dos trabalhadores

Fonte: Idalberto Chiavenato - Gestão de Pessoas.

Além dos modelos acima referidos, que avaliam a QVT, destaca-se também o modelo desenvolvido por Lipp & Rocha, (1996), que além de avaliar os quadrantes, social saúde e afetiva, também se volta ao quadrante profissional. Segundo esses autores, para que o indivíduo seja considerado em pleno gozo de qualidade de vida deve ter sua vida equilibrada nos quatro quadrantes.

### **2.3 Contribuições das teorias da motivação para a Qualidade de Vida no Trabalho**

De acordo com Melo, (n.d) a motivação constitui-se em um tema de grande importância para os estudos da qualidade de vida no trabalho.

Dentre esses estudos, diversas foram as teorias desenvolvidas ao longo das últimas sete décadas, no sentido de explicar a motivação enquanto uma estratégia mobilizadora da QV e aqui, especificamente, a QVT. Para facilitar a compreensão do leitor, Robbins, Rudge & Sobral (2010) classificou as teorias em dois blocos: Teorias clássicas e Teorias contemporâneas. As teorias clássicas são constituídas pelas seguintes teorias: Teoria das Necessidades (Abraham Maslow); Teoria X e Teoria Y (Douglas McGregor); Teoria dos dois fatores (Frederick Herzberg); e Teoria de necessidades (McClelland). Já as teorias contemporâneas reúnem a Teoria da avaliação cognitiva (Peter Drucker), a Teoria do estabelecimento de objetivos (Edwin Lock), a Teoria da autoeficiência (Albert Bandura), a Teoria do reforço (Skinner), a Teoria da equidade/justiça organizacional (Starcy Adams) e Teoria da Expectativa (Vitor Vroom).

Dentre as teorias acima referidas serão destacadas neste trabalho aquelas que na concepção de Vergara, (2007), são as mais importantes, São elas: Teoria das Necessidades (Abraham Maslow - década de 50); Teoria dos dois fatores (Frederick Herzberg - década de 60); Teoria de necessidades (McClelland – década 60); Teoria da Expectativa (Vitor Vroom - década de 60); e Teoria da equidade/justiça organizacional (Starcy Adams - década de 60).

- *Teoria das Necessidades (Abraham Maslow - década de 50).* Tomou como base as necessidades humanas, que são inatas e vão se desenvolvendo ao longo da vida. Para ele essas necessidades estão organizadas obedecendo a uma ordem hierárquica e a busca pela satisfação de cada uma, motiva a busca por uma direção.

Essas necessidades foram divididas em dois tipos: necessidades primárias e necessidades secundárias.

- As necessidades primárias, que estão na base da hierarquia correspondem às necessidades fisiológicas e de segurança. As fisiológicas se referem às necessidades de sobrevivência, a exemplo da fome, sede, sono, gênero, enquanto que as de segurança relacionam-se às necessidades de proteção que pode ser contra alguma ameaça no plano real ou fruto do imaginário.

- As necessidades secundárias, que estão no topo da hierarquia classificam-se em afetivo-sociais, estima e auto-realização. As que se referem aos aspectos afetivo-sociais estão relacionadas ao desejo de amar e ser amado, ou seja, a necessidade de pertencer. As vinculadas à estima estão relacionadas à autoestima, que corresponde à necessidade de reconhecimento, prestígio, status. E, a necessidade de auto-realização está associada à necessidade da superação do nosso próprio potencial.

- *Teoria dos dois fatores (Frederick Herzberg - década de 60)*. Focalizou a questão da satisfação para formatar a sua teoria. Na sua concepção existem dois fatores que explicam o comportamento das pessoas no trabalho. Os fatores higiênicos e os motivacionais.

- Os higiênicos localizam-se no ambiente do trabalho e são extrínsecos às pessoas. Ex.: salário; benefícios sociais; condições físicas do trabalho; modelo de gestão; relacionamento com colegas, dentre outros. Segundo Vergara (2007), esses fatores se presentes no ambiente, deixam de causar insatisfação, mas não chegam a causar satisfação. Um bom salário pode não ser garantia de satisfação no trabalho, por exemplo.

- Os fatores motivacionais são intrínsecos às pessoas. Referem-se aos sentimentos de auto-realização e reconhecimento. Se presentes causam satisfação. Se ausentes deixam de causar satisfação, mas não chegam a causar insatisfação.

- *Teoria de necessidades (McClelland – década 60)*. Assim como Maslow e Herzberg, McClelland também tomou como eixo norteador da sua teoria, as



necessidades. Portanto, dentre elas, destacou três: poder; afiliação; e realização. Segundo ele, não nascemos com essas necessidades, elas vão surgindo no contínuo da vida, diferentemente da concepção de Maslow. O poder refere-se às relações com pessoas (status, prestígio, posição de influência). A afiliação corresponde à necessidade de afeto. A realização reúne as necessidades de auto-estima e auto-realização.

- *Teoria da Expectativa (Vitor Vroom - década de 60)*. Esta teoria relaciona desempenho com recompensa. Defende que se o indivíduo se sente motivado em esforçar-se em fazer alguma coisa quando acredita que será bem avaliado pelo seu desempenho e que esta avaliação resultará em recompensas que atendam às suas metas pessoais.
  
- *Teoria da equidade/justiça organizacional (Starcy Adams - década de 60)*. Nesta teoria as pessoas comparam seu trabalho e os resultados obtidos com os de outras. Assim, elas se sentirão mais ou menos motivadas para o trabalho, à medida que percebem, ou não, a presença da justiça, da igualdade nas relações de trabalho.

## CAP. III – STRESSE

A palavra “estresse” é conhecida da maioria de nós. Quase todos nos sentimos “estressados” de vez em quando ou conhecemos parentes ou amigos que se queixam de estresse. Muita gente acha que vivemos numa era especialmente estressante. Mas o que é, precisamente, o estresse? O que provoca? Como sabemos que nos atinge? Quais são suas consequências, tanto para indivíduos quanto para empresas? Dada a aparente inevitabilidade de que todos venham adaptar-se com o estresse em níveis variados no decorrer da vida, é importante aprender a respeito dele e sobre como lidar com ele. (Dolan 2006, p. 26),

### 3.1 Origem da palavra e evolução conceitual

Segundo Houaiss, Villar, & Franco (2001), a origem da palavra *stresse* advém do latim *stringere* que significa apertar, cerrar, comprimir, reduzir, tendo passado por distintas perspectivas etimológicas, ao longo do tempo, conforme apontam os estudos de Levi (1996) *apud* Limongi-França & Rodrigues, (2011, p. 66): “*stress* (dureza, desconforto) do inglês antigo; *estresse* (estreiteza) do francês antigo; *strictia* e *strictus* (apertado, estreito), do latim”.

De acordo com Lipp & Malagris (2001) o uso do termo é utilizado de forma predominante na língua inglesa, pela grande maioria dos cientistas em vistas da decisão do Congresso Internacional sobre o *Stress*. No entanto, já se encontra traduzido para a língua portuguesa, sob o título de *stresse*.

Segundo Dolan (2006, p. 30), o termo, *stresse*, foi utilizado pela primeira vez, no século XIV, por Walter B. Cannon, “para expressar situação de rigidez, tensão, adversidade e afiliação”. Ele idealizou o modelo de *stresse* denominando-o de luta ou fuga, a partir dos seus estudos desenvolvidos com animais, que objetivaram analisar a reação destes, quando submetidos a um evento psicossocial. Com esses estudos, ele chegou à seguinte conclusão: quando os animais tentavam alcançar o objeto desejado, mas eram frustrados, apresentavam reações emocionais associadas a reações hormonais e simpáticas, ao que denominou de reações *stressoras*.

As reações *stressoras* acima referidas foram confirmadas, a partir das mudanças fisiológicas apresentadas pelos animais, abaixo citadas:

aumento do fluxo de sangue para o cérebro e para o grupo de músculos grandes, tornando o sujeito mais alerta e com mais força para lidar com a situação de perigo; aguçamento de processos sensoriais como, por exemplo, a visão, a audição para proporcionar uma percepção mais acentuada do estressor; lançamento de glicose e outros ácidos graxos na corrente sanguínea para fornecer mais energia durante o evento estressante; dilatação das pupilas para melhorar a visão em esconderijo escuro; suor nas palmas das mãos e plantas dos pés visando facilitar a corrida, a escalada e o ato de agarrar-se a objetos; e a redução dos processos digestivos, a exemplo da *secura na boca segundo* (Dolan, 2006).

No final do século XVII, o termo stress foi utilizado para descrever situações de tensão, angústia, desconforto, aflição e adversidade (Lazarus & Lazarus, 1994, *apud* Alves 2008). Ainda segundo Alves, citando Limongi-França & Rodrigues (2005), no século XVIII, o termo *stresse*, derivado da física, passa a ser utilizado para expressar uma ação de força ou pressão sobre uma estrutura/material. Transpondo o conceito do *stresse* para a realidade humana, no século XVIII, passa a ter a definição de “força, pressão ou influência muito forte sobre uma pessoa, causando nela uma deformação, como um peso que faz com que uma viga se dobre” (Lipp, 2003, p. 17).

Diante das consequências acima referidas, é que, desde o século XIV, a atenção à sintomatologia do *stresse* vem tomando lugar nas preocupações da comunidade científica,. No entanto, foi só na década de 30 que os primeiros estudos mais estruturados, em âmbito internacional, em torno desse tema, começaram a ocupar lugar de destaque, “apesar de algumas aplicações do termo [...], na medicina, datarem do início do século XX”. Os primeiros estudos foram desenvolvidos pelo pesquisador canadense e médico endocrinologista, Selye, a partir de 1936, dando visibilidade ao fenômeno. A partir de então, esses estudos foram reconhecidos pela biologia, medicina e posteriormente pela psicologia. No contínuo dos seus estudos, Selye definiu o *stresse* como uma “síndrome específica, constituída por todas as alterações não específicas produzidas num sistema biológico”, que denominou de Síndrome Geral de Adaptação - SGA (Codo, Soratto & Wasques-Menezes, 2004).

A partir da definição de Selye, estudiosos como Albrecht (1979) e Cooper (1988) *apud* Mota, Tanure & Neto (2008), dentre outros, seguiram intensificando os estudos sobre o fenômeno, na busca de melhor entender os seus fatores desencadeantes, e, de forma mais categórica, propor alternativas para a minimização das suas consequências. De acordo com Albuquerque *et al.* (2010), se essas consequências não forem minimizadas, podem comprometer o bem-estar e levar os indivíduos à morte.

Portanto, é no século XIX que os estudiosos começam a se debruçar sobre a relação do stress às doenças físicas e mentais. No entanto, essa iniciativa não recebeu maior atenção por parte da comunidade científica até o final desse século (Lipp, 2003).

A partir do século XX eclodiu a necessidade de se ampliar as práticas investigativas com vistas à compreensão acerca da repercussão do stresse sobre os indivíduos, no sentido de facilitar a proposição de estratégias de intervenção (Cooper, Cooper & Eaker, 1988, *apud* Mota, *et al.*, 2008). Portanto, muitos foram os estudiosos que se debruçaram nessas práticas. Dentre eles destacaram-se: Sir Willian Osler<sup>2</sup>, conforme Rangé (2001) *apud* Baptista & Alves (2003); e Adolf Meyer<sup>3</sup> *apud* Lipp (2005).

Osler destacou-se a partir de um estudo comparativo, realizado junto a vinte médicos portadores de angina, que objetivou investigar a relação da doença coronariana com o estresse decorrente do trabalho excessivo. Com esse estudo ele chegou à seguinte conclusão: “que o excesso de trabalho e de preocupações estava relacionado à doenças coronarianas, igualando então o termo *stress* (eventos *stressantes*) com “trabalho excessivo” e o termo *strain* (as reações orgânicas ao *stress*) com “preocupação”.

Meyer projetou-se a partir do desenvolvimento de um conceito psiquiátrico associado a situações stressantes da vida com distúrbio do campo da saúde física e mental, impulsionando assim o desenvolvimento de ferramentas de mensuração da relação entre os eventos da vida cotidiana e o stresse.

Ainda no século XX, mais precisamente no ano de 1926, Hans Selye, ainda estudante de medicina, apoiado pelos estudos de Sir Osler e Adoff Meyer, iniciou o processo de investigação mais aprofundado sobre o estresse na área da saúde. Esses estudos se desenvolveram a partir das suas observações a um número significativo de pessoas acometidas por doenças físicas, as quais apresentavam queixas em comum, como fadiga; hipertensão, desânimo e falta de apetite (Pafaro & Martino, 2004).

---

<sup>2</sup> Foi um médico canadense, um dos ícones da medicina moderna, chamado por vezes de "pai" dela.

<sup>3</sup> Foi um suíço nascido americano psiquiatra que ganhou destaque como o presidente da Associação Americana de Psiquiatria. Ele foi uma das figuras mais influentes na psiquiatria americana na primeira metade do século XX.

Neste século, o conceito do stresse imprime seus primeiros passos em direção ao campo das ciências humanas (Lipp & Rocha, 1996), considerando as inferências realizadas a partir de observações às capacidades que o ser humano apresenta para lidar com outro tipo de carga: a emocional. No entanto a sua utilização de forma sistemática ou científica, tem início há aproximadamente quatro séculos atrás.

Segundo Lipp (2003), os estudos desenvolvidos por Selye também sofreram fortes influências das descobertas realizadas pelos fisiologistas Bernard e Cannon. O primeiro sugeriu, em 1879, que o ambiente interno dos organismos deve permanecer constante, apesar das mudanças no ambiente externo, e o segundo sugeriu em 1939, o termo homeostase para se referir ao esforço dos processos fisiológicos para manterem um estado de equilíbrio interno no organismo. Considerando o conceito de homeostase, Selye conceituou stresse como uma quebra nesse equilíbrio.

Em 1936, já formado em medicina e, especializado em endocrinologia, Selye, introduz nas discussões da comunidade científica, o termo stresse, caracterizando-o enquanto um conjunto de sinais e sintomas desenvolvidos pela ação de vários agentes nocivos atuando sobre o organismo, provocando um desequilíbrio químico, que são observados por seus marcadores bioquímicos como o cortisol, óxido nítrico, taxa de fagocitose em monócitos (Ribas, *et al.* 2011).

A partir desses estudos Selye foi reconhecido como o primeiro cientista a formular uma teoria original do stresse com base na resposta física, não específica a mudanças ambientais. Assim, o stresse concebido enquanto uma resposta inespecífica do organismo a situações que não o debilitam, mas o deixa sem forças, em razão da alteração fisiológica que ocorre, quando submetido à situação que exija dele uma reação alternativa, à sua atividade orgânica normal, desencadeando, portanto, um processo de adoecimento (Daian *et al.*, 2010).

Ainda segundo Daian *et al.*, *ibid*, para explicar a alteração fisiológica acima referida, Selye realizou experimentos com ratos. Nesses experimentos ele observou que, quando submetidos à situação de stresse, os ratos apresentavam uma reação de alarme, que desencadeava o aumento de tamanho do córtex das suprarrenais e a hiperatividade, redução no tamanho o timo, baço e dos nódulos linfáticos, associado ao aparecimento de úlceras no estômago e nos intestinos. A partir desses experimentos, formulou a teoria que explica como

o stresse físico e mental contribui para a origem dos problemas psicossomáticos por intermédio do processo hormonal desencadeado no eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal, que denominou “síndrome de adaptação geral – GSA”, significando um conjunto de respostas não específicas do organismo ao stresse, caracterizado por perturbações nervosas ou emocionais, hipertensão arterial, úlceras pépticas, alergias, moléstias cardiovasculares e renais, cuja finalidade precípua é a manutenção da homeostase.

Conforme Lipp (2003) essas alterações hormonais ocorridas no eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal dos ratos, deram origem aos estudos do modelo trifásico do stresse desenvolvidos por Selye em 1956, assim denominado: Fase do Alerta; Fase da Resistência; e Fase da Exaustão. Essas fases, segundo ele referem-se à tríade que representa a expressão corporal de uma mobilização total das forças em defesa dos possíveis ataques ao organismo. As conclusões decorridas desse processo de investigação foram utilizadas posteriormente para os estudos com os humanos, feitas, naturalmente, as devidas adequações.

No ano 2000, Marilda Lipp chegou à conclusão que o Modelo Trifásico do Stress de Selye, desde a sua concepção em muito vinha contribuído para os estudos acerca dos efeitos da tensão excessiva sobre a estrutura do corpo e na mente humana, contudo, até então nenhuma pesquisa havia sido desenvolvida com o objetivo de avaliar a repercussão dessa tensão nessas estruturas humanas. Nesse mesmo ano, ela inicia um processo experimental para a padronização do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, originando, desse estudo, uma quarta fase, nomeada de quase-exaustão, fase intermediária entre a resistência e a exaustão, fundamentada tanto na perspectiva clínica como sob o ponto de vista estatístico (Lipp, 2003).

### **3.2. Modelos do stresse: trifásico e quadrifásico**

O Modelo trifásico segundo Selye, (1956) *apud* Lipp (2003), numa ordem crescente, caracteriza-se da seguinte forma:

*Fase do Alerta* - é a fase em que o organismo prepara-se para a reação de luta e fuga, que é fundamental para a preservação da vida. Nesta fase, os sintomas correspondem à preparação do corpo e da mente para a preservação da própria vida, onde há, a liberação de corticosteroides, substâncias responsáveis pela provocação do organismo para produzir

energia necessária à superação da situação de pressão. Se os sinais e sintomas do stressse continuam presentes por tempo indeterminado, desencadeia a fase da resistência.

*Fase da Resistência* - caracteriza-se pela busca do organismo para encontrar mecanismos de adaptação, em virtude de sua tendência a procurar a homeostase interna. Nessa fase as reações são contrárias às que são desencadeadas na fase do alerta, onde muitos dos sintomas iniciais desaparecem dando lugar a uma sensação de desgaste e cansaço. Se o stressor é contínuo e a pessoa não possui estratégias para lidar com o stressse, o organismo exaure sua reserva de energia adaptativa e se instala a fase da exaustão.

*Fase da Exaustão* - caracteriza-se pela incapacidade do indivíduo em desenvolver estratégias para lidar com as situações de stressse, favorecendo assim o desenvolvimento de doenças graves que podem inclusive levar o indivíduo à óbito.

O Modelo Quadrifásico do stressse, de acordo com a concepção de Lipp (2003), abaixo ordenado, vem aprimorar o modelo trifásico instituído por Selye em 1956, ficando assim estruturado:

*Fase do Alerta* - constitui-se no estágio em que a pessoa necessita produzir mais força e energia para fazer face às exigências que lhes são impostas pelo ambiente. Nessa fase, o processo auto-regulatório tem início com a presença de um desafio ou ameaça. Quando um desafio ou situação ameaçadora se apresenta, o mecanismo de luta ou fuga é ativado impelindo, a produção da noradrenalina pelo sistema nervoso simpático e adrenalina pela medula da suprarrenal. As células do córtex das suprarrenais descarregam seus grânulos de secreção hormonal na corrente sanguínea, requerendo o gasto das reservas de hormônio das glândulas. Com isso, ocorre a dilatação do córtex da suprarrenal e o sangue se torna mais concentrado. As mudanças hormonais decorrentes dessa fase contribuem para a elevação do nível motivacional, o que pode, desde que não em excesso, favorecer uma maior produtividade do ser humano. No entanto, é importante ressaltar que, mesmo com a elevação da motivação, há uma quebra de homeostase nesta fase, tendo em vista a o esforço despendido em busca da manutenção do equilíbrio interior com vistas ao enfrentamento da situação desafiadora.

*Fase da Resistência* - neste estágio, há um aumento na capacidade de resistência aos eventos stressores, acima do normal. O córtex das suprarrenais acumula significativa quantidade de grânulos de secreção hormonal segregados, favorecendo a diluição do sangue. Nesta fase há sempre uma busca pela retomada ao reequilíbrio, o que exige do organismo uma utilização grande de energia, podendo gerar a sensação de desgaste generalizado sem causa aparente, dificuldades com a memória, dentre outras consequências. Nesta fase, a falta de memória é uma sinalização de que a demanda ultrapassou a capacidade da pessoa de resposta à situação apresentada. Assim, o equilíbrio quebrado na fase de alerta, volta a ocorrer, pelo menos temporariamente. Quanto maior é o esforço que a pessoa faz para se adaptar e restabelecer a harmonia interior, maior é o desgaste do organismo. Quando o organismo consegue proceder a uma adaptação completa e resistir ao estressor adequadamente, o processo do stress se interrompe sem sequelas.

*Fase de Quase-Exaustão* - essa fase inicia quando as defesas do organismo começam a enfraquecer e ele já não consegue reestabelecer de forma satisfatória o equilíbrio interior diante das situações de tensão. Assim, há momento em que ele consegue e se sente razoavelmente bem e em outros não consegue mais. Nessa fase é comum a pessoa sentir oscilar entre momentos de bem-estar e momentos de desconforto (cansaço e ansiedade). Nesse estágio, algumas doenças começam a surgir, o que sinaliza que a resistência já não está tão eficaz.

*Fase da Exaustão* - nessa fase ocorre uma quebra total da resistência do organismo diminuindo as suas possibilidades para enfrentar as situações estressoras. Alguns sintomas que aparecem se assemelham aos que se instalam na fase de alarme, mas nessa fase possuem uma dimensão muito maior. Nesse estágio ocorre a dilatação das estruturas linfáticas, a exaustão psicológica em forma de depressão e exaustão física, e assim as doenças começam a se instalarem, podendo levar à morte como resultado final. Embora muito grave, a fase da exaustão, não é irreversível, desde que afete algumas partes do corpo.

### **3.3 Fontes do stresse**

De acordo com os estudos de Lipp & Guevara (1994), duas são as fontes impulsionadoras do stresse: as fontes internas e as externas. As internas referem-se à maneira



de ser do indivíduo, alicerçada na estrutura da sua personalidade, estrutura esta que determina o modo como o sujeito interpreta e reage aos eventos cotidianos da vida. Já as fontes externas relacionam-se às exigências do dia-a-dia que vão variar de acordo com o modo particular com que cada um lida com os acontecimentos, a exemplo dos problemas inerentes ao trabalho (perda de posição da empresa, não conclusão de um objetivo de trabalho), a situações familiares (morte ou doenças, dificuldades financeiras), e a situações sociais (notícias ameaçadoras, assaltos e violências das grandes cidades).

Rangé, (2001) *apud* Baptista & Alves (2003) confirma a concepção de Lipp & Guevara, *ibid.* quando também classifica as fontes stressoras em externas, internas, acrescentando a estas a fonte biogênica. Segundo ele, as fontes externas ou exógenas, são situações externas que afetam o organismo, por vezes independem das características ou do comportamento da pessoa. Já as fontes internas ou endógenas são aquelas suscitadas pelo próprio indivíduo, ou seja, advinda do modo de ser da pessoa (ansiosa, tímida, depressiva ou neurótica). As pessoas portadoras destas características se enquadram no Padrão de Personalidade Tipo A, onde predominam as reações exageradas, caracterizadas pela hiperatividade, irracionalidade, ambição, agressividades, hostilidade, impulsividades, impaciência, competitividade, e falta de assertividade (Dolan, 2006), além das dificuldades de expressar sentimentos conforme os estudos de Lipp (2000a). No que se refere às fontes biogênicas, estas atuam no desenvolvimento do stress automático, porque estão diretamente relacionados às necessidades básicas de sobrevivência humana. Como exemplo, podem ser destacadas as situações de fome, sede intensa, o calor e o frio, não comportando dessa forma a racionalização para interpretação dos eventos.

### **3.4 O stress em mulheres e homens**

Nos últimos anos, os estudos vêm demonstrando que o stress tem impactado a vida humana, trazendo, por consequência, sérios prejuízos à saúde física e psicológica, conforme afirma (Lipp & Rocha, 1996). Esses prejuízos acometem tanto homens como mulheres. No entanto, é importante notar que, os sinais e sintomas do stress impactam homens e mulheres de forma diferente, tendo em vista as diferenças caracterológicas no que tange à estrutura biológica além da variedade de papéis sociais que são impelidos a desempenhar, bem como a idade, que segundo Hoffmann (1998) *apud* Lipp, (2003) possibilita reações diferentes aos eventos stressores da vida.

De acordo com Tanganelli (2003), a dedicação extrema aos compromissos profissionais, aos afazeres domésticos, cuidado excessivo com os filhos, falta de tempo para si mesma, mudanças físicas decorrentes do processo evolutivo da vida, constituem-se em fatores contributivos para o surgimento do stresse nas mulheres.

Quando o stresse se prolonga, pode desencadear sintomas físicos e psicológicos. Os sintomas físicos são sinalizados, normalmente, por queixas referidas a dores de cabeças frequentes, sudorese intensa, tonturas, tensionamento ao redor do pescoço, desconforto estomacal, taquicardia, diarreia ou prisão de ventre, disfunção dos órgãos reprodutores, provocando irregularidades na menstruação (fluxo excessivo ou ausência). No que se refere aos sintomas psicológicos, são comuns as queixas de irritação, tensão, ansiedade, tristeza, dificuldade de concentração. É importante destacar que, tanto os sinais físicos quanto os sintomas psíquicos, podem se apresentar de forma simultânea (Calais, 2003).

### **3.5 Consequências do stresse**

Muitas são as consequências advindas do stresse. Segundo Battison (1998) e Baptista & Dantas (2002) *apud* Baptista & Alves (2003), essas consequências, apresentam-se em duas dimensões: física e mental ou emocional. na dimensão física caracterizam-se pela presença de sinais como: cefaleia; dores musculares devido à tensão muscular; má digestão, gastrite e úlceras, redução do apetite, anorexia e bulimia; maior débito urinário, taquicardia, aumento da pressão arterial; diarreia e distúrbios intestinais; dores articulares, tensionamento da mandíbula; sudorese, vasoconstrição periférica; dormência e "formigamento" devido à má circulação sanguínea; dores estomacais devido à afluência sanguínea no trato digestivo; problemas respiratórios; desequilíbrio hormonal; manifestações dermatológicas; tensionamento da musculatura do ouvido, provocando zumbidos; labirintite, fadiga crônica, dificuldades sexuais; redução da imunidade biológica, diminuindo a resistência a infecções, desencadeando doenças latentes como diabete, hipertensão e obesidade. No que se refere à dimensão mental ou emocional estão relacionadas aos sintomas referentes à perda ou redução da capacidade de concentração, sensação de isolamento, depressão, desespero, ansiedade, distímia, pensamentos negativos, sentimentos de frustração, comportamento hostil, comportamento compulsivo, comportamento repetitivo, variações de humor, agressividade, ira, redução da memória, confusão e misturas de pensamentos e ideias, medos e fobias

infundadas, insegurança, apatia, alta ansiedade, síndrome do pânico, ideias fixas de perseguição, desânimo, preocupações excessivas e queda da autoestima.

Contudo, apesar das consequências negativas que o stresse pode provocar na vida das pessoas, ele também pode trazer consequências positivas, conforme já foi relatado. Dolan (2006) classifica essa ambiguidade conceitual de *eustresse* e *distresse*. O *eustresse* ele caracterizou enquanto o stresse positivo, que é a fase do alerta que torna a pessoa produtiva e o *distresse*, enquanto o stresse negativo que ocorre quando a pessoa ultrapassa os seus limites de suportar situações de tensão. Ainda segundo este autor, no âmbito da vida pessoal, os fatores desencadeantes do stresse, seja este positivo ou negativo, estão classificados em duas modalidades: internos e externos. Os internos estão relacionados às características particulares de cada pessoa, ou seja, seus valores pessoais, suas necessidades, suas habilidades, suas aspirações bem como à estrutura da personalidade, definido por Lipp (2011) como “nossa ‘fábrica’ particular de stress”. Ainda segundo essa autora os fatores externos estão relacionados aos eventos advindos do meio ao qual o sujeito está submetido e são mais fáceis de serem identificados, uma vez que são passíveis de inspeção objetiva por qualquer um.

Ainda de acordo como Dolan, *ibid.*, no âmbito da vida profissional, as principais condições responsáveis pelo desenvolvimento dos sinais e sintomas do stresse, articuladas, naturalmente às características particulares de cada pessoa, são:

a inadequação das condições físicas (luminosidade; ruído, vibrações, espaço físico); sobrecarga de trabalho; conflitos e ambiguidades de funções; discrepâncias entre os objetivos individuais e os objetivos organizacionais; falta de coesão; conflito; clima e pressões do grupo; tamanho e estilo de administração; clima organizacional; estrutura hierárquica; tecnologia e prazos irracionais; dentre outras.

## CAP. IV - STRESSE OCUPACIONAL

### 4.1 Origem e evolução conceitual

As primeiras preocupações sobre o stresse ocupacional, mesmo que de forma ainda embrionária, têm suas origens no final do século XIX, com o advento da Revolução Industrial, movimento impulsionador das mudanças no modo de produção, que passou da manufatura para o manuseio das máquinas, ocasião em que os trabalhadores, além de vivenciarem mudanças radicais na forma de produção, foram também submetidos a condições inóspitas de trabalho. Dessa forma, o trabalhador precisou se adaptar em um exíguo espaço de tempo, às novas formas da atividade laboral, somada à proibição do direito de reclamar dos salários, à submissão a extensos horários de trabalho, barulho, como também à sujeira que permeava o ambiente laboral, condições estas, comprometedoras do seu bem-estar físico e psíquico (Maximiano, 2010).

Diante disso, é possível compreender que o stresse ocupacional não é um fenômeno recente. Portanto, face aos problemas de saúde que vêm sendo desencadeados ao longo dos tempos, em razão das condições laborais em que muitos trabalhadores estão submetidos, é que o tema se torna um novo foco de estudo (Paschoal & Tamayo, 2004), mesmo diante do lugar de destaque que o trabalho ocupa na vida das pessoas, o que pode ser retratado na canção de Gonzaguinha, Guerreiro Menino, lançada em 1983, que assim diz:

“um homem se humilha, se castram seu sonho, seu sonho é sua vida, e a vida é trabalho, e sem o seu trabalho um homem não tem honra, e sem a sua honra, se morre, se mata. Não dá pra ser feliz, não dá pra ser feliz”.

Ao longo desses séculos, o conceito de stresse ocupacional vem evoluindo, passando a ser compreendido enquanto um fenômeno muito mais complexo do que se possa pensar. Essa complexidade vem chamando a atenção dos estudiosos interessados por essa temática, por constituir-se em um fator contributivo para o desenvolvimento de doenças ocupacionais (Aguiar, 2010).

Como refere Dolan (2006, p. 29), “o estresse ocupacional é visto como o processo em que a pessoa percebe e interpreta seu ambiente de trabalho em relação à sua capacidade de tolerá-lo”, pois é no trabalho onde as pessoas dedicam parte significativa do seu tempo, por

vezes submetidos a ritmos de trabalho intensos, permeado por altas exigências impostas pelos novos modos de produção, exigências essas que podem resultar em insatisfação, tensão, desgaste físico e mental, podendo chegar à exaustão.

#### **4.2 Fatores determinantes do stresse ocupacional**

Sabe-se que muitos são os fatores que determinam o stresse ocupacional. Dolan, *ibid* os relaciona a um conjunto de stressores: stressores individuais; intra-organizacionais; e extra-organizacionais.

##### Stressores individuais

Os stressores individuais referem-se aos valores pessoais, às necessidades, às habilidades, às aspirações, ou seja, à personalidade de cada pessoa. Esses valores representam um conjunto de características fundamentais para a compreensão do modo como cada pessoa interpreta e reage frente às situações de stresse. Segundo ele, essas características estão relacionadas aos seguintes tipos de Personalidade: A, B e C.

Tipo A - possuem um perfil psicológico em que predominam as seguintes características: hiperatividade; irritabilidade; ambição; agressividade; hostilidade; impulsividade; impaciência; tensão; competitividade; e dominação. Os portadores desse Padrão de Comportamento estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Somada à susceptibilidade para o desenvolvimento das patologias cardiovasculares, essas pessoas quase sempre apresentam um alto grau de colesterol mal – LDL e pouco colesterol HDL, acumulando outros fatores de risco como obesidade, pressão alta e dependência de nicotina.

Tipo B - são pessoas calmas, confiáveis, tranquilas e receptivas às emoções, inclusive emoções hostis.

Tipo C - corresponde às pessoas introvertidas, obsessivas, passivas, resignadas e plácidas, cooperativas ao extremo, submissas e conformistas, internalizam a reação ao stresse e sempre controlam a hostilidade, desejando aprovação social. A maioria das pessoas com

padrão de comportamento tipo C, são mais predispostas ao reumatismo, a infecções, a alergias e a diversas afecções dermatológicas, inclusive o câncer.

### Stressores intra-organizacionais

Os estressores intra-organizacionais estão relacionados às condições individuais, físicas do ambiente, às características, grupais e organizacionais, apresentadas a seguir:

STRESSORES INDIVIDUAIS
<p><i>Sobrecarga de trabalho</i> – [...] A sobrecarga de trabalho gera insatisfação, tensão, falta de auto-estima, sensação de ameaça, palpitações, colesterol alto e consumo de nicotina e outras substâncias que provocam dependência na tentativa de reagir à superdemanda.</p>
<p><i>Conflito de funções</i> – [...] surge quando duas ou mais pessoas dão ordens conflitantes. [...] o conflito subjetivo de funções surge em consequência da contradição entre as ordens formais recebidas pelo indivíduo e seus próprios valores e objetivos. Os conflitos de funções geram alto grau de ansiedade e insatisfação com relação ao trabalho, sendo mais forte quanto maior for a autoridade de pessoa que dá as ordens contraditórias. Essas situações reduzem a criatividade do indivíduo, pois o medo de fracassar provoca um desempenho insatisfatório. No nível pessoal, o indivíduo geralmente tem pressão alta e alto nível de colesterol.</p>
<p><i>Ambiguidade de funções</i> – refere-se à falta de clareza no tocante à função do indivíduo, aos objetivos do trabalho propriamente dito e à abrangência das responsabilidades individuais. Em geral, há uma queda de auto-estima resultante da falta de satisfação com a tarefa a executar, bem como queda de satisfação no trabalho, qualidade e participação nas decisões. Informações e comunicação adequadas reduzem esse tipo de conflito, pois melhoram o modo de orientar as tarefas relativas ao trabalho.</p>
<p><i>Discrepância em objetivos organizacionais</i> – as discrepâncias e as dúvidas relativas à carreira ou à profissão do indivíduo surgem em razão da falta de segurança no emprego, dúvidas relativas a aumentos salariais e ambições legítimas frustradas. A insatisfação decorrente das discrepâncias entre as esperanças e as realizações do indivíduo gera ansiedade e frustração, depressão e estresse, especialmente entre indivíduos da faixa etária entre os 40 e 50 anos. Além do desempenho insatisfatório no trabalho, é comum encontrar a dependência de substância como álcool, drogas, café, tabaco, etc.</p>

**Figura 2** – Estressores Intra-organizacionais

Fonte: Dolan (2006, p. 49-50)

STRESSORES FÍSICOS
<p><i>Luz insuficiente ou excessiva</i> – a iluminação inadequada no local de trabalho pode provocar consequências negativas para a vista, dor de cabeça, vista cansada, tensão e frustração quando o trabalho se torna maçante e difícil.</p>
<p><i>Ruído</i> – trabalhar com ruído surte influência negativa no grau de satisfação, produtividade e vulnerabilidade a acidentes, aumentando a porcentagem de erros cometidos. Além disso, há uma redução do comportamento cooperativo e aumento de atitudes negativas com relação aos outros. Observam-se níveis mais altos de hostilidade.</p>
<p><i>Vibrações</i> – estar constantemente exposto a vibrações leva ao aumento de catecolaminas, lesões na coluna e alterações neurológicas</p>
<p><i>Quantidade e leiaute físico no local de trabalho</i> – a falta de espaço ou um leiaute inadequado aumentam o número de movimentos necessários, o que resulta em aumento de esforço e perda de tempo.</p>

**Figura 3** – Stressores Intra-organizacionais

Fonte: Dolan (2006, p. 49)

### STRESSORES GRUPAIS

*Falta de coesão* - não ter esse vínculo é uma das características que podem ser estressantes para os indivíduos.

*Conflito no grupo* - Uma medida de conflito é sempre saudável em grupos ou equipes. Na verdade, é necessária para que atinja o melhor desempenho possível. Não obstante, o conflito contínuo e não construtivo entre os membros da mesma equipe pode levar a reações emocionais e situações estressantes, como frustração, tensão, insatisfação, esgotamento emocional, afecções somáticas, insônia, etc.

*Clima no grupo* - O clima dentro de uma equipe é outro importante estressor para seus membros. Em um estudo realizado entre equipe paramétrica (Peiró, et. al. 1992c) descobriu-se que os membros de equipes cujo clima se caracterizava por desequilíbrios (entre os níveis de apoio oferecidos aos indivíduos e a orientação a resultados; respeito às regras e orientação à inovação) sofriam graus mais elevados de estresse relativos à função e à tensão no trabalho, e maior insatisfação do que os membros de equipes mais equilibradas.

*Pressão do grupo* - As pressões que os grupos exercem sobre cada membro podem levar ao estresse, especialmente se o objetivo for levar os membros a assumir valores ou crenças que sejam contra seus princípios. Essas pressões provocam várias mudanças psicológicas e comportamentais.

**Figura 4** – Stressores Intra-organizacionais

Fonte: Dolan (2006, p. 50-51)

### STRESSORES ORGANIZACIONAIS

*Clima dentro da organização* - Toda organização tem sua própria personalidade, seu próprio clima. Esse clima condiciona o comportamento dos indivíduos que compõem a organização, embora seja difícil avaliar, pois não existem ferramentas cientificamente válidas para isso. O clima pode ser tenso ou não, relaxado, cordial, etc. Tudo isso produz níveis diversos de estresse nos indivíduos, dependendo da sua suscetibilidade e vulnerabilidade.

*Tamanho e estilo de gestão* - A fonte mais comum de estresse provém da combinação do tamanho da organização e do grau de formalidade do seu funcionamento; em outras palavras, burocracia. Muitos estudos demonstram que as instituições demasiadamente burocráticas, tentam moldar os indivíduos segundo um estereótipo.

*Estrutura hierárquica* - Em todas as hierarquias em que há a distribuição de poder, quanto mais alto o nível hierárquico, maior a tendência ao controle autocrático de uns poucos à custa dos outros. Os gerentes estão bem posicionadas para exigir comportamento que excedam a capacidade dos indivíduos de tolerar tais exigências.

*Tecnologia* - A adoção de novas tecnologias tem implicações importantes para inúmeros aspectos organizacionais e relativos ao trabalho. Surgem mudanças nas tarefas organizacionais e nas funções, na supervisão, nas estruturas e no estilo organizacional. Elas podem abrir caminhos para novos stressores no local de trabalho, embora eliminem outros.

*Prazos irracionais* - Todos conhecem o impacto provocado pela definição de metas inatingíveis no tocante ao prazo para sua conclusão.

**Figura 5** – Stressores Intra-organizacionais

Fonte: Dolan (2006, p. 51-52)

### Stressores extra-organizacionais

Os stressores extra-organizacionais têm origem fora do ambiente de trabalho, no entanto, recaem sobre os indivíduos, como é o caso das situações familiares, políticas, sociais, econômicas, podendo comprometer as relações interpessoais bem como o desempenho das atividades profissionais.

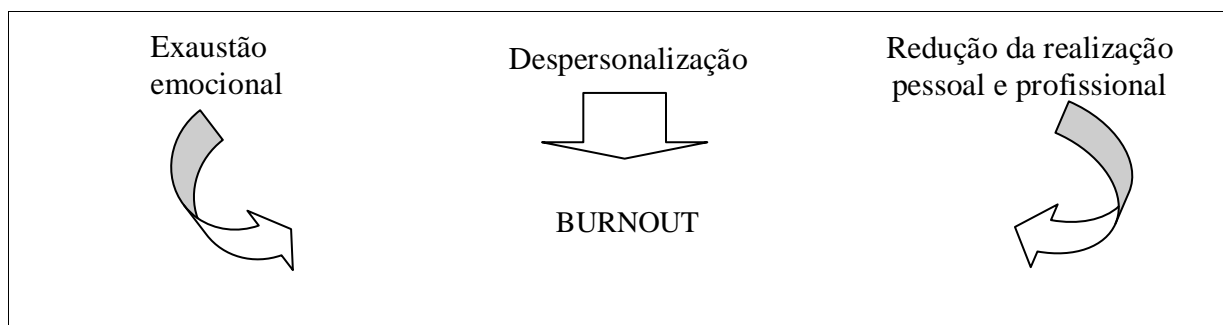
### 4.3 Consequências do stresse ocupacional

De acordo com Aguiar (2010) muitas são as consequências advindas do stress ocupacional, dentre elas destacam-se os conflitos interpessoais no ambiente de trabalho, aumento da frequência de acidentes laborais, absenteísmo, insatisfações frequentes, reivindicações judiciais, atendimento inadequado ao cliente (interno e/ou externo).

Dolan, *ibid* amplia a discussão acerca dessas consequências, colocando em destaque as consequências pessoais que, segundo ele, podem afetar a saúde física e mental. No tocante à saúde física, as consequências estão relacionadas às seguintes patologias: distúrbios gastrintestinais (úlceras pépticas, dispepsia funcional, síndrome do intestino irritável, colite ulcerosa, aerofagia, digestão lenta); distúrbios cardiovasculares (pressão alta, doença coronariana, arritmia); distúrbios respiratórios (asma, hiperpnéia, dispnéia, sensação de pressão no tórax); distúrbios endócrinos (hipoglicemia, diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, síndrome de Cushing); Distúrbios sexuais (impotência, ejaculação precoce, vaginismo, coito doloroso, alterações da libido); distúrbios dermatológicos (comichões, dermatite atópica, sudorese excessiva, alopecia, tricotilomania); distúrbios musculares (tiques e espasmos, rigidez, dores musculares, alterações nos reflexos musculares); Outros (enxaquecas, dor crônica, insônia, distúrbios imunológicos, perda de apetite, artrite reumatoide). Quanto às consequências relacionadas à saúde mental, este autor enumera as seguintes: irritabilidade; esquecimento de coisas importantes; desejo de mudança radical na vida; adiamento com frequência de atividades planejadas; sensação de falta de tempo; ceticismo; e desconfiança.

Quando a situação do stress ocupacional chega ao extremo, pode desencadear a síndrome do *Burnout*, uma expressão originária do idioma inglês e que significa queimar-se ou destruir-se pelo fogo de fora para dentro, como algo que deixou de funcionar pela falta de energia que segundo Maslach & Freudemberger (n.d) *apud* Limongi-França (2011, p. 52), “tem o sentido de preço que o profissional paga por sua dedicação ao cuidar de outras pessoas ou da luta para alcançar uma grande realização”. Segundo esses autores a síndrome do *burnout* caracteriza-se pela evidência de três aspectos básicos: a exaustão emocional, a despersonalização e a redução da realização pessoal e profissional, conforme demonstra a figura abaixo:





**Figura 6** – Aspectos básicos do Burnout  
 Fonte: Limongi-França & Rodrigues (2011, p. 53)

**A exaustão emocional** – diante da intensa carga emocional que o contato frequente e intenso com pessoas impõe, principalmente com aqueles que vivem situações de sofrimento, o indivíduo pode desenvolver uma exaustão emocional. O profissional sente-se esgotado, com pouca energia para fazer frente ao dia seguinte de trabalho, e a impressão que ele tem é de que não terá como recuperar (reabastecer) essas energias. Esse estado costuma deixar os profissionais, pouco tolerantes, facilmente irritáveis, “nervosos”, “amargos”, no ambiente de trabalho e até mesmo fora dele, com familiares e amigos. O profissional torna-se pouco generoso, aparentemente insensível e, muitas vezes, apresenta um comportamento rígido e adota rotinas inflexíveis, como uma forma de manter-se “imparcial”, distante de qualquer envolvimento com clientes e colegas. As relações com o trabalho e com a vida são vividas como insatisfatórias e pessimistas. **Despersonalização** - é o desenvolvimento do distanciamento emocional que se exarceba, como frieza, indiferença diante das necessidades dos outros, insensibilidade e postura desumanizada. O contato com as pessoas é impregnado por uma visão de atitudes negativas, frequentemente desumanizadas, com a consciência de que em seu trabalho, o profissional lida com seres humanos e com perda de aspectos humanitários na interação interpessoal. O profissional que assume atitude desumanizada deixa de perceber os outros como pessoas semelhantes a ele, com sentimentos, impulsos, pensamentos e processos que ele também pode ter. Como resultado do processo de desumanização, o profissional perde a capacidade de identificação e empatia com as pessoas que o procuram em busca de ajuda e as trata não como seres humanos, mas como “coisas”, “objetos”. Tende a ver cada questão relacionada ao trabalho como um transtorno, como mais um problema a ser resolvido, pois que o incomoda e perturba. Assim, o contato com as pessoas será apenas tolerado, e a atitude em geral será de intolerância, irritabilidade e ansiedade. **Redução da realização pessoal e profissional** – Diante de tal deterioração da qualidade da atividade, a realização pessoal e a profissional ficam extremamente comprometidas. Freudenberger afirma que o *burnout* surge principalmente nas áreas em que as pessoas acreditam ser as mais promissoras para suas realizações, nos profissionais que procuram a competência, uma posição de destaque na comunidade, ser reconhecidos e alcançar boa situação econômica. No entanto, a sensação que muitos têm é de que “estão batendo a cabeça”, “dando murro em ponta de faca”, dia após dia, semana após semana, ano após ano, o que desenvolve intensos sentimentos de decepção e frustração. Com o incremento da exaustão emocional e da despersonalização e todas as suas consequências, não é raro um senso de inadequação e o sentimento de que se tem cometido falhas, com seus ideais, normas, conceitos. Pode surgir a sensação de que se tornou outro tipo de pessoa, deferente, bem mais fria e descuidada. /como consequência, surge queda de auto-estima, que pode chegar à depressão.

De acordo com os estudos desenvolvidos por Couto (1987) *apud* Lipp & Tanganelli (2002), o stresse profissional ou ocupacional pode interferir na qualidade de vida das pessoas, afetando os campos da vida social, afetiva e da saúde (Lipp & Rocha,1996). Por exemplo, no

campo afetivo pode ocorrer alta incidência de desajustamentos em razão do pouco tempo dedicado à família em função dos altos investimentos de tempo dedicados ao trabalho, aos cuidados com a saúde física e psíquica ou mesmo nas atividades sociais. Os estudos de sobre qualidade de vida afirmam que, para a qualidade de vida ser considerada em níveis de excelência, necessário se faz que os quatro campos ou quadrantes estejam em equilíbrio.

Assim, verifica-se que o stresse ocupacional possui vários fatores desencadeantes e que podem resultar em problemas que vão desde o absenteísmo, até a síndrome de *burnout*. Diante disso, é notória a importância de se aprofundar teoricamente sobre as consequências do stress ocupacional.

## **CAP. V – O ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO EM PERNAMBUCO: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA**

De acordo com Ferreira Neto (2011) poucos são os registros históricos atinentes ao atendimento institucionalizado de crianças e adolescentes no Estado de Pernambuco. Segundo esse autor, o registro desse primeiro atendimento ocorre na primeira metade do século XVI, realizado pela Santa Casa de Misericórdia, instituição implanta no ano de 1540, na cidade de Olinda, com o objetivo de “acolher e recolher as crianças que viviam em condições de mendicância, sobretudo nas zonas urbanas de Olinda e Recife e que de certa forma, incomodavam e ameaçavam a população, causando-lhes prejuízos decorrentes de pequenos delitos e do medo que empreendiam, principalmente às mulheres da Província”. A partir dessa iniciativa privada de acolhimento as crianças e adolescentes em vulnerabilidade social, outras ações foram sendo empreendidas ao longo dos séculos (Casa dos expostos, instituições religiosas, orfanatos, dentre outras) com a finalidade de assistir a essa parcela específica da população.

As primeiras intervenções do Estado Brasileiro junto aos indivíduos classificados como “menores”, por viverem perambulando pelas ruas, foi oficializada a partir da institucionalização do Código Criminal de 1830, primeira lei penal, que responsabilizava penalmente os menores a partir dos 14 anos e os recolhia às Casas de Correção, estabelecimentos instituídos em todo o território brasileiro, privando-os dessa forma, do convívio social.

De acordo com Moura (2007), *apud* Ferreira Neto, *ibid.*, em 1917, no Estado de Pernambuco, mais especificamente na cidade do Recife, foi criada a primeira Escola Correccional para menores compreendidos na faixa etária entre nove e doze anos de idade, com a finalidade de separá-los dos delinquentes adultos. Dez anos depois, as crianças e os adolescentes passam da égide do Código Criminal de 1830 para a regência do Código de Menores, instituído em 1927, que os define como delinquentes e abandonados. Essa nova diretriz legal não trouxe mudanças significativas à natureza do atendimento, pois as crianças e adolescentes submetidos à institucionalização continuavam sendo assistidas em ínfimas condições em todo o Estado Brasileiro.

Ainda segundo Ferreira Neto (2011), em Pernambuco, a partir da década de 30, muitas foram as instituições criadas para prestar assistência aos menores abandonados e delinquentes do Estado, com o objetivo de melhorar o atendimento e a proteção, dentre elas, o primeiro Juizado Privativo de Menores da Capital, em 1934, dada a necessidade da intervenção do Estado junto a essa realidade social, o que em muito contribuiu para uma significativa diminuição do número de menores nas ruas do Recife tendo em vista a implantação de diversos abrigos e núcleos profissionalizantes para o atendimento.

Em 1966 foi criada a Fundação do Bem-Estar do Menor, - FEBEM, através da Lei nº. 5.810 de 14 de junho de 1966, vinculada à Secretaria de Interior e Justiça e do Juizado de Menores da Capital, com a missão de prestar assistência à criança e ao adolescente em situação de vulnerabilidade pessoal e social (abandonado e/ou infrator), como forma de dar seguimento ao atendimento até então prestado pelas diversas iniciativas instituídas ao longo do tempo. Assim, a FEBEM/PE assume a administração de 05 (cinco) unidades de internação, situadas na capital, região metropolitana e interior do Estado. A partir de 1975, vinculada à Secretaria do Trabalho e Ação Social, A FEBEM amplia seu atendimento, implantando os Núcleos de Prevenção, localizados no grande Recife e interior do Estado, como o objetivo de atender crianças e adolescentes carentes, em situação de abandono e risco pessoal e social (Ferreira Neto, 2011).

Em 1990, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei nº. 8.069 de 13 de julho de 1990, a FEBEM, passou a denominar-se Fundação da Criança e do Adolescente – FUNDAC, e através da Lei Complementar nº. 03, artigo nº. 17, de 22/08/1990, com vistas a consolidar o processo de mudança anteriormente iniciado com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que exigiu a efetivação e a universalização da Doutrina Sócio-Jurídica da Proteção Integral a toda criança e adolescente de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos de idade incompletos (Plano de Atendimento Socioeducativo 2008-2011).

Frente a necessidade de atender as exigências estabelecidas pela Doutrina acima referida, a partir de então, a FUNDAC processou mudanças importantes no *modus operandi* do seu atendimento à população infanto-juvenil sob sua responsabilidade. Ao longo dos últimos sete anos, passou por três processos de regulamentação importantes. O primeiro se deu através do Decreto nº 30.310 (2007), o segundo, da Lei Complementar nº 132 (2008), quando foi redenominada para Fundação de Atendimento Socioeducativo – FUNASE, e

reestruturada em suas competências, e o terceiro, através do Decreto nº 39.268 (2013) que garantiu a consolidação da estrutura apresentada a seguir, que pode ser visualizada em detalhes no respectivo Decreto (VIDE ANEXO D). **Presidência** - Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Conselho de Gestores, Corregedoria, Ouvidoria, Gerência Jurídica, Comissão Permanente de Licitação, Assessoria Técnica, Assessoria Administrativa, Assessoria de Comunicação; **Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação** - Coordenadoria de Gestão de Pessoas e Educação e Coordenadoria de Folha de Pagamento; **Diretoria Geral de Gestão de Administração de Finanças** - Coordenadoria de Administração, Coordenadoria de Finanças, Coordenadoria de Logística; **Diretoria Geral de Planejamento e Orçamento** - Coordenadoria de Projetos e Orçamentação, Coordenadoria de Monitoramento e Coordenadoria de Tecnologia da Informação; **Diretoria Geral de Política de Atendimento** - Assessoria de Política de Atendimento Socioeducativo, Gerência Técnica de Segurança, Diretoria do CASE NÍVEL I, Diretoria do CASE NÍVEL II, Coordenadoria Geral de Unidades de Internação Provisória - CENIPs, Coordenadoria de Unidade de Internação Inicial - UNIAI, Coordenadoria Geral de Unidade de internação - CASEs, Coordenadoria de Centro de Atendimento Socioeducativo - CASE NÍVEL III, Coordenadoria Geral de Casas de Semiliberdade – CASEMs,

Esta estrutura organizacional, explicitada no Organograma (VIDE ANEXO E), tem por finalidade precípua atender adolescentes/jovens de ambos os gêneros, autores e/ou envolvidos em atos infracionais, cujo perfil é permeado por acentuada labilidade emocional, limitações cognitivas, dificuldades em estabelecer relacionamentos significativos, baixa tolerância à frustração, imediatismo, dificuldades em canalizar a agressividade em termos construtivos, temor de confrontar-se com a própria realidade pessoal e social, rejeição das tarefas de organização e planejamento de vida, baixos níveis de autoestima, autoconceito e autoconfiança, desconfiança nos adultos, aceitação da lei do mais forte e do mais esperto, crença exacerbada no destino e na sorte e visão muito fatalista da vida de (Plano de Atendimento Socioeducativo, 2008-2011), visando a garantia dos seus direitos fundamentais. Neste contexto, além de outros segmentos profissionais, estão também aqueles que desempenham funções gerenciais, que estão submetidos a constantes situações de tensão, situação que pode favorecer o desenvolvimento de sinais e sintomas do stress.

Neste contexto estrutural, as equipes gestoras das unidades de atendimento socioeducativo, em grande maioria, estão constituídas por quatro Coordenações: Geral,

Técnica, Administrativa e Operacional, estando esta última ainda em processo de oficialização. Essas funções gerenciais exigem dos seus ocupantes conhecimentos atinentes à seguinte legislação: Lei 8.069 de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do adolescente - ECA); Lei 12.594 de 18 de janeiro de 2012 - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE; bem como outras legislações pertinentes à matéria Regimento Interno da FUNASE (2012). Compete a cada coordenação:

COORDENAÇÃO	COMPETENCIA
GERAL	Coordenação das unidades de atendimento; adoção de medidas definidas no regimento interno e no regulamento disciplinar da unidade; representação pública da unidade; convocação e direcionamento das reuniões junto ao corpo funcional; delegação, monitoramento e avaliação das atribuições dos servidores, nos diversos níveis funcionais; assinatura de toda documentação de circulação interna e externa. Compete também ao Coordenador Geral a tomada das providências necessárias junto à Direção da FUNASE, no sentido de garantir para a unidade sob seu comando, as condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, a operacionalização do plano de trabalho que deve ser condizente com os princípios constantes no ECA (1990), no SINASE (2012), no plano anual da ação socioeducativa da FUNASE, no plano Estadual do Sistema Socioeducativo do Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDCA e do regimento interno da Unidade que gerencia.
TECNICA	Planejamento, monitoramento e avaliação das ações técnico-pedagógicas da Unidade; orientação no processo de elaboração dos relatórios e encaminhamento dos mesmos ao sistema de justiça; desenvolvimento de estudos de caso dos adolescentes junto a equipe técnica; promoção de encontros e reuniões sistemáticas com o setor pedagógico e equipe técnica com vistas à melhoria e aperfeiçoamento das ações, bem como otimização do relacionamento interpessoal das equipes; participação nos estudos para revisão dos documentos internos; diligenciar junto à equipe técnica a apuração de casos as situações envolvendo os adolescente; elaboração e providencias cabíveis relativas ao boletim estatístico mensal e demais relatórios da competência; disponibilizar suporte técnico e operacional à coordenação geral da unidade.
ADMINISTRATIVA	Organização administrativa da Unidade; emissão de correspondência interna e externa; controlar e supervisionar todos os serviços administrativos internos da Unidade; elaboração de escalas de transportes para as atividades externas; tomada das providencias relativas às estruturas físicas e materiais (eletricidade, hidráulica, etc.); responsabilidade pela aquisição de materiais, prestação de contas; controle de frequência funcional; elaboração e acompanhamento das escalas de serviços e de férias do corpo funcional..
OPERACIONAL	Garantir a tranquilidade aos adolescentes, funcionários e visitantes na Unidade; organizar a estrutura interna de prevenção de acidentes; trabalhar continuamente para a aplicação das regras de segurança e defesa do patrimônio e no aperfeiçoamento das técnicas, procedimentos e instrumento de controle preventivo das ações de inteligência e estratégias para o gerenciamento de crises e de possíveis tumultos ou comportamentos fora do habitual; exercer a fiscalização sobre o acesso e a circulação de pessoas dentro do CASE; controlar o fluxo de movimentação de adolescentes; fiscalizar os procedimentos na realização de rondas nas áreas interna e externa da Unidade; inspecionar os procedimentos quanto à vistoria de bolsas e bagagens de visitantes e funcionários (caso necessário) quando ao adentrarem na Unidade; estabelecer procedimentos quanto à revista de pessoas; gerenciar os procedimentos de revista nos espaços da Unidade; fiscalizar a higiene dos ambientes; visualizar áreas pelo circuito fechado de TV; encaminhar toda apreensão de material ilícito à Delegacia da área, acompanhado de documento; encaminhar mensalmente à Gerência Técnica de Segurança –GTS, relatório das ocorrências relevantes da Unidade.

Figura 7: Competências das Coordenações das Unidades de Atendimento Socioeducativas da FUNASE/PE/BRASIL  
Fonte: Regimento Interno da FUNASE (2012)

Suportada por esta estrutura organizacional a FUNASE/PE/Brasil, atende atualmente, em média, a mais de 1.500 adolescentes/jovens, ao mês, conforme demonstra o Quantitativo Diário do dia 30 de setembro de 2014 (VIDE ANEXO F). Este atendimento abrange 07 (sete) Regiões de Desenvolvimento do Estado de Pernambuco. São Elas:

**REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO METROPOLITANO – RDM**

- Centro de Atendimento Socioeducativo - **CASE/Abreu e Lima** (ANEXO G)
- Centro de Atendimento Socioeducativo - **CASE/Cabo de Santo Agostinho** (ANEXO H)
- Centro de Atendimento Socioeducativo - **CASE/Jaboatão dos Guararapes** (ANEXO I)
- Casa de Semiliberdade - CASEM/Jaboatão dos Guararapes
- Centro de Atendimento Socioeducativo - **CASE/Santa Luzia** (ANEXO J)
- Casa de Semiliberdade – CASEM/Areias
- Casa de Semiliberdade – CASEM/Recife I
- Casa de Semiliberdade – CASEM/Recife II
- Unidade de atendimento: CASEM/Santa Luzia
- Unidade de Atendimento Inicial - UNIAI
- Unidade de atendimento – CENIP/Recife
- Unidade de atendimento: CENIP/Santa Luzia
- Centro Pedagógico de Profissionalização - CPP

**REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO DO SERTÃO DO MOXOTÓ**

- Centro de Atendimento Socioeducativo – **CASE/Arcoverde** (ANEXO L)

**REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO DO AGRESTE CENTRAL**

- Centro de Atendimento Socioeducativo – **CASE/Caruaru** (ANEXO M)
- Casa de Semiliberdade – CASEM/Caruaru
- Centro de Internação provisória – CENIP/Caruaru

**REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO DO AGRESTE MERIDIONAL**

- Centro de Atendimento Socioeducativo – **CASE/Garanhuns** (ANEXO N)
- Casa de Semiliberdade – CASEM/Garanhuns

**REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO DA MATA NORTE**

- Casa de Semiliberdade -: CASEM/Timbaúba

**REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO DA MATA SUL**

- Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE/Vitória de Santo Antão

## **REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO DO SERTÃO DO SÃO FRANCISCO**

- Centro de Atendimento Socioeducativo – **CASE/Petrolina** (VIDE FOTO NO ANEXO O)
- Casa de Semiliberdade – CASEM/Petrolina
- Centro de Internação Provisória – CENIP/Petrolina

A FUNASE/PE/BRASIL, para atender o que prescreve as diretrizes legais norteadoras do atendimento Socioeducativo (ECA e SINASE) e dá qualidade ao cumprimento da sua missão, vem envidando esforços para desenvolver com eficiência, eficácia e efetividade as competências que estão na sua esfera de gestão. Para isso, tem aprimorado as metodologias de gestão, a quantidade e qualidade dos recursos humanos, as diretrizes pedagógicas do atendimento, os espaços físicos, infra-estrutura e capacidade de atendimento, os parâmetros socioeducativos através da implementação das ações pertinentes inerentes aos seguintes eixos estratégicos: suporte institucional e pedagógico; diversidade étnico-racial , gênero e orientação sexual; educação; esporte, cultura e lazer; Saúde; abordagem familiar e comunitária; profissionalização/trabalho/previdência; e segurança.



# **FUNDAMENTAÇÃO EMPÍRICA**

---

## **FUNDAMENTAÇÃO EMPÍRICA**

### **CAP. VI - METODOLOGIA, RESULTADOS E DISCUSSÃO.**

#### **6.1 Metodologia**

Adotou-se uma metodologia mista, quantitativa e qualitativa, através do método de aplicação de questionários.

##### **6.1.1 Objetivo geral**

Analisar a relação entre a qualidade de vida e o stresse em gestores das unidades de atendimento socioeducativo de internação da FUNASE/PE/BRASIL

##### **6.1.2 Objetivos específicos**

Identificar nos gestores da FUNASE:

- O nível de qualidade de vida nos quadrantes social, afetivo, profissional e da saúde;
- A presença ou ausência de estresse;
- A predominância do estresse: física ou psicológica;
- A fase de enquadramento do estresse: alerta; resistência; quase-exaustão; ou exaustão.

##### **6.1.3 Sujeitos**

Do universo de 76 gestores foram avaliados 34, de ambos os gêneros, no efetivo exercício das suas funções gerenciais nas Unidades de Atendimento Socioeducativo da FUNASE/PE/BRASIL. Estas funções estão situadas no nível operacional da estrutura organizacional, cujo objetivo está direcionado ao atendimento de adolescentes/jovens em sistema de atendimento inicial (Unidade de Atendimento Inicial – UNIAI), Internação Provisória (Centros de Internação Provisória - CENIPs), medidas restritivas de liberdade (Casas de Semiliberdade - CASEMs), medidas privativas de liberdade (Centros de

Atendimento Socioeducativos - CASEs) e no Centro Pedagógico de Profissionalização – CPP).

O grupo CONTROLE foi constituído por 17 (dezessete) gestores das seguintes unidades de atendimento: UNIAI/f (n=1), os CENIPs m/f (n=6), CASEMs m/f (n=8) e CPP/fem (n=2).

O grupo focal do estudo da situação da qualidade de vida e do stresse foi constituído pelos gestores dos CASEs m/f (n=17), que são os Centros que se voltam ao atendimento de adolescentes sentenciados para o cumprimento da medida socioeducativa de internação, tendo em vista as dificuldades cotidianas a que estão submetidos nessa modalidade de atendimento, em face das situações permanentes de tensão, realidade característica da natureza do atendimento, somada à precarização das condições estruturais, materiais e humanas de trabalho, bem como às exigências internas e externas por um desempenho eficiente, eficaz e efetivo das suas competências gerenciais, que segundo Maximiano (2010, p. 73), “consiste em tomar decisões, estabelecer metas, definir diretrizes e atribuir responsabilidades aos integrantes da organização, de modo que as atividades de planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar estejam numa sequência lógica”.

#### **6.1.4 Instituição**

Este estudo foi desenvolvido na Fundação de Atendimento - FUNASE/PE/BRASIL, órgão responsável pelo atendimento socioeducativo a adolescente envolvidos e ou autores de atos infracional, compreendidos na faixa etária ente 12 anos e 18 anos incompletos, e excepcionalmente aos 21 anos de idade.

#### **6.1. 5 Critérios metodológicos**

6.1.5.1 Quanto à abordagem o enfoque é quantitativa, através da aplicação dos questionários adaptados e mensuráveis, e qualitativa, em termos subjacentes, uma vez que os dados coletados foram interpretados descritivamente à luz dos resultados estatísticos.

6.1.5.2 Quanto ao nível de investigação: até o momento, básica, podendo servir de base para trabalhos futuros com pesquisas aplicadas e proposições de estratégias de intervenção.

6.1.5.3 Quantos aos objetivos: Exploratória e descritiva. Exploratória, uma vez que não foi encontrada nenhuma publicação abordando a avaliação da qualidade de vida e do estresse em gestores do Sistema de Atendimento Socioeducativo no Brasil, sobretudo em gestores que atuam em unidades que atendem adolescentes/jovem em cumprimento de medida socioeducativa de internação, possibilitando assim, a ampliação de conhecimentos sobre as repercussões desses fenômenos na vida pessoal e profissional desses trabalhadores; e descritiva, porque houve necessidade de se encontrar e descrever características dos sujeitos estudados para facilitar a representação, entendimento e posteriormente, favorecer estudos mais aprofundados acerca dessa realidade institucional.

6.1.5.4 Quanto aos procedimentos de coleta: experimental, uma vez que favoreceu o controle e observação das variáveis intervenientes, como gênero, temperatura ambiente e ruído. Considerando ser a amostra pequena, não tendo sido possível representar a totalidade populacional dos gestores das Unidades de Atendimento Socioeducativo do Brasil, mas, podendo suscitar em outros pesquisadores a necessidade de realização de outros estudos a respeito deste tema.

6.1.5.5 Quanto às fontes: de campo e bibliográfica. De campo, porque consistiu na observação e no registro das variáveis dos sujeitos e fenômenos estudados; e bibliográfica, porque serviu como base para observar em que estado se encontra o problema e que estudos já foram realizados a respeito do assunto (Lakatos, 2009).

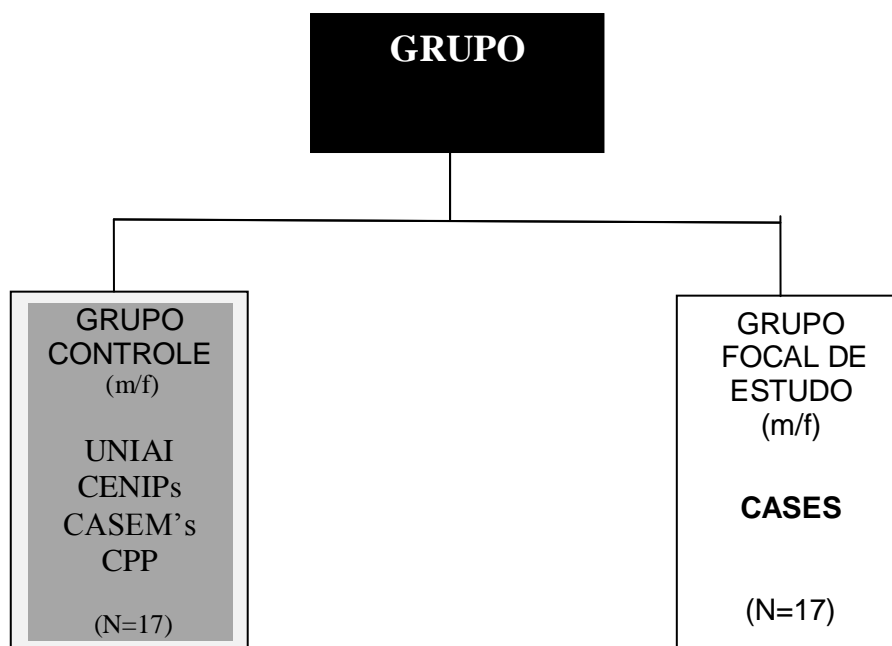
### **6.1.6 Local de avaliação**

A avaliação deste estudo foi desenvolvida na Fundação de Atendimento Socioeducativo do Estado de Pernambuco – FUNASE/PE/BRASIL, sediada atualmente à Av. Engenheiro Rosa e Silva, no. 773, Aflitos, Recife/PE, Brasil.

A aplicação dos instrumentos foi realizada em um salão, sob condições padrão, em prédio com ventiladores, à temperatura de  $29^{\circ} \pm 2^{\circ}\text{C}$ .

### 6.1.7 Divisão dos grupos

Os sujeitos foram subdivididos em dois grupos, constituídos por gestores dos gêneros feminino e masculino, atuantes no Sistema de Atendimento Socioeducativo do Estado de Pernambuco, Brasil, cuja carga horária de trabalho, de ambos os grupos, soma um total de 8h diárias, exercidas de segunda a sexta-feira, totalizando 40h semanais. O primeiro grupo (CONTROLE, n=17) é constituído pela Unidade de Atendimento Inicial – UNIAI, Centros de Internação Provisória - CENIPs, Casas de Semiliberdade - CASEMs e Centro Pedagógico de Profissionalização – CPP e o segundo, compreende os Centros de Atendimento Socioeducativo - CASEs (GRUPO FOCAL DO ESTUDO, n=17), grupo focal do estudo.



### 6.1.8 Avaliações

Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração/Recife/PE/Brasil.

No intuito de atingir os objetivos previstos para este estudo, foram utilizados para a coleta dos dados, os seguintes instrumentos: Inventário de Qualidade de Vida de Lipp e Rocha (1995); e Inventário de Sintomas de Stress em Adultos de Lipp (ISSL).

Para iniciar a coleta de dados, primeiramente foi realizado um levantamento de todos os gestores da FUNASE, atuantes nas Unidades Socioeducativas localizadas no Recife, Região Metropolitana e Interior do Estado. Após a confirmação voluntária para a participação dos sujeitos, foi feito o agendamento da data para a coleta dos dados. Na data estabelecida foram concedidas, inicialmente, as devidas informações a respeito do objetivo do estudo, na sequência, concedidas as orientações sobre o preenchimento dos instrumentos. A seguir foi entregue a cada participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) para leitura e devida assinatura. Logo após, aplicado Inventário de Qualidade de Vida (Anexo o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp – ISSL (Anexo B), sucedido do C). O início da coleta dos dados ocorreu pela manhã, mais precisamente às 9:00h, por ocasião da reunião gerencial promovida pela Diretoria da Área Socioeducativa, realizada na cidade do Recife/PE.

Todas as avaliações, correlação e interpretação dos instrumentos utilizados foram realizadas pela pesquisadora, Psicóloga inscrita no Conselho Regional de psicologia - CRP, inscrita no CRP 13.822, sob a orientação do Professor Dr. Valdenilson Ribeiro Ribas, Psicólogo, registrado no CRP de no. 11.797, de acordo com o que preconizam as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia no Brasil.

#### **6.1.8.1 Instrumentos utilizados**

##### 6.1.8.1.1 Inventário de Qualidade de Vida de Lipp e Rocha - IQV

O Inventário de Qualidade de Vida (IQV) é um instrumento desenvolvido por Lipp e Rocha (1995). A utilização desse Instrumento objetivou a identificação de indicadores do nível de qualidade de vida dos participantes deste estudo. O Inventário é constituído por questões que estão relacionadas aos quadrantes da vida social, afetiva, profissional e saúde, conforme definiram os autores. Os resultados obtidos a partir da aplicação desse instrumento oferecem indicativos quanto ao nível da qualidade de vida da pessoa avaliada em cada quadrante específico. Verifica, por exemplo, a qualidade das relações interpessoais, dos relacionamentos afetivos, no trabalho bem como os cuidados dispensados à saúde física e psíquica. Não pretende, portanto, detectar a presença de doenças, mas sim de situações que poderiam contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde.

##### 6.1.8.1.2. Inventário de Sintomas de Stress em Adultos de Lipp (ISSL)

Para a avaliação do nível de stresse e sua sintomatologia foi utilizado o Inventário de Sintomas de *Stress* (ISS) elaborado por Lipp e Guevara (1994). O ISSL constitui-se de três quadrantes, que correspondem a uma das fases do processo de estresse, cujo fundamento está de acordo com o modelo trifásico proposto por Selye (1956). Permite avaliar os sintomas de stresse tanto ao nível psicológico como ao nível físico e possibilita ainda identificar a fase de stresse em que o indivíduo se encontra. O analisando é solicitado a indicar se tem tido o sintoma de stresse especificado em cada quadro em 24 horas, 1 semana ou 1 mês. Os dois primeiros quadros, que se referem às fases de alarme e resistência respectivamente, contam com 15 itens cada e o terceiro quadro, que permite o diagnóstico do stresse já em fase de exaustão, possui 23 itens. A avaliação é feita em termos das tabelas percentuais do teste.

### **6.1.9 Tratamento Estatístico**

Os resultados foram analisados pelo teste qui-quadrado com  $p < 0,05$ , distribuídos em frequências e expressos em percentuais. O programa estatístico utilizado foi o SIGMA STAT, versão para Windows 2.0.

## 6.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 6.2.1 Avaliação da qualidade de vida nos quadrantes social, afetivo, profissional e saúde

Os gestores dos Centros de Atendimento Socioeducativos (CASE's) de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais de indivíduos com insucesso na qualidade de vida nos quadrantes social ( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ), profissional ( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ) e de saúde ( $CASE_m = 100\%$  e  $CASE_f = 87,5\%$ ), quando comparados aos respectivos controles (37,5% e 0%), (50% e 22,22%) e (50% e 44,44%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Avaliação da qualidade de vida

**Continua**

Gestores socioeducativos CASE	SOCIAL		AFETIVO	
	Freq.	%	Freq.	%
<b>CONTROLE<sub>f</sub></b>	3/8	<b>37,5%</b>	2/8	<b>25%</b>
<b>CONTROLE<sub>m</sub></b>	0/9	<b>0%</b>	3/9	<b>33,34</b>
<b>CASE<sub>m</sub></b>	7/9	<b>77,78%</b>	6/9	<b>66,66</b>
<b>CASE<sub>f</sub></b>	8/8	<b>100%</b>	6/8	<b>75%</b>
Valor de p	p = 0,0002*		p = 0,1116	

**Tabela 1** – Avaliação da qualidade de vida

**Conclusão**

Gestores socioeducativos CASE	PROFISSIONAL		SAÚDE	
	Freq.	%	req.	%
<b>CONTROLE<sub>f</sub></b>	4/8	<b>50%</b>	4/8	<b>50%</b>
<b>CONTROLE<sub>m</sub></b>	2/9	<b>22,22%</b>	4/9	<b>44,44%</b>
<b>CASE<sub>m</sub></b>	7/9	<b>77,78%</b>	9/9	<b>100%</b>
<b>CASE<sub>f</sub></b>	8/8	<b>100%</b>	7/8	<b>87,5%</b>
Valor de p	p = 0,0063*		p = 0,0239*	

Avaliação da Qualidade de Vida em Gestores do Sistema de Atendimento Socioeducativo do Estado de Pernambuco, Brasil. Os sujeitos foram divididos em dois grupos. O PRIMEIRO GRUPO (CONTROLE, n=17) é constituído pela Unidade de Atendimento Inicial – UNIAI, Centros de Internação Provisória - CENIP's, Casas de Semiliberdade - CASEM's e Centro Pedagógico de Profissionalização – CPP, subdividido por gênero (CONTROLE<sub>f</sub>, n=8 & CONTROLE<sub>m</sub>, n=9) e o SEGUNDO GRUPO, compreende os Centros de Atendimento Socioeducativo – CASE, n=17, subdividido por gênero (CASE<sub>m</sub>, n=9 & CASE<sub>f</sub>, n=8). Estatística: Teste Qui-quadrado,  $p < 0,05^*$ .

### 6.2.2 Avaliação do stresse

#### 6.2.2.1 Presença ou ausência de stresse



Os gestores do centro de atendimento socioeducativo (CASE) de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais de indivíduos com stresse ( $CASE_m = 55,56\%$  e  $CASE_f = 75\%$ ), quando comparados aos respectivos controles (30% e 0%) (Tabela 2).

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

Gestores socioeducativos CASE	COM STRESSE		SEM STRESSE	
	Freq.	%	Freq.	%
<b>CONTROLE<sub>f</sub></b>	3/8	<b>7,5%</b>	5/8	<b>62,5%</b>
<b>CONTROLE<sub>m</sub></b>	0/9	<b>0%</b>	9/9	<b>100%</b>
<b>CASE<sub>m</sub></b>	5/9	<b>55,56%</b>	4/9	<b>44,44%</b>
<b>CASE<sub>f</sub></b>	6/8	<b>75%</b>	2/8	<b>25%</b>
<b>Valor de p</b>	p = 0,0123*		p = 0,0123*	

Avaliação da presença de stresse em Gestores do Sistema de Atendimento Socioeducativo do Estado de Pernambuco, Brasil. Os sujeitos foram divididos em dois grupos. O PRIMEIRO GRUPO (CONTROLE, n=17) é constituído pela Unidade de Atendimento Inicial – UNIAI, Centros de Internação Provisória - CENIP's, Casas de Semiliberdade - CASEM's e Centro Pedagógico de Profissionalização – CPP, subdividido por gênero (CONTROLE<sub>f</sub>, n=8 & CONTROLE<sub>m</sub>, n=9) e o SEGUNDO GRUPO, compreende os Centros de Atendimento Socioeducativo – CASE, n=17, subdividido por gênero (CASE<sub>m</sub>, n=9 & CASE<sub>f</sub>, n=8).  
Estatística: Teste Qui-quadrado, p<0,05\*.

#### 6.2.2.2 Predominância de sintomas físicos ou psicológicos do stresse

Os gestores do centro de atendimento socioeducativo (CASE) de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais de indivíduos com predominância de sintomas físicos de stresse ( $CASE_m = 55,56\%$  e  $CASE_f = 62,5\%$ ), quando comparados aos respectivos controles (12,5% e 0%) (Tabela 3).

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

Gestores socioeducativos CASE	FÍSICOS		PSICOLÓGICOS	
	Freq.	%	Freq.	%
<b>CONTROLE<sub>f</sub></b>	1/8	<b>12,5%</b>	2/8	<b>25%</b>
<b>CONTROLE<sub>m</sub></b>	0/9	<b>0%</b>	0/9	<b>0%</b>
<b>CASE<sub>m</sub></b>	5/9	<b>55,56%</b>	0/9	<b>0%</b>
<b>CASE<sub>f</sub></b>	5/8	<b>62,5%</b>	1/8	<b>2,5%</b>
<b>Valor de p</b>	p = 0,0103*		p = 0,2142	

Avaliação da predominância física ou psicológica de stresse em Gestores do Sistema de Atendimento Socioeducativo do Estado de Pernambuco, Brasil. Os sujeitos foram divididos em dois grupos. O PRIMEIRO GRUPO (CONTROLE, n=17) é constituído pela Unidade de Atendimento Inicial – UNIAI, Centros de Internação Provisória - CENIP's, Casas de Semiliberdade - CASEM's e Centro Pedagógico de Profissionalização – CPP, subdividido por gênero (CONTROLE<sub>f</sub>, n=8 & CONTROLE<sub>m</sub>, n=9) e o SEGUNDO GRUPO, compreende os Centros de Atendimento Socioeducativo – CASE, n=17, subdividido por gênero (CASE<sub>m</sub>, n=9 & CASE<sub>f</sub>, n=8).  
Estatística: Teste Qui-quadrado, p<0,05\*.

### 6.2.2.3 Fases do stress

Os gestores do centro de atendimento socioeducativo (CASE) de ambos os gêneros apresentaram maiores percentuais de indivíduos com stress na fase de resistência ( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ), quando comparados aos respectivos controles (12% e 0%). As demais fases, como: ausência, alerta e exaustão, não apresentaram diferença estatística significativa entre os valores esperados e encontrados (Tabela 4).

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

Gestores socioeducativos	AUSÊNCIA		Alerta	
	Freq.	%	Freq.	%
<b>CONTROLE<sub>f</sub></b>	0/8	<b>0%</b>	1/8	<b>12,5%</b>
<b>CONTROLE<sub>m</sub></b>	0/9	<b>0%</b>	0/9	<b>0%</b>
<b>CASE<sub>m</sub></b>	0/9	<b>0%</b>	0/9	<b>0%</b>
<b>CASE<sub>f</sub></b>	0/8	<b>0%</b>	0/8	<b>0%</b>
<b>Valor de p</b>	p = 0,0001*		p = 0,3410	

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

Gestores socioeducativos	RESISTÊNCIA		Exaustão	
	Freq.	%	Freq.	%
<b>CONTROLE<sub>f</sub></b>	2/8	<b>25%</b>	0/8	<b>0%</b>
<b>CONTROLE<sub>m</sub></b>	0/9	<b>0%</b>	0/9	<b>0%</b>
<b>CASE<sub>m</sub></b>	5/9	<b>55,56%</b>	0/9	<b>0%</b>
<b>CASE<sub>f</sub></b>	5/8	<b>62,50%</b>	1/8	<b>12,5%</b>
<b>Valor de p</b>	p = 0,0234*		p = 0,3410	

Avaliação quanto às fases de stress em Gestores do Sistema de Atendimento Socioeducativo do Estado de Pernambuco, Brasil. Os sujeitos foram divididos em dois grupos. O PRIMEIRO GRUPO (CONTROLE, n=17) é constituído pela Unidade de Atendimento Inicial – UNIAI, Centros de Internação Provisória - CENIP's, Casas de Semiliberdade - CASEM's e Centro Pedagógico de Profissionalização – CPP, subdividido por gênero (CONTROLE<sub>f</sub>, n=8 & CONTROLE<sub>m</sub>, n=9) e o SEGUNDO GRUPO, compreende os Centros de Atendimento Socioeducativo – CASE, n=17, subdividido por gênero (CASE<sub>m</sub>, n=9 & CASE<sub>f</sub>, n=8). Estatística: Teste Qui-quadrado, p<0,05\*.

### 6.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados deste estudo apontaram que os gestores que desempenham suas funções nos Centros de Atendimento Socioeducativos – CASEs, unidades de trabalho destinados ao atendimento de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa privativa de liberdade, apresentam maiores percentuais de indivíduos com insucesso nos quadrantes da qualidade de vida social ( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ) profissional ( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ) e da saúde ( $CASE_m = 100\%$  e  $CASE_f = 87,5\%$ ). Observou-se que nos quadrantes social ( $CASE_f = 100\%$ ) e profissional ( $CASE_f = 100\%$ ) as mulheres apresentam maiores percentuais de insucesso em relação aos homens. No entanto, no quadrante da saúde, os homens apresentam maiores percentuais ( $CASE_m = 100\%$ ) de insucesso em relação às mulheres ( $CASE_f = 87,5\%$ ). Quando comparados aos seus respectivos controles (37,5% e 0%), (50% e 22,22%) e (50% e 44,44%), o insucesso dos gestores tanto masculino quanto feminino, nesses três quadrantes da Qualidade de vida apresentam percentuais mais elevados. Quanto à análise do stresse, constatou-se que os gestores, de ambos os gêneros, atuantes nas unidades privativas de liberdade, apresentam sinais e sintomas do stresse, ( $CASE_m = 55,56\%$  e  $CASE_f = 75\%$ ) com predominância física ( $CASE_m = 55,56\%$  e  $CASE_f = 62,5\%$ ) e se encontram enquadrados na fase da resistência ( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ), quando comparados ao grupo controle (30% e 0%), (12,5% e 0%) e (12% e 0%), respectivamente.

Os resultados ora apresentados sugerem que o insucesso da qualidade de vida apresentados por esses gestores, pode estar relacionado a um somatório de fatores envolvendo a qualidade dos investimentos nas relações sociais, possivelmente negligenciada pela ocupação do tempo com as exigências frenéticas demandadas pelo cotidiano do exercício da função. É provável que a mobilização para atender essas exigências estejam comprometendo a disponibilização do tempo para investimentos no fortalecimento das relações intra e interpessoais. Outro fator que pode ser levando em conta parece estar associado ao perfil profissional inerente a cada um desses profissionais, ou seja, a forma como cada um se relaciona com o trabalho. Nesta perspectiva, os estudos tem demonstrado que nos tempos atuais, há uma tendência crescente dos profissionais da área da gestão ao desenvolvimento da conduta *workaholic*. Na concepção de Caldas (1988) *apud* Vasconcelos (2001), esta conduta caracteriza-se pela necessidade que o indivíduo vai desenvolvendo em viver para trabalhar, não em trabalhar para viver. Para esse autor, o trabalhador com esse perfil faz da sua carreira

a sua própria vida, tendendo a uma obsessão, uma vez que perde a capacidade de refletir sobre as suas ações. Assim, ocorre a perda da capacidade de refletir sobre alguns fatores, a exemplo do que é o certo e o errado, do que é o saudável e o doentio e do que é urgente e o que é necessário, podendo perder também a capacidade de não perceber a dimensão do normal e o patológico na sua conduta. Esta conduta, além de guardar relação com algumas variáveis da personalidade pode também estar relacionada à necessidade de investimentos na melhoria de algumas competências gerenciais com vistas à otimização da prática cotidiana da gestão. De acordo com Robbins, Judge e Sobral (2010), as competências gerenciais estão relacionadas às habilidades essenciais para desenvolver de forma satisfatória, a comunicação dentro da organização, a liderança, a mediação dos conflitos, a administração dos processos de mudança, a compreensão dos processos motivacionais, a tomada de decisão, a compreensão dos comportamentos dos grupos e equipes de trabalho, a delegação de tarefas. Segundo esses autores, essas são algumas das habilidades fundamentais à compreensão dos comportamentos que permeiam o dia-a-dia da organização. No que tange ao quadrante da saúde, onde se observou que os homens apresentaram um maior percentual de insucesso ( $CASE_m = 100\%$ ) em relação às mulheres ( $CASE_f = 87,5\%$ ) do grupo focal do estudo, bem como quando comparados ao grupo controle (50% e 44,44%), deduz-se que esteja associado a uma convenção cultural instalada de que os homens, de forma geral, não se preocupam com a prevenção à saúde.

Quanto aos resultados apresentados a partir da avaliação do stresse, o estudo indica que os gestores, de ambos os gêneros, que foram pesquisadas, demonstram a existência do stresse, com predominância física e enquadramento na fase da resistência quando comparados ao grupo controle. No entanto, é importante observar que entre os homens e as mulheres participantes do grupo focal deste estudo, observa-se que no que se refere à existência do stresse, sua predominância física e fase da resistência, as mulheres ( $CASE_f = 75\%$ ,  $CASE_f = 62,5\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ) apresentaram percentuais mais elevados em relação aos homens ( $CASE_m = 55,56\%$ ,  $CASE_m = 55,56\%$  e  $CASE_m = 77,78\%$ ), respectivamente.

Esses resultados confirmam a hipótese de que os gestores das Unidades de Atendimento Socioeducativo de Internação do Estado de Pernambuco apresentam stresse ( $CASE_m = 55,56\%$  e  $CASE_f = 75\%$ ) com predominância física ( $CASE_m = 55,56\%$  e  $CASE_f = 62,5\%$ ) e se encontram enquadrados da fase da resistência ( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ) e que o stresse nesses gestores decorre da falta de cuidados na vida profissional

( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ) bem como na área da saúde ( $CASE_m = 100\%$  e  $CASE_f = 87,5\%$ ). No entanto, este estudo aponta para o insucesso dos gestores (GRUPO FOCAL) no quadrante social ( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ), quadrante não contemplado na hipótese enquanto uma área do espaço vital desencadeadora do stress. No entanto, os resultados fazem sentido, uma vez que esses gestores são absorvidos em grande parte do seu tempo com as questões cotidianas que a função lhes impõe, assim, a vida social tende a sofrer prejuízos na qualidade das relações intra e interpessoais.

Ao longo da realização deste trabalho não foram encontrados estudos sobre qualidade de vida e estresse em gestores do Sistema de Atendimento Socioeducativo, direcionados especificamente àqueles que desempenham suas funções em Unidades de Atendimento a adolescentes em cumprimento de medida privativa de liberdade (CASEs), contudo é possível correlacionar os resultados acima descritos a estudos avaliativos da qualidade de vida e do stress em gestores que atuam em outros segmentos organizacionais, a exemplo dos estudos desenvolvidos por Lipp e Tanganelli (2002) junto a magistrados da justiça do trabalho, por e Capitão *et al.* (2010), que pesquisou o estresse em gerentes de bancos, tendo em vista que possuir competências técnicas e emocionais são pré-requisitos essenciais a todo e qualquer profissional que se disponha à práxis gerencial.

Os estudos desenvolvidos por Lipp e Tanganelli (2002) corroboram com os achados deste estudo uma vez que a população pesquisada constituiu-se por profissionais (juizes) de ambos os gêneros, os quais foram submetidos aos mesmos instrumentos avaliativos utilizados por esta autora (o Inventário de Sintomas de Estresse em adultos de Lipp – ISSL e o Inventário de Qualidade de Vida – IQV (F36), como também foram avaliados pelo teste *Qui quadrado*, aplicado para se avaliar a relação entre os níveis de qualidade de vida a situação do stress.

Os resultados apresentados pelos dois estudos apontam para o insucesso na qualidade de vida tanto dos homens quanto das mulheres pesquisadas. Os estudos de Lipp e Tanganelli, *ibid* indicam que os respondentes, de ambos os gêneros, demonstram insucesso nos quadrantes social (36%), profissional (39%), afetivo (41%) e da saúde (80%), enquanto que os resultados deste estudo denotam que os pesquisados do gênero masculino e feminino, apresentam insucesso no campo social (77,78% e 100%), profissional (77,78% e 100%) e saúde (100% e 87,5%), respectivamente. No entanto, não apresentou percentual relevante no

que se refere ao quadrante afetivo. Quanto aos resultados pertinentes aos estudos do stresse, os autores, acima citados, indicam que 70,6% da população pesquisada, de ambos os gêneros apresentou sintomatologia típica do stresse. Os resultados indicam também que as mulheres apresentaram percentual mais elevado de stresse em relação aos homens (81,6% e 56,6%), respectivamente. Observou-se também que os autores não fizeram referencia explícita à predominância do stresse na população pesquisada, mas, diante da sintomatologia referida, tensão muscular, desgaste físico, irritabilidade excessiva, dentre outras, leva à deduzir a predominância física. Já os resultados apresentados por esta pesquisa indicam que os analisados de ambos os gêneros apresentam stresse (masculino 55,56% e feminino 75%). Observa-se que neste item, em ambos os estudos as mulheres apresentam percentuais mais elevados da presença do stress, o que pode ser justificado pela diversidade de papéis que elas desempenham cotidianamente. Quanto às fases do estresse em ambos os estudos os pesquisados se encontravam na fase da resistência.

A pesquisa desenvolvida por Capitão, *et al* (2010), junto a 50 gerentes de banco, de ambos os gêneros, aponta que desse universo pesquisado, 33 (66%) profissionais apresentavam sintomas de stresse, sendo 17 (34%) do sexo masculino e 16 (32%) do feminino, com concentração na fase da resistência, sendo 82% sexo masculino e 88% feminino e predominância de sinais físicos para os homens (59%) e sintomas psicológicos para as mulheres (44%). Esses resultados corroboram com os achados deste estudo, que também indica a presença de estresse nos homens (55,56%) e mulheres (75%), ambos na fase da resistência, com predominância dos sinais físicos (55,56% 62,5%) em homens e mulheres, respectivamente, observando-se que se apresentam em menores percentuais quando comparados aos bancários estudados. No que se refere aos instrumentos utilizados, os estudos convergem quanto a utilização do ISSL, e divergem quanto à utilização do IQV.

## **CONCLUSAO E RECOMENDAÇÕES**

---

## CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo objetivou analisar a possível relação existente entre a qualidade de vida e o stresse em 34 gestores das unidades de atendimento socioeducativo de internação da FUNASE/PE/BRASIL. O objetivo foi alcançado a partir do desenvolvimento de um estudo quantitativo e qualitativo. Quantitativo porque foram aplicados questionários adaptados e mensuráveis (Inventário de Qualidade de Vida de Lipp e Rocha (1995) e Inventário de Sintomas de Stress em Adultos de Lipp (ISSL), e qualitativa, em termos subjacentes, tendo em vista que os dados coletados foram interpretados descritivamente tomando por base os resultados estatísticos apresentados.

Os resultados deste estudo indicam que os gestores pesquisados, de ambos os gêneros, apresentam comprometimento na qualidade de vida, notadamente nos quadrantes da vida social ( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ), profissional ( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ) bem como no da saúde ( $CASE_m = 100\%$  e  $CASE_f = 87,5\%$ ).

Quanto às investigações relativas ao estresse, os resultados demonstram que esses gestores, apresentam estresse ( $CASE_m = 55,56\%$  e  $CASE_f = 75\%$ ), com predominância física ( $CASE_m = 55,56\%$  e  $CASE_f = 62,5\%$ ), e se encontram enquadrados na fase da resistência ( $CASE_m = 77,78\%$  e  $CASE_f = 100\%$ ).

Esses resultados confirmam a hipótese de que os gestores das Unidades de Atendimento Socioeducativo de Internação do Estado de Pernambuco apresentam stresse com predominância física e se encontram enquadrados da fase da resistência e que o stresse nesses gestores deriva da falta de cuidados para com a vida profissional bem para com a área saúde. Este estudo indica também que há insucesso no quadrante da vida social, cujos resultados, demonstram 77,78% de insucesso para os homens e 100% para as mulheres.

Frente aos resultados apresentados, infere-se que a confirmação da hipótese pode está relacionada à natureza do trabalho socioeducativo, contexto onde os gestores se encontram em permanente estado de tensão, somada a precariedade das condições estruturais, materiais e humanas de trabalho, bem como às exigências tanto internas como externas por um desempenho satisfatório das suas competências gerenciais.



Além das exigências por um desempenho eficiente das competências funcionais, também é exigido desses profissionais, a reunião de competências técnicas e emocionais, que são fundamentais à vida cotidiana junto aos adolescentes/jovens, cujo comportamento revela acentuada labilidade emocional, limitação cognitiva, dificuldade em estabelecer relacionamentos significativos, baixa tolerância à frustração, imediatismo, dificuldade em canalizar a agressividade em termos construtivos, temor de confrontar-se com a própria realidade pessoal e social, rejeição das tarefas de organização e planejamento de vida, baixos níveis de autoestima, autoconceito e autoconfiança, desconfiança nos adultos, aceitação da lei do mais forte e do mais esperto, crença exacerbada no destino e na sorte e visão muito fatalista da vida. Neste contexto, onde se torna evidente que as situações constantes de tensão fazem parte do dia-a-dia do trabalho, é esperado que os profissionais que nele atuam, estejam susceptíveis ao desenvolvimento de sinais e sintomas do stresse.

Considerada a necessidade de um estudo mais aprofundado quanto aos níveis da qualidade de vida e do stresse neste segmento da atividade laboral, é possível observar algumas limitações desta pesquisa. Dentre elas destacam-se: a falta de produção científica junto a gestores atuantes no Sistema de Atendimento Socioeducativo, notadamente nas unidades privativas de liberdade, aspecto dificultador para as correlações; a não aplicação de um questionário sócio-demográfico, instrumento que possibilitaria o estudo de outras variáveis como idade, escolaridade, tempo de serviço, natureza de vínculo, dentre outras, como forma de enriquecimento os resultados.

Tendo em vista ter sido este estudo exploratório quanto aos seus objetivos e de coleta quanto aos procedimentos, não foram apresentadas conclusões, mas considerações finais, na perspectiva de que outros estudos venham a ser desenvolvidos, com vistas a oferecer subsídios teórico-práticos, na perspectiva de aprofundar o entendimento sobre a importância dos investimentos na qualidade de vida pessoal e profissional, como forma de minimizar e/ou eliminar os sinais e sintomas do stresse, seja ele no âmbito da vida pessoal ou profissional, considerada a importância desses profissionais para a eficiência, eficácia e efetividade do atendimento socioeducativo.

## **REFERÊNCIAS**

---

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, E., Costa, S., Ribas, V., Almeida, P., Lopes E., Filho, E. *et al.* (2010). **Professores do ensino fundamental do município de Quipapá/PE apresentam estresse.** *Neurobiologia*, Recife, 73 (1): 117-125.
- Baptista, M. & Alves, A. (2003). **A atividade física no controle do stress.** Augustus – Rio de Janeiro – Vol. 08 – N. 17 – Jul./Dez. - Semestral 54.
- Bíblia de Jerusalém (1998). **Gênesis** (Trad.). Revista Ampliada (ed). Paris: Editions Du Cert.
- Calais, S. (2003). **Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress.** In M. E. N. Lipp (Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp.87-88). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, M. & Neto, J. **Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde.** *Revista Baiana de Saúde Pública*. V.32, n.2, p. 232-240. Mai/ago, 2008.
- Chiavenato, I. (2010). **Gestão de Pessoas**. 3<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Codo, W., Soratto, L. e Vasques-Meneses, I. (2004, p. 276-299). **Saúde Mental e Trabalho.** In Zanelli, J.C., Borges-Andrade J. E., & Bastos, A.V.B. (Orgs). *In Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.
- Dolan, S. (2006). **Estresse, auto-estima, saúde e trabalho.** Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Fernandes, E. (1996). **Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar.** Salvador: Casa da Qualidade.
- Ferreira Neto, J.(2001). **Dificuldades na escolarização de adolescentes privados de liberdade em Pernambuco.** Recife: Fundação Antonio dos Santos Abranches.
- Fleck, M. (2008). **Problemas conceituais em qualidade de vida.** In. Fleck, M. P. A. (Org.). *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre, cap. 1, p. 19-27. Artmed.
- Fundação de Atendimento Socioeducativo – FUNASE/PE. (2008-2011). **Plano de Atendimento Socioeducativo.** Fundação de Atendimento Socioeducativo – FUNASE/PE. (2012). **Regimento Interno.**
- Guerra-Ribas, R., Ribas, V., Martins, H., Ribeiro-Ribas, Carneiro, S., Albuquerque, R. *et al.* (2010). **Stress effects on food handlers attention of a public hospital in Recife-PE, Brazil.** *Dementia & Neuropsychologia*, 4(4): 325-331.

Houaiss, A., Villar, M., & Franco, F. (Orgs.). (2001). **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva.

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

Limongi-França, A. & Rodrigues, A. (2011). **Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática**. 4ª. ed. São Paulo: Atlas.

Lipp, M. & Guevara, A. (1994). **Validação empírica do inventário de sintomas de stress para Adultos**. Rev Estudos Psicol. 11:43-9.

Lipp, M. & Rocha, J. (1996). **Stress, hipertensão e qualidade de vida**. 2ª. ed. Campinas, SP: Papirus.

LIPP, M. E. N. (2000a). **O stress está dentro de você**. São Paulo: Contexto.

Lipp, M. & Malagris, L. (2001). **O Stress Emocional e seu Tratamento**. In: Bernard Rangé. (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais um diálogo com a psiquiatria*. 1 ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas, v. 1, p. 475-490.

Lipp, M. (2003, p. 17-21). (org.). **O modelo quadrifásico do stress**. In Lipp, M. E. N. (Org.) *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa dos psicólogos.

Lipp, M. (2011). **O stress está dentro de você**. (Org.). 7ª. ed. São Paulo: Contexto.

Maximiano, A. (2010). **Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital**. 6ª. ed. – 7. Reimp. São Paulo: Atlas.

Oliveira, C. (2001). **Sobrevivendo no Inferno**. Porto Alegre: Sulina.

Pafaro R. & Martino M. (2004). **Estudo do estresse do Enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas**. Esc. Enferm. USP; 38 (2):152-160.

Pernambuco. (2007). **Decreto nº 30.310 de 22/03/2007**. Diário Oficial de Pernambuco, Recife.

Pernambuco. (2008). **Lei Complementar, nº 132 de 11/12/2008**. Diário Oficial de Pernambuco, Recife.

Pernambuco. (2013). **Decreto, nº 39.268 de 12/04/2013**. Diário Oficial de Pernambuco, Recife.

Ribas, V.; Martins, H.; Viana, M.; Fraga, S.; Carneiro S.; Galvão B.; et al. (2011). **Hematological and immunological effects of stress of air traffic controllers** in northeastern Brazil. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 33 (3): 195-201.

Robbins, S., Hudge, T. & Sobral, F. (2010). **Comportamento Organizacional: teoria e prática no contexto brasileiro**. 14ª. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Rossi, A., Quic, J. & Perrewé, P. (2009). **Stress e qualidade de vida no trabalho: o positivo e o negativo**. São Paulo: Atlas.

Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Ministério da Educação; & Assessoria de Comunicação Social. (2005). **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA**, Brasília.

Secretaria Especial dos Direitos Humanos. (2006). **Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE**. Brasília: junho.

Tanganelli, M. (2003). **O treino do controle do stress aplicado a mulheres**. In Lipp, M. *Mecanismos neuropsicofisiológicos de stress: teoria e aplicações clínicas* (pp.205-210). São Paulo: Casa do Psicólogo.

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

Vergara, S. (2007). **Gestão de Pessoas**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas.

**NETGRAFIA**

---

## NETGRAFIA

Aguiar, A. (2010). **O estresse ocupacional do professor do ensino superior: a relação entre os sintomas de estresse e a atividade docente em duas Instituições de Ensino Superior da cidade de Teresina-PI.** [Dissertação de Mestrado]. Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologia. Lisboa. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1204>

Alves, C. (2008). Estresse, qualidade de vida e percepção de suporte familiar em porteiros [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração Comportamento e Saúde da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru. Disponível em: <http://www2.fc.unesp.br/BibliotecaVirtual/DetalhaDocumentoAction.do?idDocumento=226>

Capitão *et al.* (2010). **Estudo dos indicadores de estresse em gerentes de bancos.** In Revista Psicologia e Saúde, v. 2, n. 2, jul-dez. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/61>

Carvalho, A. (2009). **Qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande/MS.** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, MS. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ms/index.php/PINFOR/article/viewFile/3175/3049>

Kawakame, P. e Miyadahira, A. (2004). **Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem.** Rev Esc Enferm, USP; 39(2):164-72. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/19.pdf>

Daian, M. Petroianu, A., Alberti, L. e Jeunon, E. (2010). **Estresse em cirurgias de grande porte.** In Rev Med Minas Gerais.20(4): 490-499. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=577583&indexSearch=ID>

Lipp, M. e Tanganelli, M. (2002). **Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: Diferenças entre Homens e Mulheres.** In Psicologia: Reflexão e Crítica, 15(3), pp. 537-548. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a08v15n3.pdf>

Medeiros, E. (2002). **Análise da qualidade de vida no trabalho: Um estudo de caso na área da construção civil.** [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3048/000330877.pdf>

Melo, M. **Qualidade de vida e motivação no trabalho.** Disponível em: <http://www.administradores.com.br/artigos/marketing/qualidade-de-vida-e-motivacao-no-trabalho/25825/>. Site acessado em 15 de abril de 2014.

Moreira M. (2000). **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. 100 f. Dissertação (Mestrado em Ciências).

Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4877>. Acessado em 15 de mai. 2014.

Mota, C.; Tanure, B. e Neto, A. (2008). **Estresse e sofrimento no trabalho dos executivos**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 107-130, jun. Disponível em: [http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20081029093413.pdf](http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20081029093413.pdf)

Rossi, A. M. **O Estresse e as profissões**. Folha de São Paulo, São Paulo, 22 de jun. 2007). Caderno de Empregos. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/empregos/ce2207200709.htm>

Souza, J., Carvalho, A. (2010). **Pesquisas sobre qualidade de vida, desenvolvidas no mestrado em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco**. Artigo. Psicólogo InFormação ano 14, n, 14 jan./dez.. Instituto Metodista de Ensino Superior. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ms/index.php/PINFOR/article/viewFile/2341/2329>



**ANEXOS**

---

**ANEXO A**

---

DECRETO Nº 39.268, DE 12 DE ABRIL DE 2013.

Aprova o Regulamento da Fundação de Atendimento Socioeducativo - FUNASE, e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos incisos II e IV do artigo 37 da Constituição Estadual, e tendo em vista o disposto na Lei Complementar nº 49, de 31 de janeiro de 2003, e alterações, na Lei Complementar nº 132, de 11 de dezembro de 2008, na Lei nº 14.264, de 6 de janeiro de 2011, no Decreto nº 36.102, de 18 de janeiro de 2011, na Lei nº 14.896, de 14 de dezembro de 2012, e no Decreto nº 39.055, de 16 de janeiro de 2013,

DECRETA:

Art. 1º Ficam aprovados o Regulamento e o Quadro de Cargos Comissionados e Funções Gratificadas da Fundação de Atendimento Socioeducativo - FUNASE, anexos a este Decreto.

Art. 2º Ficam redenominados os cargos, em comissão, do Quadro de Cargos Comissionados e Funções Gratificadas da Fundação de Atendimento Socioeducativo – FUNASE, a seguir especificados, mantidos os símbolos:

I - 1 (um) cargo de Diretor de Centro Socioeducativo Nível II, símbolo DAS-5, passando a denominar-se Diretor de Centro de Atendimento Socioeducativo Nível II, e

II - 1 (um) cargo de Coordenador Geral de Unidades de Internação, símbolo CAS-2, passando a denominar-se Coordenador Geral de Unidades de Internação Provisória.

Art. 3º O Manual de Serviços detalhará as atribuições e o funcionamento dos órgãos integrantes da estrutura administrativa da Secretaria de Administração, no prazo de 60 (sessenta) dias, a contar da publicação deste Decreto.

Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 5º Revoga-se o Decreto nº 30.310, de 22 de março de 2007.

Palácio do Campo das Princesas, Recife, 12 de abril do ano de 2013, 197º da Revolução Republicana Constitucionalista e 191º da Independência do Brasil.

EDUARDO HENRIQUE ACCIOLY CAMPOS

Governador do Estado

PEDRO EURICO DE BARROS E SILVA

DÉCIO JOSÉ PADILHA DA CRUZ

FRANCISCO TADEU BARBOSA DE ALENCAR

PAULO HENRIQUE SARAIVA CÂMARA

JORGE LUÍS MIRANDA VIEIRA

THIAGO ARRAES DE ALENCAR NORÕES

## ANEXO I

### REGULAMENTO DA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO – FUNASE

#### CAPÍTULO I

##### DA FINALIDADE E COMPETÊNCIA

Art. 1º A Fundação de Atendimento Socioeducativo - FUNASE, pessoa jurídica de direito público, com natureza de fundação, patrimônio próprio e autonomia administrativa e financeira, com sede e foro no Município e Comarca do Recife, capital do Estado de Pernambuco, vinculada à Secretaria da Criança e da Juventude, tem por finalidade promover, no âmbito estadual, a execução da política de atendimento aos adolescentes envolvidos ou autores de ato infracional, com privação ou restrição de liberdade, visando à sua proteção integral e à garantia dos seus direitos fundamentais, através de ações articuladas com outras instituições públicas e a sociedade civil organizada, nos termos do disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e alterações.

Art. 2º Compete à FUNASE:

I - planejar e executar as medidas sócio-educativas de semiliberdade e internação relativamente aos adolescentes envolvidos ou autores de ato infracional;

II - prestar atendimento inicial e internação provisória, visando à proteção integral e à garantia dos direitos fundamentais dos adolescentes envolvidos ou autores de ato infracional;

III - desenvolver ações articuladas com outras instituições públicas e a sociedade civil organizada, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente e no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo– SINASE.

#### CAPÍTULO II

##### DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º Para o exercício de suas competências, a Fundação de Atendimento Socioeducativo - FUNASE tem a seguinte estrutura organizacional básica:

I - ÓRGÃOS COLEGIADOS:

- a) Conselho de Administração;
- b) Conselho Fiscal;
- c) Conselho de Gestores;
- d) Comissão Permanente de Licitação;

II - ÓRGÃO DE DIREÇÃO:

- a) Presidência;

III - ORGÃOS DE APOIO:

- a) Corregedoria;
- b) Ouvidoria;
- c) Gerência Jurídica;
- d) Assessoria;
- e) Assessoria de Comunicação;
- f) Assistência Administrativa da Presidência;

**IV - ÓRGÃO DE ATIVIDADES-FIM:**

a) Diretoria Geral da Política de Atendimento:

1. Assessoria de Políticas de Atendimento Socioeducativo;
2. Gerência Técnica de Segurança;
3. Diretoria de Centro de Atendimento Socioeducativo Nível I;
4. Diretoria de Centro de Atendimento Socioeducativo Nível II;
5. Coordenadoria Geral de Unidades de Internação Provisória:
  - 5.1. Coordenadoria de Centro de Internação Provisória;
  - 5.2. Coordenadoria de Unidade de Atendimento Inicial;
6. Coordenadoria Geral de Unidades de Internação:
  - 6.1. Coordenadoria de Centro de Atendimento Socioeducativo Nível III;
7. Coordenadoria Geral de Casas de Semiliberdade:
  - 7.1. Coordenadoria de Casa de Semiliberdade;

**V - ÓRGÃOS DE ATIVIDADES-MEIO:**

a) Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação:

1. Coordenadoria de Gestão de Pessoas e Educação;
2. Coordenadoria de Folha de Pagamento;

b) Diretoria Geral de Gestão de Administração e Finanças:

1. Coordenadoria de Administração;
2. Coordenadoria de Finanças;
3. Coordenadoria de Logística;

c) Diretoria Geral de Planejamento e Orçamento:

1. Coordenadoria de Projetos e Orçamentação;
2. Coordenadoria de Monitoramento; e
3. Coordenadoria de T.I.

**CAPÍTULO III  
DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS**

Art. 4º Compete, em especial:

I - ao Conselho de Administração, órgão de gerenciamento, normatização e deliberação superior: definir e estabelecer as diretrizes gerais e a política de atuação da Fundação;

II - ao Conselho Fiscal, órgão superior consultivo, fiscalizador e de controle interno da FUNASE: revisar as contas e a administração dos recursos financeiros dos Fundos e demais ativos das operações financeiras, fiscalizar os contratos, as contratações de pessoal e editais de licitação;

III - ao Conselho de Gestores, órgão consultivo: apoiar a Presidência no processo de tomada de decisões compartilhadas, relativas a assuntos estratégicos de natureza institucional, administrativa e técnica;

IV - à Comissão Permanente de Licitação, órgão de deliberação coletiva, vinculada diretamente à Presidência: coordenar, processar e julgar os procedimentos licitatórios para aquisição de bens e serviços, no âmbito da FUNASE, nos termos da legislação vigente;

V - à Presidência: dirigir, coordenar e controlar as ações da Fundação, zelando pelo desempenho harmônico das Diretorias, Coordenações e Unidades de Atendimento;

VI - à Corregedoria: executar a correição e a inspeção, em caráter permanente ou extraordinário, das atividades e dos servidores com exercício nas unidades da FUNASE, observando e corrigindo erros, abusos, omissões e distorções; coordenar as apurações de infrações penais administrativas e disciplinares cometidas por servidores da FUNASE;

VII - à Ouvidoria: receber e examinar sugestões, reclamações, elogios e denúncias referente a procedimentos e ações de agentes, dos órgãos e entidades da FUNASE; ampliar e manter canais de comunicação entre a FUNASE e a sociedade civil; definir e propor soluções para as questões levantadas e recomendar às autoridades competentes ações e medidas administrativas e legais;

VIII - à Gerência Jurídica: promover defesa judicial e extrajudicial, ressalvada a competência da Procuradoria Geral do Estado; prestar ao Diretor Presidente todas as informações técnicas jurídicas por ele requeridas; prestar assessoramento jurídico às Diretorias e aos seus demais órgãos; analisar e elaborar defesa em processos administrativos; pronunciar-se sobre inquérito administrativo; acompanhar os processos judiciais de interesse da FUNASE; analisar e elaborar contratos, convênios e outros instrumentos de sua competência; pronunciar-se sobre rescisão, prorrogação e alteração de contratos, convênios e outros instrumentos; emitir parecer sobre assuntos de natureza jurídica; examinar os editais e minutas de contratos nos procedimentos licitatórios, inclusive processos de dispensa e inexigibilidade de licitação; assessorar às reuniões dos Órgãos Consultivo e Deliberativo e da Diretoria;

IX - à Assessoria: assessorar a Presidência, as diretorias e coordenadorias da FUNASE com fornecimento de informações técnica, levantamento e análise de dados, e em assuntos de natureza técnica;

X - à Assessoria de Comunicação: assessorar a Presidência na coordenação da política de comunicação da instituição; estabelecer em parceria com os gestores a política de divulgação das ações; coordenar o fluxo interno e externo de informações; desenvolver projetos de campanhas publicitárias; coordenar campanhas educativas e de prevenção, produzir material de divulgação de eventos, comunicação interna, responsabilizar-se pela alimentação do site oficial; sugerir pautas e estabelecer relacionamento com a imprensa;

XI - à Assistência Administrativa da Presidência: assistir a Presidência, as diretorias e coordenadorias da FUNASE em questões de natureza administrativa ou de gestão;

XII - à Diretoria Geral da Política de Atendimento: elaborar e assegurar a execução do Programa Socioeducativo; estabelecer diretrizes para o planejamento, monitoramento e avaliação operacional das unidades de atendimento; promover intercâmbio de informações com entidades não governamentais e governamentais da União, Estados e Municípios; assegurar a difusão da metodologia necessária ao funcionamento do sistema de atendimento, instrumentalizando as unidades de atendimento; subsidiar o Planejamento Institucional e assessorar a Presidência nos assuntos relativos à sua área de atuação;

XIII - Assessoria de Políticas de Atendimento Socioeducativo: assistir e assessorar a Diretoria Geral da Política de Atendimento na execução do Programa Socioeducativo e no planejamento, monitoramento e avaliação operacional das unidades de atendimento;

XIV - à Gerência Técnica de Segurança: assessorar a presidência, a Diretoria Geral da Política de Atendimento e coordenadorias de unidades na segurança interna e externa, na organização, planejamento, acompanhamento e avaliação sistemática das ações concernentes à contenção e segurança das unidades de atendimento;

XV - à Diretoria de Centro de Atendimento Socioeducativo Nível I: coordenar unidades de internação de alta complexidade, garantir o cumprimento do regimento interno e o regulamento disciplinar; representar publicamente a unidade; convocar e presidir reunião do corpo funcional, delegar competências funcionais;

XVI - à Diretoria de Centro de Atendimento Socioeducativo Nível II: coordenar unidades de internação de média complexidade; garantir o cumprimento do regimento interno e o regulamento disciplinar; representar publicamente a unidade; convocar e presidir reunião do corpo funcional e delegar competências funcionais;

XXVII - à Coordenadoria Geral de Unidades de Internação Provisória: assessorar e monitorar os trabalhos desenvolvidos nas Coordenadorias de Centro de Internação Provisória e nas Coordenadorias de Unidade de Atendimento Inicial, auxiliando nos ajustes necessários para a execução do programa socioeducativo;

XXVIII - à Coordenadoria de Centro de Internação Provisória: coordenar unidades de Internação Provisória; garantir o cumprimento do regimento interno e o regulamento disciplinar da unidade; representar publicamente a unidade; convocar e presidir reunião do corpo funcional;

XXIX - à Coordenadoria de Unidade de Atendimento Inicial: coordenar unidades de Atendimento Inicial; garantir o cumprimento do regimento interno e o regulamento disciplinar da unidade; representar publicamente a unidade; convocar e presidir reunião do corpo funcional;

XX - à Coordenadoria Geral de Unidades de Internação: assessorar e monitorar os trabalhos desenvolvidos nas Coordenadorias de Centro de Atendimento Socioeducativo, auxiliando nos ajustes necessários para a execução do Programa Socioeducativo;

XXI - à Coordenadoria de Centro de Atendimento Socioeducativo Nível III: coordenar unidades de internação de baixa complexidade; garantir o cumprimento do regimento interno e o regulamento disciplinar; representar publicamente a unidade; convocar e presidir reunião do corpo funcional;

XXII - à Coordenadoria Geral de Casas de Semiliberdade: assessorar e monitorar os trabalhos desenvolvidos nas Coordenadorias de Casas de Semiliberdade, auxiliando nos ajustes necessários para a execução do Programa Socioeducativo;

XXIII - à Coordenadoria de Casa de Semiliberdade: coordenar casa de semiliberdade; garantir o cumprimento do regimento interno e o regulamento disciplinar; representar publicamente a unidade; convocar e presidir reunião do corpo funcional;

XXIV - à Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação: elaborar e propor políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área do adolescente privado ou com restrição de liberdade e acompanhar a sua execução; planejar, organizar, gerir, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação; promover a articulação com os órgãos educacionais; planejar e coordenar ações de integração no âmbito da instituição; promover a gestão de políticas de movimentação, desenvolvimento, dimensionamento e a seleção do quadro de pessoal e valorização dos recursos humanos; identificar as necessidades de capacitação; acompanhar e realizar o controle da gestão da administração de pessoal;

XXV - à Coordenadoria de Gestão de Pessoas e Educação: coordenar e implementar as diretrizes e normas que regulamentam a gestão de pessoas; realizar e acompanhar os processos de movimentação de pessoal; coordenar e desenvolver sistemas de avaliação de desempenho funcional; planejar e coordenar ações de integração e aperfeiçoamento das atividades relativas ao desenvolvimento de pessoas; identificar as necessidades de capacitação; selecionar, acompanhar e avaliar os estagiários encaminhados pelos órgãos competentes, conforme legislação em vigor, em suas áreas de atuação; assessorar a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação em matéria de sua competência;

XXVI - à Coordenadoria de Folha de Pagamento: coordenar, implantar, propor e gerir a folha de pagamento no âmbito da instituição, observando os processos de movimentação de pessoal; assessorar a Diretoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação em matéria de sua competência;

XXVII - à Diretoria Geral de Gestão de Administração e Finanças: coordenar e supervisionar a execução de atividades relacionadas com os sistemas estaduais de administração financeira e serviços gerais; promover a articulação e orientação das diversas áreas de atividades quanto ao cumprimento das normas administrativas e financeiras estabelecidas; gerir contratos e processos licitatórios para a contratação e aquisição de insumos, bens e serviços; gerenciar o processo de distribuição e armazenamento de insumos para a instituição; planejar, coordenar e supervisionar a execução das atividades relacionadas à frota de veículos;

XXVIII - à Coordenadoria de Administração: planejar, coordenar, supervisionar e acompanhar as atividades de patrimônio, de aquisição de bens e serviços, insumos, laboratório, farmácia, arquivo e portaria;

XXIX - à Coordenadoria de Finanças: planejar, supervisionar, coordenar e acompanhar a execução financeira e a respectiva prestação de contas; acompanhar contratos e processos licitatórios e suas prestações de contas; realizar as emissões de cheques, ordens e remessas bancárias; contabilizar todos os pagamentos realizados provenientes de convênios ou do tesouro estadual; realizar e monitorar o fluxo de caixa das contas; conciliar as contas bancárias; realizar a guarda das prestações de contas de todas as fontes, tudo respeitando a legislação vigente;

XXX - à Coordenadoria de Logística: supervisionar e executar as atividades de logística, o controle do almoxarifado, serviços de limpeza e conservação, engenharia, controle e manutenção da frota de veículos;

XXXI - à Diretoria Geral de Planejamento e Orçamento: desenvolver as atividades relacionadas com planejamento estratégico, operacional e orçamentário; monitorar as ações, tecnologia e gestão da informação e modernização institucional;

XXXII - à Coordenadoria de Projetos e Orçamentação: coordenar o processo de elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos legais de planejamento; acompanhar a execução das ações previstas no PPA; coordenar e executar programação orçamentária; orientar, acompanhar e supervisionar as atividades relativas a gestão e controle de convênios e suas prestações de contas; coordenar a elaboração de relatórios e outras solicitações governamentais; assessorar a diretoria de planejamento e orçamento e demais gestores na formulação de propostas, diretrizes e estratégias na área de orçamentação;

XXXIII - à Coordenadoria de Monitoramento: monitorar, avaliar e produzir informações e relatórios estratégicos; implantar, manter e atualizar as bases de dados referentes aos indicadores de desempenho definidos pelas diversas áreas; planejar e coordenar a capacitação em metodologias de monitoramento e avaliação; implementar sistemas de monitoramento e avaliação baseados em tecnologia da informação; e

XXXIV - à Coordenadoria de T.I: planejar, coordenar e executar as atividades de informática; planejar, coordenar e executar as atividades técnicas de suporte da informática para padronizar a implantação de normas técnicas e segurança de rede; treinar, orientar e apoiar os usuários de equipamentos de informática; prestar suporte técnico e serviços de manutenção, assistência e orientação relativos ao uso de equipamentos e programas de apoio de informática; administrar o desenvolvimento ou a aquisição de sistemas relativos as diversas atividades; prestar apoio e assessoramento geral a implantação de sistemas e processos de informatização; elaborar planos, projetos e programas de trabalho para execução da política de informática; proceder a levantamento de informações e análise de processos para aperfeiçoamento dos sistemas aplicativos, computadorizados, utilizados pelas diversas unidades.

#### **CAPÍTULO IV**

#### **DA COMPOSIÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS ÓRGÃOS COLEGIADOS**

Art. 5º O Conselho de Administração tem a seguinte composição:

I - Secretário da Criança e Juventude, como o Presidente;

II - Diretor Presidente da Fundação de Atendimento Socioeducativo - FUNASE, como o Secretário Executivo;

III - Representante dos funcionários da Fundação de Atendimento Socioeducativo - FUNASE, indicado em assembléia;

IV - Representante da Secretaria da Fazenda;

V - Representante da Secretaria de Administração;

VI - Representante da Secretaria de Educação;

VII - Representante da Secretaria de Saúde; e

VIII - Representante da Secretaria de Planejamento e Gestão.

§ 1º O mandato dos membros do Conselho de Administração será de 02 (dois) anos, permitida a recondução por igual período.

§ 2º A função de membro do Conselho de Administração não será remunerada a qualquer título.



Art. 6º O Conselho Fiscal da FUNASE será composto por 03 (três) membros titulares e respectivos suplentes, representantes dos órgãos discriminados a seguir, nomeados pelo Governador do Estado para um mandato de 02 (dois) anos, permitida a recondução por igual período:

I - Secretaria da Fazenda;

II - Secretaria de Administração; e

III - Secretaria da Criança e Juventude.

§ 1º Compete aos membros do Conselho Fiscal a eleição do seu Presidente, na reunião de instalação.

§ 2º A função de membro do Conselho Fiscal não será remunerada a qualquer título.

Art. 7º O Conselho de Gestores será composto pelo Diretor Presidente, pelos demais Diretores e Coordenadores da Fundação de Atendimento Socioeducativo - FUNASE e por outros gestores designados pelo Diretor Presidente, mediante portaria.

Art. 8º Os Conselhos de Administração e Fiscal da FUNASE organizam-se e estruturam-se na forma dos seus regulamentos específicos, observados as competências, diretrizes e disposições contidas em lei.

## **CAPÍTULO V DOS RECURSOS HUMANOS**

Art. 9º À Fundação de Atendimento Socioeducativo - FUNASE, para o desempenho das funções que lhes são atribuídas, são alocados os cargos comissionados e as funções gratificadas constantes do Anexo II do Decreto que aprova este Regulamento.

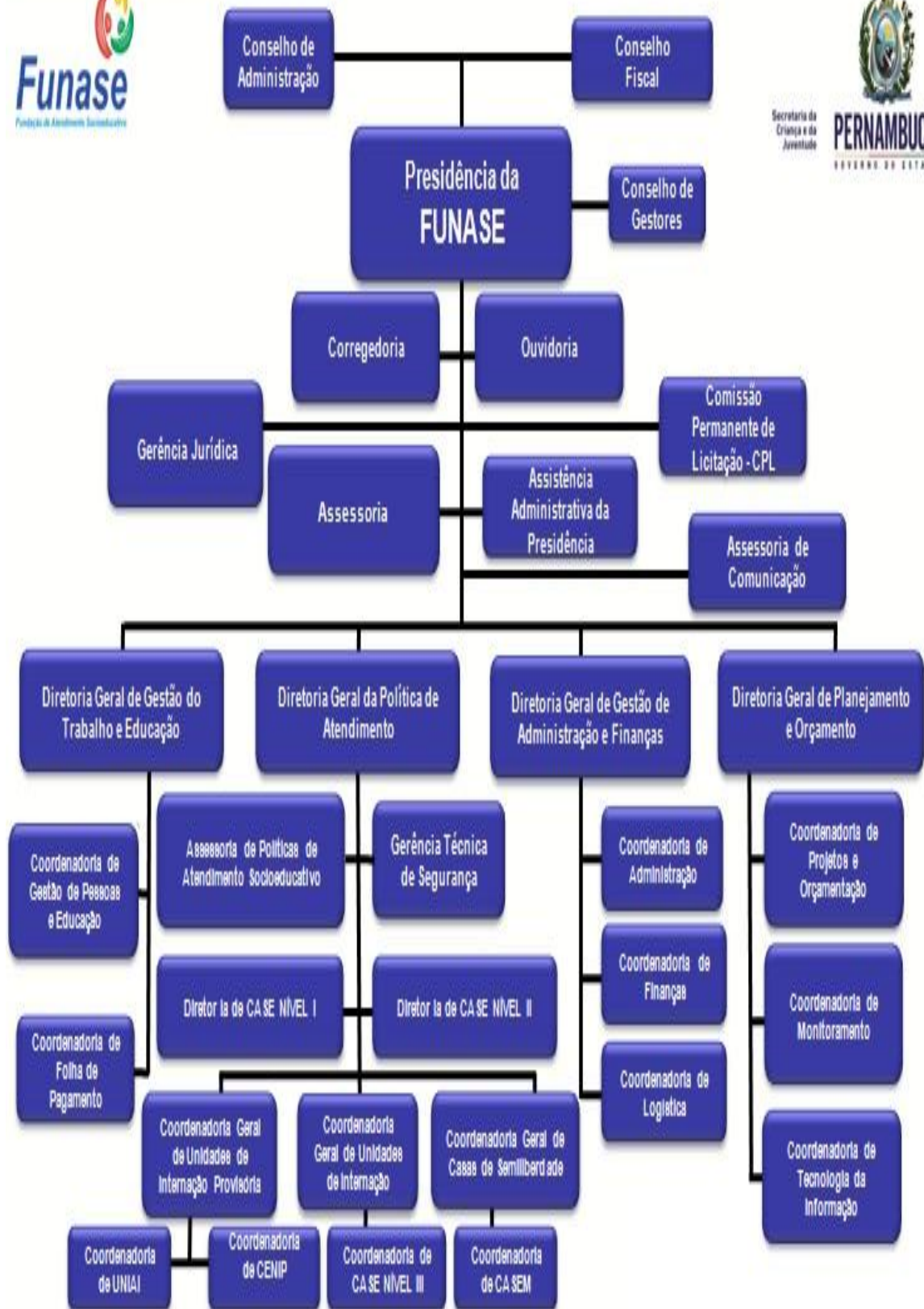
Parágrafo único. Os cargos comissionados serão providos por ato do Governador do Estado e as funções gratificadas atribuídas por portaria do Diretor Presidente. ]

## **CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 10. Os casos omissos neste Regulamento serão dirimidos pelo Diretor-Presidente da FUNASE, ouvido o Conselho de Administração e respeitada a legislação estadual aplicável.

**ANEXO B**

---



**ANEXO C**

---

**DIRETORIA GERAL DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO**  
**COORDENADORIA DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**

**ÁREA SOCIOEDUCATIVA**

Data: 30 / 09 / 2014

REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO	UNIDADE DE ATENDIMENTO INICIAL	CAPACIDADE	FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO
METROPOLITANO – RDM	UNIAI – Recife	15	12 a 18 anos	14
<b>SUBTOTAL UNIAI</b>		<b>15</b>	<b>-</b>	<b>14</b>

REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO	UNIDADES DE INTERNAÇÃO PROVISÓRIA	CAPACIDADE	FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO
METROPOLITANO – RDM	CENIP – Santa Luzia – Recife (F)	20	12 a 18 anos	27
	CENIP – Recife	90	12 a 18 anos	200
AGRESTE CENTRAL – RDAC	CENIP – Caruaru	60	12 a 18 anos	51
MOXOTÓ – RDMX	*CASE/CENIP – Arcoverde	05**	12 a 18 anos	07
AGRESTE MERIDIONAL – RDAM	*CASE/CENIP – Garanhuns	18	12 a 18 anos	27
SÃO FRANCISCO – RDSF	CENIP – Petrolina	33	12 a 18 anos	20
<b>SUBTOTAL INTERNAÇÃO PROVISÓRIA</b>		<b>226</b>	<b>-</b>	<b>332</b>

REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO	UNIDADES DE INTERNAÇÃO	CAPACIDADE	FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO
METROPOLITANO – RDM	CASE – Santa Luzia – Recife (F)	20	12 a 18 anos	26
	CASE – Abreu e Lima	98	15 a 17 anos	217
	CASE – Cabo de Santo Agostinho	166	17 a 21 anos	397
	CASE – Jaboatão dos Guararapes	72	12 a 15 anos	61
MATA NORTE – RDMN	CASE – Timbaúba	60	15 a 17 anos	28
MATA SUL - RDMS	CASE – Vitória de Santo Antão	72	15 a 16 anos	75
AGRESTE CENTRAL – RDAC	CASE – Caruaru	100	12 a 18 anos	145
MOXOTÓ – RDMX	*CASE/CENIP – Arcoverde	21**	12 a 18 anos	50
AGRESTE MERIDIONAL – RDAM	*CASE/CENIP – Garanhuns	35	12 a 18 anos	62
SÃO FRANCISCO – RDSF	CASE – Petrolina	40	12 a 18 anos	46
<b>SUBTOTAL INTERNAÇÃO</b>		<b>684</b>	<b>-</b>	<b>1.107</b>

REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO	UNIDADES DE SEMILIBERDADE	CAPACIDADE	FAIXA ETÁRIA	POPULAÇÃO
METROPOLITANO – RDM	CASEM – Santa Luzia – Recife (F)	20	12 a 18 anos	13
	CASEM I – Recife	20	12 a 18 anos	52
	CASEM II – Recife	20	12 a 18 anos	29
	CASEM – Jaboatão dos Guararapes	20	12 a 16 anos	24
AGRESTE CENTRAL – RDAC	CASEM – Caruaru	20	12 a 18 anos	13
AGRESTE MERIDIONAL – RDAM	CASEM – Garanhuns	20	12 a 18 anos	18
SÃO FRANCISCO – RDSF	CASEM – Petrolina	20	12 a 18 anos	09
<b>SUBTOTAL SEMILIBERDADE</b>		<b>140</b>	<b>-</b>	<b>158</b>

<b>TOTAL</b>	<b>CAPACIDADE TOTAL</b>	<b>1.065</b>
	<b>POPULAÇÃO/DIA</b>	<b>1.611</b>

**ANEXO D**

---

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Autorização para sua inclusão no estudo sobre: STRESSE E QUALIDADE DE VIDA EM ESTORES DA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PERNAMBUCO – FUNASE/PE

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

Investigadora: Letícia Maria Costa de Sousa

### **1. PROPOSTA DO ESTUDO**

Você está convidado a participar de um estudo sobre: STRESSE E QUALIDADE DE VIDA EM ESTORES DA FUNDAÇÃO DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO DE PERNAMBUCO – FUNASE/PE

### **2. EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**

Sua participação será submeter-se a uma avaliação psicológica de estresse e qualidade de vida, contendo 2 (dois) testes diferenciados e 1 (um) questionário de dados socio-demográficos.

### **3. POSSÍVEIS RISCOS E DESCONFORTOS**

Os procedimentos poderão trazer desconfortos ao sujeito da pesquisa, considerando a atenção que necessitam dispensar ao se submeter a responder aos testes de atenção mencionados na metodologia deste projeto, além do cansaço físico e mental que podem decorrer desse processo.

### **4. BENEFÍCIOS**

O benefício primordial para os gestores participantes desta pesquisa será o conhecimento das suas condições físicas e mentais, das explicações científicas e de como devem proceder, com vistas à minimização/prevenção do estresse no trabalho e a melhoria da qualidade de vida pessoal e profissional.

### **5. RETIRADA DO ESTUDO**

A participação dos gestores é voluntária, podendo retirar-se dele, por qualquer motivo, sem nenhum prejuízo pessoal.

### **6. CONFIDENCIALIDADE**

As informações fornecidas nos testes psicológicos serão mantidas em total sigilo. Os resultados deste estudo poderão ser divulgados em congressos, revistas na área de saúde, administração de empresas ou eventos científicos sem que o seu nome seja citado.

### **7. DECLARAÇÃO DO SUJEITO AVALIADO**

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

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

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

-----  
**Assinatura do sujeito/responsável**

-----  
**Assinatura do pesquisador**

-----  
Assinatura da 1ª. testemunha

-----  
Assinatura da 2ª. testemunha

Caso surja alguma dúvida, favor entrar em contato com a Sra. Marineide da Silva Batista no telefone (81) 92822105; e-mail 9983 4867; e-mail: mari30\_batista@Yahoo, ou à Rua Professor Souto Maior, 33 – Apto. 405 – Casa amarela, Recife.



**ANEXO E**

---

## INVENTARIO DE QUALIDADE DE VIDA

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

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

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

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

#### Correção do teste

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

Quadrante Afetivo – Some 1 ponto por respostas positivas. Resultados acima de 8 indicam sucesso na área afetiva.

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

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

Complete o quadro abaixo colocando um X nas colunas sim ou não para indicar se tem sucesso ou não nas áreas avaliadas e anote estes dados no formulário *Resumo de auto-avaliação* constante do capítulo 8.

	SIM	NAO
Social		
Afetivo		
Profissional		
De saúde		

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

**ANEXO F**

---



**QUADRO 1a**

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

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

**QUADRO 1b**

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

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

**QUADRO 2a**

a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

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

**QUADRO 2b**

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

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

**QUADRO 3a**

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

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

**QUADRO 3b**

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

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



**ANEXOS**  
**G-H-I-J-L-M-N-O**

---

## REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO METROPOLITANO – RDM

Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE/Abreu e Lima



### ANEXO G

Fonte: Assessoria de Comunicação da FUNASE

Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE/Cabo de Santo Agostinho



### ANEXO H

Fonte: Assessoria de Comunicação da FUNASE

Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE/Jaboatão dos Guararapes



### ANEXO I

Fonte: Assessoria de Comunicação da FUNASE

Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE/Santa Luzia (Recife)



**ANEXO J**

Fonte : Assessoria de Comunicação da FUNASE

**REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO DO SERTÃO DO MOXOTÓ - RDSM**

Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE/Arcoverde



**ANEXO L**

Fonte : Assessoria de Comunicação da FUNASE

**REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO DO AGRESTE CENTRAL – RDAC**

Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE/Caruaru



**ANEXO M**

Fonte: Assessoria de Comunicação da FUNASE

**REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO DO AGRESTE MERIDIONAL – RDAM**  
**Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE/Garanhuns**



**ANEXO N**

Fonte: Assessoria de Comunicação da FUNASE

**REGIÃO DE DESENVOLVIMENTO DO SERTÃO DE SÃO FRANCISCO – RDSSF**  
**Centro de Atendimento Socioeducativo – CASE/Petrolina**



**ANEXO O**

Fonte: Assessoria de Comunicação da FUNASE