

NANCY JULIETA INOCENTE

Este exemplar corresponde à versão final da **Tese de Doutorado** apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Ciências Biomédicas do(a) aluno(a) **Nancy Julieta Inocente**.
Campinas, 25 de fevereiro de 2005.

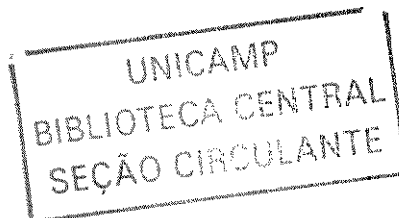
Prof(a). Dr(a). Rubens Reimão
Orientador(a)



**SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFESSORES
UNIVERSITÁRIOS DO VALE DO PARAÍBA, (SP)**

CAMPINAS

2005



NANCY JULIETA INOCENTE

**SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFESSORES
UNIVERSITÁRIOS DO VALE DO PARAÍBA (SP)**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do título de Doutor em Ciências
Médicas, área de concentração em Saúde Mental*

Orientador: Prof. Dr. Livre-Docente Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão

CAMPINAS

2005

E 13c
MADA 7/UNICAMP
In 7s
EX
BCI 65198
16.1.00086.05
14.00
11/08/05

id - id 360303

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira CRB: 8º/6044**

In7s

Inocente, Nancy Julieta

Síndrome de Burnout em professores universitários do Vale do
Paraíba (SP) / Nancy Julieta Inocente. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Burnout (Psicologia). 2. Depressão. 3. Professores
Universitários. 4. Distúrbios do sono. 5. Ambiente de trabalho. 6.
Recompensa (Psicologia). 7. Saúde e trabalho. I. Reimão, Rubens, 1952-
Nelson Amaral de Assis. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Livre-Docente Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão

Membros:

- 1. Prof. Livre-Docente Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão**
- 2. Profa. Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães**
- 3. Prof. Dr. José Carlos Rosa Pires de Souza**
- 4. Profa. Dra. Sueli Regina Rossini**
- 5. Profa. Dra. Maria Elenice Quelho Areias**

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data da Defesa da Tese: 25 de Fevereiro de 2005

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo às memórias dos seguintes entes queridos:

Meu pai, Jean Baptiste Mattei (o querido “vovô Zique”) que, em sua infinita bondade, permitiu-me fazer duas faculdades ao mesmo tempo e de minha livre escolha (Psicologia e Serviço Social), quando tantos neste país não têm nenhuma instrução sequer.

Minha irmã, Maria Aparecida Souto Mattei Faria (Sissi), que foi sempre amiga e incentivadora de meus estudos, desde a adolescência.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Livre-Docente Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão, Neurologista do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro dos Distúrbios do Sono, por sua orientação, confiança e incentivo na realização deste trabalho.

À Professora Dra. Liliana A. M. Guimarães, coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho (LSMT), com quem aprendi muito sobre a saúde do trabalhador.

Ao colegas do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho (LSMT) da UNICAMP, pelos grandes momentos vividos e pela troca de experiências.

Aos doutores que aceitaram compor a banca examinadora deste trabalho.

Aos professores do Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UNICAMP, pelo aprendizado.

Ao grupo de Comitê de Ética em pesquisa da FCM – UNICAMP, pela análise do projeto.

À Diretoria do Apoio Didático, Científico e Computacional da UNICAMP, pela editoração da tese.

Às funcionárias Mônica Aparecida Cintra Garcia de Almeida e Marcia Aguiar dos Santos, funcionárias do Curso de Pós-Graduação da FCM, pela colaboração.

Aos colegas de doutorado, pelos prazerosos momentos de convívio e estímulo.

Aos professores que participaram desta pesquisa, pela colaboração imprescindível.

À Universidade de Taubaté e à Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade de Taubaté, Professora Dra. Maria Júlia Ferreira Xavier Ribeiro, agradeço pela política de incentivo à formação de docentes e pelo apoio recebido durante a realização do curso.

Ao Coronel engenheiro Pedro Inocente, meu esposo, responsável pela escolha, orientação e condução da análise estatística deste estudo, pela dedicação, incentivo, paciência, minha eterna gratidão.

A minha querida mãe, Clara Souto Mattei, e a meus irmãos e parentes, pela compreensão.

Aos meus filhos, Janine, Bruno e Clara, pelo carinho recebido.

	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>xxxi</i>
ABSTRACT	<i>xxxv</i>
RÉSUMÉ	<i>xxxix</i>
1 - INTRODUÇÃO	43
1.1 - A Saúde Mental	45
1.2 - Estresse Ocupacional	48
1.3 - Síndrome de <i>Burnout</i>	57
1.4 - Distúrbio da Depressão	76
1.5 - Distúrbio do Sono	88
2 - OBJETIVOS E HIPÓTESES	101
2.1 - Objetivo Geral	103
2.2 - Objetivos Específicos	103
2.3 - Hipóteses Investigadas	103
3 - MÉTODOS	105
3.1 - Pesquisa	107
3.2 - Sujeitos da amostra	107

3.3 - Critérios de inclusão e exclusão da amostra.....	107
3.4 - Delineamento da pesquisa.....	107
3.5 - Instrumentos.....	108
3.6 - Procedimentos.....	111
3.7 - Recursos humanos e materiais.....	111
3.8 - Análise e Processamento de Dados.....	112
4 - RESULTADOS.....	129
4.1 - Determinação do Perfil da Amostra.....	131
4.2 - Análise de Confiabilidade dos Itens do Questionário do Sono.....	142
4.3 - Exclusão/Redução de Variáveis.....	142
4.4 - Coeficientes de Correlação e de Determinação.....	143
4.5 - Resultados da Análise de Regressão Múltipla.....	147
4.6 - Resultados das Análises de Variância de um Fator e dos Testes de Scheffé.....	148
4.7 - Maiores e Menores Escores dos Distúrbios.(e Relacionamentos entre eles).....	150
4.8 - Resumo dos Resultados dos Testes de Independências/Dependências Entre Variáveis e Distúrbios.....	154
4.9 - Resumo dos Resultados quanto aos Distúrbios.....	159
4.10 - Confrontação dos Resultados da Análise Estatística com os Objetivos da Tese.....	172

4.11 - Confrontação dos Resultados da Análise Estatística com as Hipóteses da Tese.....	177
5 - DISCUSSÃO.....	181
6 - CONCLUSÃO.....	201
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	207

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	Associação Psiquiátrica Americana.
Cat.	Categorias.
Correl.	Correlação.
Desp. Despersonaliz.,	Despersonalização.
DPM	Distúrbio Psiquiátrico Menor.
EE	Exaustão Emocional.
ERI	<i>Effort Reward Imbalance</i> (Desequilíbrio Esforço Recompensa)
Esf.	Esforço.
e.s.	estatisticamente significativa.
e.n.s.	estatisticamente não significativa.
Esf	Esforço.
ERI	Desequilíbrio Esforço Recompensa.
HTPS	Horas Trabalhadas por Semana.
IBD	Inventário Beck de Depressão.
IBM	Inventário de <i>Burnout</i> de Maslach.
ISCD	<i>International Classification of Sleep Disorders</i> . (Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono).
FRP	Falta de Realização Profissional.

LR	Taxa de Verossimilhança.
Licenc.	Licenciado.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
Prof. Assist.	Professor Assistente.
Prof. Adj.	Professor Adjunto.
Prop. Afet.	Proporção (de Professores) Afetados.
QDIA	Questionário de Dados de Identificação da Amostra.
QDQL	Quantidade de Disciplinas que Leciona.
QIEQL	Quantidade de Instituições Em Que Leciona.
QSA	Questionário do Sono do Adulto.
PGEA	variável independente Pós-Graduação em Andamento
Trat. Psico.	Tratamento Psicológico.
Trat. Psiq.	Tratamento Psiquiátrico.
TTSDC	variável independente Tempo Total de Serviço como Docente
Rec.	Reconhecimento.
Recomp.	Recompensa.
Realiz.	Realização.
VGLZ	<i>Visual Generalized Linear Model</i> (Modelo Visual Linear Generalizado).
VGLM	<i>Visual General Linear Model</i> (Modelo Visual Linear Geral).
Superc., Supercomprom.	Supercomprometimento.

LISTA DE NOTAÇÕES

α	- Alfa de Cronbach.
β	Coeficiente Beta (de uma análise de regressão múltipla).
GL	Graus de Liberdade.
r	Coeficiente de Correlação de Pearson.
r^2	Coeficiente de Determinação.
N	Direção de Correlação Negativa.
T	Turno, Tempo.
q	Porcentagem com que não se verifica um distúrbio.
P	Direção de Correlação Positiva.
p	Porcentagem com que se verifica um distúrbio.
σ	Nível de Confiança, Desvio Padrão.
n	Tamanho da Amostra.
H₀	Hipótese Nula
H₁	Hipótese Alternativa.
OR	<i>Odds Ratio</i> . (É uma estimativa do risco relativo calculado para estudos de casos e controles. É o risco que o paciente tenha sido exposto a um dado fator de risco, dividido pelo risco de que os controles tenham sido expostos ao mesmo fator de risco).

LISTA DE TABELAS

	<i>Pág.</i>
Tabela 1 - Tipos de faculdades e número de docentes do Brasil em 2000.....	113
Tabela 2 - Tipos de Faculdade e Número de Docentes no Brasil em 2002.....	114
Tabela 3 - Tipos e números de Instituições de Ensino Superior.....	114
Tabela 4 - Faculdades da Região do Rio Paraíba.....	115
Tabela 5 - Componentes e prevalências do <i>Burnout</i>	116
Tabela 6 - Classificações dos Escores dos Diversos Distúrbios.....	120
Tabela 7 - Coeficientes de correlação e de determinação.....	127
Tabela 8 - Classificação dos Escores do Distúrbio do Sono.....	135
Tabela 9 - Classificação dos Escores do Distúrbio da Depressão.....	136
Tabela 10 - ERI - Esforço e Recompensa no Trabalho: Classificação dos Riscos.	136
Tabela 11 - Porcentagens das Escalas do ERI: Esforço e Recompensa.....	137
Tabela 12 - ERI - Supercomprometimento no Trabalho: Classificação dos Riscos.....	138
Tabela 13 - Porcentagens das Escalas do ERI: Necessidade de Aprovação, Competitividade, Irritação Desproporcional e Dificuldades em Desligar-se do Trabalho.....	139
Tabela 14 - Classificação dos Escores do Distúrbio da Exaustão Emocional.....	140

Tabela 15 - Classificação dos Escores do Distúrbio da Falta de Realização Profissional.....	140
Tabela 16 - Classificação dos Escores do Distúrbio da Despersonalização.....	141
Tabela 17 - Independências Entre Variáveis e Distúrbios.....	155
Tabela 18 - Dependências Entre Variáveis e Distúrbios.....	156
Tabela 19 - Independências Entre Variáveis e Distúrbios.....	157
Tabela 20 - Dependências Entre Variáveis e Distúrbios.....	158

LISTA DE QUADROS

	<i>Pág.</i>
Quadro 1 - Maiores e Menores Escores dos Distúrbios do Sono e da Depressão..	151
Quadro 2 - Maiores e Menores Escores dos Distúrbios: Risco Esforço Recompensa, Risco de Supercomprometimento e Exaustão Emocional.....	152
Quadro 3 - Maiores e Menores Escores dos Distúrbios: Falta de Realização Profissional e Despersonalização.....	153

RESUMO

INOCENTE, N. J. SÍNDROME DE *BURNOUT* EM PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DO VALE DO PARAÍBA (SP). Tese de Doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2005.

O objetivo do presente estudo foi verificar a influência que os níveis de esforço-recompensa e de supercomprometimento no trabalho exercem na saúde mental de professores universitários com relação à vulnerabilidade ao desenvolvimento de *Burnout*, depressão e distúrbios do sono. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal e correlacional. A amostra foi composta de 510 professores universitários, de ambos os sexos, que estavam em exercício profissional e que pertenciam às instituições de ensino superior localizadas em cidades paulistas do Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo. Na coleta de dados foram utilizados cinco instrumentos: Questionário de Dados de Identificação da Amostra; Inventário BECK de Depressão; Questionário de Desequilíbrio Esforço-Recompensa no Trabalho; Questionário de Sono do Adulto; Inventário de *Burnout* de MALASCH. Os resultados obtidos foram analisados por meio de técnicas de análise de regressão múltipla e modelo linear generalizado com função de ligação logarítmica, seguindo-se análise de variância e teste *post hoc* de SCHEFFÉ. Os principais resultados foram: os níveis de esforço e recompensa, exceto supercomprometimento, exerceram influências nos distúrbios do *Burnout*, da depressão e do sono. Apenas a variável independente área acadêmica foi preditiva de cinco distúrbios diferentes, dentre os sete estudados. A prevalência dos Distúrbios do Sono (insônia e queixas do sono), da Depressão e do *Burnout*, entre os professores universitários da amostra, foram maiores do que as da população em geral. O ambiente de trabalho onde há equilíbrio entre os níveis de esforço e recompensa sugere que haverá menos distúrbios da Síndrome de *Burnout*, depressão e sono.

Palavras-chave: *Burnout*, Sono, Depressão, Esforço-Recompensa, Supercomprometimento, Saúde Mental, Professores Universitários.

ABSTRACT

INOCENTE, N.J. BURNOUT SYNDROME OF PROFESSORS FROM PARAIBA VALLEY (SP). Doctoral Thesis. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2005.

The objective of the present study was to check the influence that the levels of effort-reward and overcommitment at work have on the mental health of professors in relation to the vulnerability to the development of *Burnout*, depression and sleep disorder. It is a cross-sectional correlative and descriptive research. The sample consisting of 510 professors, of both genders, that were in professional practicing and belonged to institutions of higher education, located in the cities of Vale do Paraíba, in the State of São Paulo. In the collection of data five instruments have been used: Data Questionnaire of Identification of the Sample; BECK Inventory of Depression; Questionnaire of Effort-Reward Imbalance at Work; Questionnaire of Adults' Sleep; Inventory of *Burnout* from MALASCH. The results obtained were through techniques of analysis of multiple regression and generalized linear model with logarithmic connection function followed by variance analysis and *post hoc* SCHEFFÉ test. The main results were: the levels of effort-reward, except overcommitment, had influence on the *Burnout*, depression and sleep disorder. Only the independent variable academic area was predictive from five different disorders, among the 7 ones studied. The prevalencies of Sleep (sleeplessness and sleep complaints), Depression and Burnout Disorders between the university teachers from sample were greater than the same prevalency of the general population. In the working environment where there is a balance between the levels of effort and reward it has been suggested that there will be less disorders of the *Burnout* Syndrome, depression and sleep.

Key-words: *Burnout*, Sleep, Depression, Effort-Reward, Overcommitment, Mental Health, University Professors.

RÉSUMÉ

INOCENTE, N. J. Le Syndrome d'épuisement professionnel chez les Professeurs d'Université du Vale do Paraíba (SP). Thèse de Doctorat. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2005.

L'objectif de la présente étude a été de vérifier l'influence des niveaux des efforts-récompenses et des contraintes professionnelles sur la santé mentale des enseignants universitaires, concernant leur vulnérabilité à développer un syndrome d'épuisement professionnel, de dépression et de troubles du sommeil. C'est une étude descriptive, transversale. L'échantillon était composé par 510 enseignants universitaires, des deux sexes, qui ont eu exercice professionnel et qui appartenaient aux Institutions d'Enseignement Supérieur localisées dans des villes *paulistas* du *Vale do Paraíba*, dans l'État de São Paulo. Nous avons utilisé cinq questionnaires: Le Questionnaire de données d'identification de l'échantillon, l'Inventaire de Beck de Dépression, le Questionnaire de Déséquilibre Effort-Récompense dans le Travail, le Questionnaire sur le Sommeil chez les adultes, l'Inventaire de Burnout de Malasch. Les résultats obtenus ont été analysés par de régressions multiples et par le modèle linéaire généralisé suivis d'analyses de variance et d'un test *post-hoc* de Scheffé. Les principaux résultats ont montré que: les niveaux des efforts et récompense, excepté les contraintes professionnelles, exercent des influences dans l'épuisement professionnel, la dépression et le sommeil. La variable indépendante "domaine académique" a été prédictive de cinq troubles différents, parmi les sept étudiés. La prévalence des troubles du sommeil (les insomnies et les plaintes de sommeil), de la dépression et de l'épuisement professionnel, parmi les Professeurs d'Université de l'échantillon, ont été plus élevés que la population général. Les Professeurs d'Université qui exercent dans une ambiance de travail où il existe un équilibre entre les niveaux d'effort et de la récompense ont moins de troubles d'épuisement professionnel, dépressifs et du sommeil.

Mots-clés: Épuisement professionnel, Sommeil, Dépression, Effort-récompense, Contraintes professionnelles, Santé Mentale, Professeurs d'Universitaire

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - A Saúde Mental

A Saúde Mental, negligenciada por demasiado tempo, é essencial para o bem-estar geral das pessoas. Análises efetuadas recentemente pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS, 2001) acusaram prevalência de transtornos mentais em 10% da população mundial. Hoje, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem transtornos mentais ou de comportamento, mas poucas recebem tratamento adequado. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, os transtornos mentais e de comportamento resultam de complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A definição de saúde da OMS enfatiza, não somente a ausência de doença ou enfermidade, mas também o estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 2001).

Estudiosos dão diferentes definições à Saúde Mental, e os conceitos de Saúde Mental abrangem o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência interoperacional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. No entanto, de modo geral, concorda-se quanto ao fato de que Saúde Mental é mais do que a ausência de transtornos mentais (OMS, 2001). GUIMARÃES (1992) enfatiza que o termo Saúde Mental significa, tanto o objetivo a ser alcançado, como as ações encaminhadas para atingi-lo. Ressalta que a saúde física e a saúde mental estão por vezes condicionadas ou desencadeadas por contingências socioculturais. Os critérios indicadores de Saúde Mental consistem em atitudes positivas com relação a si mesmo, integração, autonomia, percepção da realidade, domínio sobre o ambiente. Essa visão permite ressaltar o conceito de flexibilidade psicobiológica, que propõe que os seres humanos devem ser capazes de resistir a períodos de estresse e de mudança, durante a vida, superando com sucesso cada período de perturbação (STUART e LARAIA, 2001).

A Saúde Mental é difícil de ser definida, configurando-se em vários critérios, com um *continuum* indicando diferentes graus. Os transtornos mentais têm impacto na totalidade das doenças e representam um relevante problema de saúde pública (BECK e KUYKEN, 2003). Estima-se que constituam uma das epidemias deste século, devido ao incremento dos fatores adversos, tanto nos países de baixa renda, como nos do primeiro mundo (DESVIAT, 2000; STUART e LARAIA, 2001; OMS, 2001). Atualmente, o desgaste físico e mental está atingindo proporções epidêmicas entre os trabalhadores de

diversos países, em decorrência das mudanças no local de trabalho e na natureza dos empregos (MASLACH e LEITER, 1999). Portanto, necessidade de estudar o contexto de trabalho como um fator que influencia a saúde do trabalhador (FERREIRA e MENDES, 2000).

GUIMARÃES (1992) adverte que as mudanças econômicas e sociais produzidas e o impacto dos fenômenos que ocorrerão em nível mundial darão lugar à piora, particularmente, dos psicossociais, o que incidirá na saúde mental da população latino-americana. De maneira semelhante, com relação ao trabalho, o Brasil passa por mudanças políticas, econômicas e sociais que geram estresse e preocupações na classe trabalhadora. O alto índice de desemprego, demandas do próprio trabalho e forte pressão para maior produtividade acarretam aumento das alterações físicas e emocionais, (GUIMARÃES e FERREIRA JUNIOR, 2000), provocando insatisfação no trabalhador.

Diversos autores enfatizam que as condições de trabalho são fontes de bem-estar, mas podem também causar danos ou agravo à saúde, no que se refere à organização do trabalho (MCGRATH, 1976; CHALANT, 1990; SELIGMANN SILVA, 1990 a, b; 1992; 1994; 1995; 1997; MAFFEI, 1992; VÉZINA et al., 1992; WOLLWESHEIM, 1993; FIESHER, 1994; MENDES, 1995; FLETT et al., 1995; GARAY, 1996; SILVA FILHO, 1996; CARVALHO, 1997; BORGES, 1997; TENÓRIO, 1997; CIFUENTES e IBIETA, 1997; SATO, 1998; FARIA, 1998; ARANTES, 1998; MUNTANER et al., 1998; HORN et al., 1999; AREIAS, 1999; GUIMARÃES et al., 1999; BAKKER e SCHAUFELI, 2000; BAKKER, et al., 2000; FIORELLI, 2000; DUHAIME e LEPAGE, 2000; MAUSNER-DORSCH e EATON, 2000; GLINA, et al., 2001; WANG et al., 2001; GUIMARÃES e FERREIRA JUNIOR, 2000; WITTER, 2002, 2003; CAMARGO, 2002; FERENHOF e FERENHOF, 2002; CORDEIRO et al., 2003; OGEDA et al., 2004; FONTAINE et al., 2004; SIEGRIST, 2004 a; KLUSKA et al., 2004; INOCENTE, 2004; SAMPAIO e GUIMARÃES, 2004; CAMARGO e NEVES, 2004; CAMARGO e OLIVEIRA, 2004; BERAQUET, et al., 2004; GUIMARÃES, et al., 2004 a, b, c; GUIMARÃES e MATINS, 2002; SILVA, et al. 2002; CAMARGO e OLIVEIRA, 2004; BERAQUET, et al., 2004 b; CAMPOS et al., 2004; GUIMARÃES e TEIXEIRA, 2004; MARTINS, 2004; RIGOLIN e CAMARGO, 2004; AREIAS e COMANDULE, 2004).

O estresse ocupacional afeta todas as profissões e categorias de trabalhadores e figura entre as principais causas da ausência prolongada, por enfermidades, nos locais de trabalho (ÁSRBERG et al., 2004). Os novos modelos teóricos sobre o estresse ocupacional – o modelo americano, Demanda-Controle (KARASEK, 1979), e o modelo alemão, Desequilíbrio entre Esforço e Recompensa no Trabalho – reforçam a premissa de que o estresse produz impacto sobre a saúde do trabalhador (NIEDHAMMER e SIEGRIST, 1998; NIEDHAMMER e et al., 2000 a, b; BAKKER, et al., 2000; NDOYLE, 2000; ROBLES et al., 2003; INOCENTE, 2004; KLUSKA et al., 2004; FONTAINE, et al., 2004; SIEGRIST, 2002; 2004 a, b; SIEGRIST, et al., 2004; GUIMARÃES e MARTINS, 2002; GUIMARÃES et al., 2004 a; GUIMARÃES e FREIRE, 2004; FERNÁNDEZ-LÓPEZ et al., 2004; ÁSRBERG et al., 2004).

Os Distúrbios do Sono surgem em muitas alterações psiquiátricas (SOUZA et al., 1998; GUILLIN et al., 1997; BLAIS et al., 1997; HEWITT et al. 1998; MIMÉAULT e MORIN, 1999 a,b; SOUZA, 1998; SOUZA, 1999; SOUZA e GUIMARÃES, 1999; VICENTE e WALKER, 2000; ALHO FILHO, 2001; 2004; INOCENTE e REIMÃO, 2001 a; MOREIRA, 2001; MOREIRA e DOMINGOS, 2001; INOCENTE et al., 2001 a; SILVA et al., 2002; SOUZA et al., 2002; INOCENTE e REIMÃO, 2003; DUALIBI e SANTOS, 1999; 2003; SANTI e OLIVEIRA, 2004; ROCHA, 2004; LIMA e REIMÃO, 2004; STELLA e MATOS, 2004; OLIVEIRA et al., 2004; INOCENTE e REIMÃO, 2004), e são comuns nos quadros depressivos, alterando a arquitetura do sono e causando grande sofrimento emocional, comprometimento da saúde e qualidade de vida (BLAIS et al., 1997; INOCENTE, et al., 2001; ROBYN e SCOTT, 2001; ROSSINI, 2002 a,b).

A Depressão constitui um problema de saúde pública (DEL PORTO, 2000; DALGALARRONDO, 2000; BECK e KUYKEN, 2003). Considerada a primeira causa de incapacidade, dentre todos os problemas de saúde (DALGALARRONDO, 2000), repercute no ambiente de trabalho (JOCA et al., 2003; MUNTANER et al., 1998; MAUSNER-DORSCH, 2000; INOCENTE e CAMARGO, 2004) e exige uma terapia pragmática, padronizada, com eficácia comprovada (SHINOHARA, 1995; 2003; LINDEMAN et al., 1997; JURADO et al., 1998;

ITO et al., 1998; LOTUFO NETO, et al., 2001; LIMA e DERDYCK, 2001; ÁLVAREZ e MONTEZ, 2001; LEWINSOHN, et al., 2003; FREEMAN e OSTER, 2003; BECK e KUYKEN, 2003; VEGA, 2004).

A Síndrome de *Burnout* deteriora o rendimento e a produtividade, com fortes indícios de seus efeitos sobre a saúde física e emocional do trabalhador (MALASCH 1978; PERLMAN e HARTMAN, 1982; FRANÇA, 1987; REINHOLD, 1984; 2002; FRANÇA e RODRIGUES, 1996; TAMAYO, 1997; AUDÉTAT, 1998, 2000; HORN et al., 1999; CODO e MENEZES, 1999; BATISTA e ODELIUS, 1999; BATISTA e MAGALHÃES PINTO, 1999; DUHAIME e LEPAGE, 2000; GUIMARÃES e FERREIRA JUNIOR, 2000; BRENNINKMEIJER et al., 2001; FERENHOF e FERENHOF, 2002; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002; CARLOTTO e GOBBI, 2002; CAMARA, 2002; CARLOTTO, 2003 a,b; CORDEIRO, et al., 2003; BARONA, 2003; GARCIA e GARCIA, 2004; BREWER e SHAPARD, 2004; OGEDA et al., 2004; INOCENTE e REIMÃO, 2004; MUÑOZ, 2004; MORAIS et al., 2004; GUIMARÃES e CARDOSO, 2004; CAMPOS et al., 2004). A legislação previdenciária brasileira avançou, ao reconhecer que alguns fatores socioambientais colocam em risco a saúde mental, principalmente em relação aos distúrbios, como *Burnout*, estresse, depressão e alcoolismo, que já receberam reconhecimento como doenças do trabalho (CAMARGO e NEVES, 2004; RIGOLIN e CAMARGO, 2004).

1.2 - Estresse Ocupacional

Stress é um termo proveniente da física e da arquitetura. Refere-se à força aplicada a um objeto, força que pode deformá-lo ou rompê-lo. SELYE (1965) definiu-o como um conjunto de reações fisiológicas frente a qualquer forma de estímulo nocivo. Caracterizou-o como uma Síndrome Geral de Adaptação, resposta não específica a uma lesão que envolve o sistema nervoso autônomo e que é constituída de três fases: alarme - ocorre mudança do organismo frente ao estímulo, com a liberação de adrenalina, preparando o organismo para lutar ou fugir; resistência - surge quando a ação do estressor é prolongada, exigindo uma adaptação do organismo; e, exaustão - quando a energia de

adaptação do organismo se esgotou, com aumento das estruturas linfáticas e doenças (SELYE, 1965; LIPP e MALAGRIS, 1995; LIPP, 2002). A partir dessa visão biológica, no âmbito da Psicologia, o estresse faz referência a certos eventos que implicam demandas que podem esgotar os recursos de enfrentamento. No entanto, sua definição ainda tem sido controversa, com diferentes conotações, e não há uma definição que satisfaça à maioria dos investigadores (MOJA, 1998; GLINA e ROCHA, 2003, MONCADA, 2004; MUCHINSKY, 2004).

O estresse pode ser entendido: como resposta do indivíduo, produzindo mudanças fisiológicas, emocionais e comportamentais; como estímulo, capaz de provocar uma reação de estresse; e, como interação entre as características do estímulo e os recursos do indivíduo. É importante ressaltar que o estresse com um grau de intensidade adequada aumenta a eficiência do desempenho necessário para o funcionamento vital e para o desenvolvimento pessoal, chamado de *eustrés* (GUIMARÃES e FREIRE, 2004), enquanto o *distress* advém de uma interpretação negativa de uma situação, conduzindo a cognições negativas, sentimentos negativos, vividas como estressoras (FERNÁNDEZ-LÓPEZ et al. 2003; GUIMARÃES e FREIRE, 2004). Atualmente, há uma tendência em considerar o estresse como o resultado de um ajuste entre características específicas situacionais e as reações desencadeadas, nas quais o sistema nervoso simpático se coloca em situação de alerta (GUIMARÃES e FREIRE, 2004).

Os fatores psicossociais do trabalho são aquelas características da organização do trabalho que afetam a saúde das pessoas, por meio de mecanismos fisiológicos e psicológicos. Assim, o estresse ocupacional é uma consequência da exposição a fatores de riscos de natureza psicossocial relacionados com a organização do trabalho. Os professores correm risco porque ensinar requer responsabilidade, dedicação e relacionamento com os alunos e colegas de trabalho. Também estão expostos a indicadores de riscos, como:

- a) exigências psicológicas quantitativas definidas como a relação entre o trabalho e o tempo suficiente para realizá-lo - quando insuficiente, apresentam um ritmo de trabalho rápido;
- b) exigências psicológicas cognitivas - relacionadas a decisões, idéias inovadoras, a memorizar e manejar conhecimentos, e controle;
- c) exigências psicológicas emocionais, aquelas que afetam os sentimentos e requerem a capacidade de entender a situação e as

emoções dos alunos; d) exigências psicológicas de esconder as emoções – afetam, tanto os sentimentos positivos, como negativos - na prática, acometem professores, enfermeiros, assistentes sociais; e) exigências sensoriais, relacionadas com os sintomas somáticos decorrentes da profissão, como os musculares, cardíacos, esforço vocal, respiratórios (MONCADA, 2004).

Nos últimos anos, dois principais modelos teóricos do estresse ocupacional com base na Sociologia ocupacional e médica se destacaram na avaliação das características do trabalho e de seus efeitos na saúde dos trabalhadores: o primeiro, Modelo Demanda-Controle (KARASEK, 1998); e o segundo, Modelo Desequilíbrio entre Esforço e Recompensa no Trabalho - ERI (SIEGRIST, 2004 a). É importante ressaltar que os fatores de estresse no trabalho estão associados a fatores do ambiente, à organização e a fatores psicossociais do trabalho, e a reação a esses fatores depende da personalidade, experiência individual e expectativas em relação ao trabalho (GLINA e ROCHA, 2003).

No Modelo Demanda-Controle, o estresse é decorrente do desequilíbrio de todo o sistema e, particularmente, do sistema controle, formado por quatro níveis: biológico, psicoendócrino, cognitivo e funcionamento interpessoal. Incorpora três dimensões: a) demanda-controle - quanto maior a demanda e menor a latitude de decisão, maior risco à saúde; b) tensão-aprendizagem - refere-se à aprendizagem de novos padrões de comportamentos e habilidades; e, c) apoio social no trabalho - risco de natureza social relacionado com a) e constituído de três dimensões: a quantidade e qualidade de relacionamentos e o apoio instrumental que o indivíduo recebe, no trabalho, dos companheiros e superiores (MONCADA, 2004). O funcionamento psicossocial no trabalho, baseado na demanda psicológica e no controle, resulta em quatro tipos de experiências no trabalho: alta exigência do trabalho (significa alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle). O trabalho que apresenta grandes exigências, baixo controle e baixo apoio social é o que apresenta maior risco para doenças (KARASEK, 1998; ARAÚJO et al. 2003 b; FERNÁNDEZ-LÓPEZ, et al. 2003; MARTINS e GUIMARÃES, 2004; GUIMARÃES e FREIRE, 2004).

Na literatura nacional e internacional pesquisada, encontraram-se estudos empregando o Modelo Demanda-Controle em profissionais, diversificados, como: professores/dentistas, enfermeiros, profissionais do ramo de refino de petróleo, médicos, operadores de centrais de atendimento telefônico. ARAÚJO et al. (2003 a) realizaram um estudo de estresse ocupacional em dois grupos de trabalhadores: 206 docentes e 130 cirurgiões-dentistas. Os resultados indicaram que a prevalência global de distúrbios psiquiátricos menores foi de 24,6% entre os cirurgiões-dentistas, e de 19,1%, entre os professores universitários. Ao comparar essa prevalência com o Modelo Demanda-Controle, observou-se que, nos dois grupos estudados, o quadrante de alta exigência concentrou as mais elevadas prevalências de distúrbios psiquiátricos menores, confirmando a principal predição do modelo, de que o trabalho em alta exigência concentra os maiores riscos à saúde dos trabalhadores. ARAÚJO et al. (2003 b) avaliaram a associação entre demanda psicológica e controle sobre o trabalho e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre 502 trabalhadores da área de enfermagem. A prevalência de distúrbios menores foi de 33,3% e mais elevada no quadrante de trabalho - alta exigência, significando alta demanda com baixo controle.

GLINA e ROCHA (2003) pesquisaram os fatores de estresse no trabalho em 109 operadores de uma central de atendimento telefônico aos clientes de um banco. Os principais fatores de estresse identificados foram: alta demanda qualitativa/quantitativa do trabalho e falta de controle sobre o processo de trabalho, com existência de elevada carga emocional, cognitiva e física. DANTAS et al. (2004) investigaram a associação entre fatores psicossociais no trabalho e hipertensão arterial em 229 trabalhadores do refino de petróleo. Os resultados não mostraram associação estatística entre trabalho de alto desgaste e hipertensão arterial. RIESE et al. (2004) examinaram os efeitos da tensão no trabalho sobre preditores da doença cardiovascular em 159 enfermeiros. Não foram encontrados efeitos sobre a pressão sanguínea, taxa e variabilidade das batidas do coração em enfermeiros jovens. BECKERS et al. (2004) avaliaram o relacionamento entre horas extras e fadiga mental em 1807 trabalhadores alemães que trabalharam em média 3 horas e meia de horas extras. Os resultados indicaram que os trabalhadores de horas extras moderadas não estavam fatigados.

VANAGAS e BIHARI-AXELSSON (2004) estudaram 300 médicos de clínica geral e concluíram que os mais jovens com alta carga de pacientes estavam em risco de estresse, devido à alta demanda de trabalho e à baixa latitude de decisão. RAU (2004) avaliou 241 trabalhadores expostos às características de trabalho de alta tensão e baixa tensão. Os resultados indicaram que os de alta tensão tiveram a pressão sistólica e diastólica mais elevada durante o trabalho e menor habilidade em relaxar. BOURBONNAIS et al. (2005) examinaram o ambiente de trabalho e a saúde de 2006 enfermeiros, após uma grande reestruturação, e compararam os resultados com os de duas populações de referência. Os resultados indicaram considerável prevalência de estresse psicológico e de fatores de trabalho psicossociais diversos, em comparação com a prevalência detectada em grupos de enfermeiros no ano de 1994.

Percebe-se, nas pesquisas mencionadas, que o Modelo Demanda-Controle evidencia o efeito dos fatores psicossociais do trabalho na saúde e bem-estar dos trabalhadores, principalmente quando ocorre baixo controle sobre as tarefas, altas exigências psicológicas e baixo apoio social.

O Modelo Esforço Recompensa no Trabalho - ERI, desenvolvido por SIEGRIST (2004 a), enfatiza que as situações de trabalho às quais os trabalhadores são expostos provocam desequilíbrio, devido ao alto esforço e à baixa recompensa, e acarretam reações fisiológicas e emocionais. A importância do modelo apresentado é ser preditivo para doenças cardiovasculares, possibilitar o desenvolvimento de trabalhos preventivos, e complementar o Modelo Demanda-Controle. Aplica-se a uma grande diversidade de ocupações nas quais o desequilíbrio entre esforço e recompensa é freqüente, principalmente entre os trabalhadores de baixos níveis ocupacionais, trabalhadores industriais, ocupações ligadas à prestação de serviços, em particular aquelas nas quais se lida com clientes (GUIMARÃES e MARTINS, 2002). Nos últimos anos, diversos estudos têm demonstrado o efeito negativo, sobre a saúde, da falta de recompensa no trabalho, significando o controle de *status*, a estima e um salário justo. O controle de *status* inclui a estabilidade no trabalho, as mudanças não desejadas, a falta de perspectiva de promoção e a inconsistência no salário. A estima inclui o respeito e reconhecimento social, apoio adequado e tratamento justo no trabalho.

Na literatura internacional encontram-se várias pesquisas empregando o Modelo ERI em diferentes profissões, como: trabalhadores de empresas (KUPER et al. 2002), hospital público (ROBLES et al., 2003); enfermeiros (BAKKER et al. 2000; KLUSKA et al. 2004); dentistas (INOCENTE, 2004), demonstrando a eficácia do instrumento na detecção do desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho. GUIMARÃES e MARTINS (2002) destacam que o Modelo ERI engloba dois tipos de componentes: extrínseco - consiste na informação subjetiva sobre o trabalho executado que exige recompensas; intrínseco - consiste na informação sobre uma característica pessoal, diferente da possibilidade de contenção das demandas de trabalho e desafios, que é caracterizada pela super dedicação, na qual há esforço e alta necessidade de aprovação. Para este modelo, a combinação dos dois componentes determina a quantidade de informação atribuída à vida funcional e à discrepância entre esforços gastos e recompensas recebidas no trabalho. É considerado como determinante fundamental das reações de tensão e de seus efeitos adversos à saúde (GUIMARÃES e MARTINS, 2002).

O Modelo ERI considera as recentes mudanças do mundo laboral, em uma época de globalização e de elevada insegurança no trabalho. De maneira semelhante, para GLINA e ROCHA (2003) esse modelo enfatiza as ligações entre as tarefas no trabalho e a dinâmica do mercado de trabalho, promovendo uma ligação entre as necessidades auto-reguladoras de uma pessoa e a estrutura de oportunidade social. O *status* social está relacionado ao fato de contribuir, de pertencer a um grupo, de ser recompensado ou estimado, e, quando há falta de reciprocidade entre custos e ganhos, define-se um estado de estresse. O impacto do estresse laboral na saúde e no bem-estar do trabalhador tem sido objeto de inúmeras pesquisas internacionais (NIEDHAMMER e SIEGRIST, 1998; NIEDHAMMER e et al. 2000 a,b; BAKKER, et al. 2000; ROBLES et al. 2003; INOCENTE, 2004; KLUSKA et al. 2004; SIEGRIST, 2002; 2004a; 2004b; SIEGRIST, et al. 2004 a, b). Assim, os efeitos dos fatores psicossociais do trabalho sobre a saúde, especialmente a saúde cardiovascular, tem tido uma crescente preocupação epidemiológica ocupacional durante os últimos anos (NIEDHAMMER e SIEGRIST, 1998; ROBLES et al. 2003; INOCENTE, 2004; SIEGRIST, 2004b).

O papel exercido pelo professor é muito complexo, geralmente abrangendo três áreas de atuação: ensinar, administrar e pesquisar. Segundo ABUD (2002), na prática docente superior o professor não pode atuar apenas como técnico, excluindo e/ou desconsiderando os envolvimento e as repercussões psicológicas, sociais e éticas nas ações docentes. O ambiente de trabalho nas universidades encontra-se em grande transformação, com o aumento de contingências aversivas (INOCENTE e REIMÃO, 2003) que elevam o estresse, o qual passa a constituir doença profissional (WITTER, 2003). A definição mais panorâmica do estresse em professores, que pode gerar um desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho, foi apresentada por KYRIACOU e SUTCLIFFE (1978), contemplando aspectos físicos, cognitivos, emocionais e comportamentais. Para esses autores, o estresse em professores é uma síndrome de sentimentos negativos, tais como raiva e depressão, geralmente acompanhada de mudanças fisiológicas e bioquímicas potencialmente patogênicas, resultantes dos aspectos do trabalho.

Na literatura, há pesquisas sobre o estresse ocupacional dos professores, enfatizando o desequilíbrio entre a pressão ambiental e a capacidade de atender à demanda (FISHER, 1994; GÁNDARA, 1998; CODO, 1999; INOCENTE, 2000; NDOYE, 2000; PEDRASSIBI e SANTINELLO, 2000; WANG et al. 2001; REINHOLDS, 2002; LIPP, 2002, CAMARA, 2002; CARLOTTO, 2002; 2003; WITTER, 2003, BARONA, 2003; INOCENTE, 2004). SCHONFELD (1989) estudou o *distress*, sintomas depressivos e satisfação no trabalho em professores. Os resultados indicaram que os professores manifestaram insatisfação ou indiferença em relação a seu trabalho. FLETT et al. (1995) examinaram a associação entre perfeccionismo, índices de estresse no trabalho e percepção do suporte social em 62 professores e encontraram uma correlação positiva entre perfeccionismo e pouca satisfação no trabalho.

DAY (1999) enfatiza que o desenvolvimento profissional do professor não deve ser forçado, e que os professores não podem ser desenvolvidos (passivamente), mas podem desenvolver-se (ativamente). Esclarece o autor que o a maior parte da aprendizagem do professor ocorre naturalmente, e há anos o ensino é uma atividade na qual o trabalho é planejado, realizado e avaliado, sem permitir ao professor desempenhar um papel ativo na elaboração e na implementação de todo o processo. PEREIRA e ENGELMANN (1993)

estudaram o panorama da qualidade de vida no trabalho universitário e o bem-estar subjetivo com a vida em geral entre professores da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), entre agosto e dezembro de 1992, por meio de um estudo exploratório. Os resultados apontaram que a satisfação setorizou conteúdos no domínio das relações interpessoais, como o convívio acadêmico e o social e cultural com os alunos e com os demais professores.

MATTOS (1994) investigou as vivências de um grupo de professores de educação física, buscando as causas de insatisfação/satisfação e/ou de dificuldade/facilidade no trabalho, e como esses aspectos incidem no desempenho profissional e na vida. A amostra foi composta de 20 professores, de ambos os sexos, que trabalham na escola pública. Considerou-se, no final do estudo, que a predominância de circunstâncias desfavoráveis, específicas ou não da educação física, e que a execução de tarefas pedagógicas dos professores é de tal ordem, que os força a uma reorganização e improvisação no trabalho prescrito, tornando o trabalho real totalmente descaracterizado em relação às expectativas e à tarefa prescrita. Essa distorção no conteúdo de suas tarefas pedagógicas não lhes permite vivenciar o trabalho como significativo, e isso gera um processo permanente de insatisfação, com raros momentos gratificantes. Essa situação desfavorável os induz a sentimentos de indignidade, inutilidade e culpa, e a outros, que, seguramente, trazem conseqüências preocupantes.

SORIANO E WINTERSTEIN (1998) compararam o grau de satisfação e significação do trabalho do professor de educação física com o de professores de outros componentes curriculares. Participaram do estudo 236 professores, sendo 113 de educação física, 62 de matemática, e 61 de português, do ensino fundamental e ensino médio da Cidade de São Paulo. Os resultados indicaram: a) uma diferença significativa ($t = 2,01$; $p=0,041$; para $gl = 234$) nos escores de satisfação, apontando uma tendência de maior satisfação no trabalho dos professores de educação física (189,80), significativamente maior que a dos outros componentes curriculares (184,63); b); para atribuição de significado do trabalho não houve diferença significativa ($t = 0,95$; $p=0,344$; para $gl=234$). Para aos autores, esse resultado mostrou-se, de certa forma, inesperado em relação à educação física, principalmente pelo fato de a produção

acadêmica pontuar preocupações com a pouca clareza acerca do seu papel e da finalidade na escola, nessa área.

INOCENTE (2000) investigou o sentimento do professor universitário em relação ao ambiente de trabalho e os possíveis estados emocionais decorrentes. Detectou que a situação de trabalho pode desencadear as seguintes variáveis: procura fazer o trabalho com perfeição (84%); sente que os outros não têm competência para trabalhar consigo (76%); sente que tem ficado cada vez mais em estresse, no seu trabalho (82%); pensa que o problema está mais na instituição universitária (80%); a instituição universitária perturba o seu desempenho como professor (74%). TOLOSA (2000) estudou a organização do trabalho, sentimentos, valorização e expectativa profissional em professores de 1º e 2º graus de escolas públicas e particulares, e concluiu que 61,72% não se sentiam valorizados, apresentando baixa auto-estima e desânimo. Os resultados indicaram, ainda, que os professores com zero a 7 anos de profissão eram os que mais investiam na carreira; os com 22 anos ou mais queriam se aposentar; e os com 8 a 21 anos de profissão relataram necessitar, primeiramente, de motivação profissional, antes de planejar cursos e/ou seminários de planejamento. NDOYE (2000) detectou a insatisfação no trabalho do professor quanto à gestão administrativa, ao número elevado de alunos em sala de aula, aos programas sobrecarregados, a reuniões, à pressão para publicar, ao baixo salário, à falta de material pedagógico e de salas, móveis, equipamentos e bibliotecas adequados.

Um importante estudo avaliando o desequilíbrio esforço e recompensa no trabalho e *Burnout* foi desenvolvido por BAKKER, et al. (2000), com 204 enfermeiros. A hipótese da pesquisa foi que os esforços extrínsecos elevados e baixas recompensas são associados à síndrome de *Burnout*. Os resultados confirmaram a hipótese, mostrando que aqueles enfermeiros que experimentaram um desequilíbrio no Esforço-Recompensa apresentaram níveis mais elevados de *Burnout* em Exaustão Emocional e Despersonalização. ROBLES et al. (2003) avaliaram as propriedades psicométricas da versão espanhola do modelo ERI, em uma amostra composta por 298 trabalhadores de um hospital público. Os autores concluíram que os resultados foram satisfatórios, apesar da análise fatorial das propriedades psicométricas da escala esforço recompensa não confirmar a estrutura dimensional esperada.

CHARTRAND (2003) mensurou a associação entre tensão no trabalho, esforços e recompensas no trabalho e a utilização de medicamentos psicotrópicos, em 5757 trabalhadores, e a prevalência foi de 6,2%. A autora concluiu que a inadequação entre esforço e recompensa foi um determinante na utilização de medicamentos psicotrópicos. KLUSKA et al. (2004) estudaram uma amostra de 277 enfermeiros, e os resultados indicaram que 21,4% dos enfermeiros perceberam ter mais esforços do que recompensas, no trabalho. FONTAINE et al. (2004) conduziram uma pesquisa com o objetivo de avaliar os riscos das condições de trabalho sobre a saúde e bem-estar dos trabalhadores. Concluíram que a instabilidade no trabalho causa impacto sobre os estressores do trabalho e a saúde. MONCADA (2004) afirma que as principais causas de afastamento do professor do ambiente de trabalho são produzidas por conflito escolar, como: desmotivação em aula; falta de cooperação entre professores; complexidade nos déficits e nos ritmos de aprendizagem; problemas disciplinares; falta de valorização do trabalho; demandas e problemas que correspondem às famílias e outros setores da sociedade; instabilidade devido à supressão de aulas e mudanças no trabalho; excessivo número de alunos em sala de aula; dificuldades na promoção profissional, falta de apoio das famílias na ação educativa.

Concluindo, o modelo ERI aponta para informações adicionais, tanto em relação às características individuais, quanto em relação aos esforços e recompensas obtidos no trabalho. Constitui-se em um preditor importante para a saúde física e mental em diferentes trabalhadores, e, particularmente, nos professores, devido às contingências adversas atuais da docência, o que exige reconhecimento e mudanças no controle do estresse laboral nas universidades.

1.3 - Síndrome do *Burnout*

Comumente denominada *Burnout*, em inglês, *Épuisement Professionnel*, em francês, *El Quemado*, em espanhol, e também Mal-Estar, “Estresse Ocupacional”, Síndrome do Assistente Desassistido, Síndrome do Cuidador Descuidado, Neurose Profissional, Síndrome de Agotamiento (CIFUENTES e IBIETA, 1997), Neurose de Excelência (CIFUENTES e IBIETA, 1997; GIL-MONTE e PIERÓ, 1997; NDOYE, 2000;

CASADEI et al., 2000; BENEVIDES-PEREIRA, 2002 a; INOCENTE, 2004), a síndrome se refere àquilo que deixou de funcionar por falta de energia, e refere-se também ao esgotamento profissional decorrente da relação de mal-estar do indivíduo frente ao seu trabalho.

O termo *Burnout* é uma junção de *burn* (queima) e *out* (exterior), significando que a consequência do estresse repercute física e emocionalmente no indivíduo, o qual passa a apresentar comportamento disruptivo, geralmente acompanhado de irritação e agressividade. O termo *Burnout* foi cunhado por HERBERT FREUDENBERG, médico que, em 1974, referindo-se aos abusadores de droga, denominou-os *burnouts*. Significava que a pessoa não se importava com nada, somente com as drogas. Em 1980, publicou o livro " *Burn Out*" (FREUDENBERGER, 1974, 1998; SELIGMANN SILVA, 1995; FERENHOF e FERENHOF, 2002). O termo tem a conotação de fadiga, frustração, desengajamento, estresse, desajustamento, desesperança, frenagem emocional, exaustão emocional e cinismo, e refere-se a um processo lento de erosão da motivação e da competência (SKOVHOLT, 2001; FERENHOF e FERENHOF, 2002). CRISTINA MASLACH foi quem primeiro empregou o termo *Burnout* publicamente, para referir-se a uma situação cada vez mais freqüente entre os profissionais que mantinham contato direto e contínuo com pessoas e que, depois de meses ou anos de dedicação, acabavam ficando desgastados profissionalmente (CASTRESANA, 2003).

O Ministério da Previdência e Assistência Social do Brasil publicou, no Decreto nº 3048, de 06/05/1999, artigo 337, e na portaria nº 1339/GM, de 18/11/1999, uma Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2000), estabelecendo o nexos causal entre as doenças e as condições de trabalho. Nos Transtornos Mentais Relacionados com o Trabalho aparece como doença a Sensação de Estar Acabado – Síndrome de *Burn-Out* ou Síndrome de Esgotamento Profissional (JARDIM, 2000; BENEVIDES PEREIRA, 2002 a; CAMARGO e NEVES, 2004; RIGOLIN e CAMARGO, 2004; GUIMARÃES e CARDOSO, 2004).

A Síndrome de *Burnout* é uma resposta à tensão emocional crônica no trabalho, gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, já que cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grande responsabilidade profissional a cada

gesto no trabalho (CODO e MENEZES, 1999; BATISTA e CODO, 1999; SORATTO e RAMOS, 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2002a; BALLONE, 2004; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2004; MUÑOZ, 2002; 2004; CAMPOS et al., 2004). É, ainda, considerada uma síndrome multifatorial (MASLACH, 1998; REINHOLD, 2002; INOCENTE e REIMÃO, 2003; IACOVIDES et al., 2003; INOCENTE, et al., 2004), resultante da união de fatores internos, como vulnerabilidade biológica e psicológica, e de fatores externos, como o ambiente de trabalho (REINHOLD, 2002).

A síndrome pode afetar qualquer trabalhador, principalmente os que mantêm relação constante e exigente com outras pessoas, como as que trabalham na saúde mental, professores e cuidadores, de maneira geral. Geralmente, os atingidos pela síndrome são: médicos, enfermeiros, dentistas, professores, psicólogos, agentes penitenciários, comerciários, atendentes públicos, funcionários de departamento pessoal, operadores de *telemarketing*, bombeiros, controladores de voo e assistentes sociais (BURGER, 1988; SHOENFELD, 1989; AUDÉTAT, 1998, 2000; CODO e MENEZES, 1999; PEDRABISSI et al., 1993; BAKKER et al., 2000; SKOHOLT, 2001; BORGES et al., 2002; REINHOLD, 2002; FERENHOF e FERENHOF, 2002; DE MEIS et al., 2003; CARLOTTO, 2003 a,b; OGEDA, et al., 2004; BALLONE, 2004; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2004; MUÑOZ, 2004; ARAÚJO, 2004; INOCENTE, 2004; INOCENTE et al., 2004; BAPTISTA et al., 2004; MUÑOZ, 2004; MORALES et al., 2004; BOURGAULT, 2004; KLUSKA et al., 2004; CAMPOS et al., 2004). Atualmente, a Síndrome de *Burnout* generaliza-se para todos os profissionais que cuidam ou solucionam problemas de outras pessoas, ou que atuam em organizações rígidas, que os submetem a constantes avaliações.

As literaturas nacional e internacional indicam prevalência variável de *Burnout*, conforme a população estudada. Prevalência de 10% foi encontrada em um estudo com trabalhadores de instituições psiquiátricas (GUERRA et al., 2000); 40% a 63 % em médicos (OMS, 1999; CASADEI, 2000; DRUTMAN, 2001); 18% em funcionários de vigilância penitenciária (MARTIN e CAMPOS, 2002); 16% em enfermeiros (TAMAYO, 1997); 7% em profissionais da Saúde Mental (VAROLI, 2002); 12% a 36,5% em assistentes sociais (MORALES, et al., 2004; MUÑOZ, 2004); 25% em psiquiatras

(GILL et al., 2004), e, 41% em professores (CASTRO et al., 2003). Em um estudo desenvolvido com 39.000 professores de 27 estados brasileiros, a prevalência de *Burnout* em professores foi de 48,4% (CODO e MENEZES, 1999), e na literatura internacional é variável de 5 a 31% (BAKKER e SCHAUFELI, 2000; PEDRABISSI e SANTINELLO, 2000; DANIEL e SCHULLER, 2000).

Ao revisar a ampla literatura internacional sobre o tema, encontram-se múltiplas definições da síndrome, e não existe uma que seja unanimemente aceita pelos autores (KYRIACOU, 1987; SCARFONE, 1988; CHALANT, 1990; LAMONTAGNE, 1995; AUDÉTAT, 1998; OMS, 1999; BRENNINKMEIJER et al., 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002 b; GUIMARÃES e CARDOSO, 2004). O modelo conceitual mantém problemas de delimitação e de diferenciação entre os conceitos (GUIMARÃES e CARDOSO, 2004). FREUDENBERGER (1974) identificou a síndrome como sentimentos de fracasso e exaustão, causados por um excessivo desgaste de energia e recursos (FRANÇA, 1987; PERLMAN e HARTMAN, 1982). Já MALASCH (1978) a definiu, primeiramente, como um processo em que ocorre a perda de criatividade e em que há reação de tédio e aborrecimento. Em 1998, MASLACH referiu-se ao *Burnout* como um tipo de resposta prolongada aos estressores emocionais, interpessoais e crônicos no trabalho.

Outros autores assim definem o *Burnout*:

PERLMAN e HARTMAN (1982) entendem que o termo *Burnout* significa desgaste e esgotamento; trata-se de uma reação de estresse crônico em profissionais que desempenham funções que exigem um alto grau de contato com pessoas. Para FRANÇA (1987), o termo designa algo que deixou de funcionar por exaustão de energia. CHALANT (1990) acredita tratar-se de uma síndrome de esgotamento físico e emocional, com o desenvolvimento de imagens negativas de si mesmo, de atitudes desfavoráveis referentes ao trabalho e uma perda de interesse em relação aos clientes. CHERNISS (1992) afirma que as três dimensões da síndrome – exaustão emocional, despersonalização, sentimento de pouca realização profissional – são mecanismos de enfrentamento utilizados no combate ao estresse, à frustração e ao trabalho monótono. GLASS et al. (1993) referem síndrome de exaustão emocional, despersonalização e diminuição de realização profissional, que podem se desenvolver em indivíduos que trabalham com outras pessoas.

Para GEHMEYER (2004), é um estado de fadiga ou frustração surgido com a devoção para com uma causa, um modo de vida ou um relacionamento que falhou em produzir a recompensa esperada. SELIGMANN SILVA (1995) afirma que reduz a energia, as expectativas e a auto-imagem do trabalhador que antes era extremamente entusiasta e dedicado ao trabalho. Segundo FRANÇA e RODRIGUES (1996), tem o significado de desgaste, tanto físico, como mental, tornando o profissional exausto, em função de um excessivo esforço para responder às constantes solicitações de energia, forças e recursos. AUDÉTAT (1998) definiu-a como enfraquecimento e desgaste de energia, provocados por exigências auto-impostas ou por exigências externas; um estado de estresse físico, psíquico e emocional que influencia a motivação, as atitudes e as relações com o outro.

Para CODO e MENEZES (1999), o trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, de forma que as coisas não lhe importam mais; qualquer esforço lhe parece inútil e, apesar de não suportar, não desiste do trabalho. GUERRA et al. (2000) entendem o *Burnout* como resultado de um desgaste adaptativo, com baixa expectativa laboral. Para TAMAYO e TRÓCCOLI (2002), o *Burnout* é definido como uma síndrome decorrente da tensão emocional crônica do trabalho, a qual gera sentimentos e atitudes negativas no relacionamento do indivíduo com o seu trabalho. Segundo ABREU et al. (2002), ao sentir-se sem alternativas para compartilhar suas dificuldades, anseios e preocupações, o trabalhador tem aumentada a sua tensão emocional, o que pode levar ao surgimento da Síndrome de *Burnout* e/ou do estresse ocupacional. Para REINHOLD (2002), o *Burnout* é uma erosão de energia e disposição, consequência de um estresse crônico e prolongado, gradual e freqüentemente imperceptível, no início. MORALES et al. (2004) afirmam que é uma síndrome psicológica em resposta a estressores crônicos ou prolongados no trabalho. Já MUÑOZ (2004) assinala que seria o estado final de um processo de estresse, correspondente à quarta fase do estresse ou à fase do esgotamento.

Diferentes autores (THORNTON, 1992; SCHAUFELLI e BUUNK, 1996) sugerem características comuns, discriminadas nas várias definições de *Burnout* como: sintomas disfóricos com relevância dos sintomas mentais e comportamentais; experiência psicológica interna, individual e observada em indivíduos normais; experiência negativa que gera problemas como desconforto, disfunções e consequências negativas, com

diminuição do desempenho no trabalho. Os conceitos emitidos por diferentes autores, sobre *Burnout*, apresentam concordância nos seguintes aspectos: a) é consequência de um estresse crônico; b) trata-se de uma síndrome que abrange sintomas físicos, emocionais e comportamentais; c) provoca um estado de fadiga ou frustração; d) inicialmente foi detectada em cuidadores, decorrente de uma dedicação excessiva, exaustiva e prolongada a uma causa ou a uma tentativa de perseguir uma meta difícil de se conseguir; e) os trabalhadores continuam no trabalho sem emitir comportamento de esquiva da situação, por mais punitiva que seja; f) atualmente, entende-se que não se restringe a profissões ligadas à saúde e educação, atingindo profissões que possuem intenso e constante contato interpessoal, como atendimento de clientes, supervisores e trabalho em grupos e equipes (MASLACH e LEITER, 1997); g) o importante a ser considerado é se a profissão é de baixo risco, de risco ou de alto risco, para que medidas preventivas sejam adotadas.

Segundo diversos autores (FREUDENBERGER, 1974; MASLACH, 1978; MASLACH e JACKSON, 1979; SCHAUFELLI e BUUNK, 1996; REINHOLDS, 2002; BALLONE, 2004; OGEDA, et al., 2004; GUIMARÃES e CARDOSO, 2004; CAMPOS et al., 2004), as manifestações do *Burnout* são classificadas em categorias emocionais, cognitivas, físicas, comportamentais, sociais, atitudinais, organizacionais e do trabalho, e apresentam sintomas, como: A) Manifestações emocionais: exaustão emocional, dificuldade em controlar as emoções, ansiedade, baixa tolerância à frustração, raiva, irritação, hipersensibilidade, hostilidade, desconfiança, humor depressivo, desesperança, impotência, baixa auto-estima; B) Manifestações físicas: dores de cabeça, gripes, problemas gastrointestinais, enjôo, tremores, dores musculares, problemas sexuais, distúrbios do sono, perda de apetite, falta de ar, fadiga crônica, transtornos dermatológicos; C) Manifestações sociais: problemas com os colegas ou com o superior, atitude fria e indiferente em relação aos outros; D) Manifestações no trabalho: absenteísmo, intenção de abandonar o trabalho, baixa produtividade, acidentes, roubos, negligência, erros no trabalho.

Quanto aos sintomas, no início são insidiosos, silenciosos e lentos. Surgem paulatinamente, sem que o próprio trabalhador os perceba. Geralmente são detectados pelos colegas que observam as alterações em seu comportamento

(BALLONE, 2004; MUÑOZ, 2004). Em 5% a 10% dos casos, se trabalhador não deixar o trabalho, a síndrome de *Burnout* pode atingir uma fase irreversível. Esse nível atinge mais a classe médica (BALLONE, 2004). Em relação aos professores, REINHOLD (2002) esclarece que, num levantamento realizado nos Estados Unidos, detectou-se que, após cinco anos de trabalho, apenas 50% permanecem na profissão, e os motivos da desistência advêm principalmente do estresse e do *Burnout*.

Concorda-se com GUIMARÃES e FERREIRA JUNIOR (2000), que se referem ao *Burnout* como um problema derivado de um estado de fadiga ou frustração, causado pela dedicação excessiva e prolongada, o que acontece quando as pessoas tentam atingir objetivos não realistas e terminam gastando sua energia, perdendo o contato com elas mesmas e com outras pessoas. Os autores afirmam que o *Burnout* não deve ser entendido como sinônimo de estresse ocupacional, mas poderá ocorrer a partir da sua cronificação. Os sintomas iniciais incluem sentimentos de exaustão emocional e física, um sentido de alienação, cinismo, impaciência, negativismo e sentimentos de separação, quando o indivíduo começa a ressentir-se do trabalho e das pessoas que são parte daquele ambiente. Em casos extremos, o indivíduo que uma vez levou muito a sério um projeto ou um grupo, irá isolar-se a ponto de não demonstrar interesse pelas atividades que desenvolvia ou pelas pessoas com quem convivia.

Com base na teoria de modelação do comportamento, de Bandura (BANDURA, 1979; GIL-MONTE e PIERÓ, 1997), alguns estudos apontam para o fato de que, na síndrome, ocorre um contágio entre os profissionais, pela aprendizagem por modelação, por meio da observação do comportamento dos colegas. A ironia do *Burnout* é que ele acomete aquele que era previamente entusiasta e transbordante de energia e idéias, quando se envolveu em um novo trabalho ou nova situação. Essa pessoa geralmente possuía expectativa muito elevada daquilo que poderia ser realizado, e, enquanto o tempo vai passando e todos os objetivos não são atingidos, o entusiasmo morre e surge a indiferença. Em vez de rever os objetivos, ou aceitar a realidade, surge a frustração; no entanto, o indivíduo continua tentando, ainda mais duramente: o resultado é o *Burnout*.

A Síndrome de *Burnout* contempla um conceito multidimensional com quatro perspectivas diferenciadas: 1)- clínica: estudo da síndrome quanto à etiologia, sintomas e tratamento em cuidadores que apresentavam um estado de exaustão

(FREUDENBERGER, 1974): 2)- sócio-psicológica: identificação da sobrecarga, no ambiente de trabalho, provocando o estresse no trabalhador (MALASCH, 1978); 3)- organizacional: ampliação do modelo social-psicológico, enfatizando as características organizacionais, funcionamento da organização e seu ambiente cultural como geradoras de *Burnout* (CHERNISS, 1980; 1992); 4)- social-histórica: destaque do impacto da sociedade, com base em valores individuais, mais do que em comunitários, no determinante do *Burnout* e, conseqüentemente, não favorecendo as profissões voltadas para o atendimento de outras pessoas (SARASON, 1983).

Vários autores reconhecem algumas características multifatoriais, observadas em diferentes pessoas, a saber: esgotamento profissional, despersonalização, falta de sentimento de realização profissional (REINHOLD, 1984; FRANÇA e RODRIGUES, 1996; TAMAYO, 1997; AUDÉTAT, 1998, 2000; CODO e MENEZES, 1999; PEDRABISSI e SANTINELLO, 2000; BAKKER, et al., 2000; BRENNINKMEIJER et al., 2001; GUIMARÃES e FERREIRA JUNIOR, 2000; FERENHOF e FERENHOF, 2002; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002; CARLOTTO e GOBBI, 2002; CARLOTTO, 2003; BARONA, 2003; MUÑOZ, 2004; GUIMARÃES e CARDOSO, 2004; CAMPOS et al., 2004); e, em menor proporção e mais polêmica, a depressão (BARONA, 2003; BALLONE, 2004; BAPTISTA, et al., 2004; BREWER e SHAPERD, 2004; AVILÉS, 2004; GUIMARÃES e CARDOSO, 2004).

a) Exaustão Emocional: em que o trabalhador não pode dar mais de si mesmo no âmbito afetivo, percebendo-se sem recursos para enfrentamento de situação. Aparecem sintomas de cansaço, irritação, sinais de ansiedade e depressão, propensão a acidentes, abuso de álcool, cigarro, drogas e doenças psicossomáticas; b) Despersonalização: a pessoa passa a apresentar comportamento insensível em relação aos colegas de trabalho; c) Falta de Realização Profissional ou Falta de Realização Pessoal: diminuição da produtividade profissional. O trabalhador apresenta avaliação negativa de si mesmo e diminuição da produtividade profissional.

Segundo GEHMEYR (2004), três situações estão relacionadas ao *Burnout*:

A) Conflito de papel: o profissional que tem responsabilidades conflitantes começará a sentir-se empurrado em muitas direções e tentará fazer tudo igualmente bem, sem

estabelecer prioridades. Os resultados serão os sentimentos de fadiga ou exaustão associados ao *Burnout*; B) Ambigüidade de papel: a pessoa não sabe, ao certo o que é esperado dela. Imagina que dela é esperado ser uma pessoa de boa carreira, mas não está segura de corresponder às expectativas, na medida em que não lhe é apresentado um modelo de papel, ou linhas guias para seguir. O resultado é que nunca sente que desempenhou bem uma determinada atividade; C) Sobrecarga de papel: o trabalhador não pode deixar de aceitar ou de tomar mais responsabilidades do que pode manter, até que finalmente se queima (*burn*).

Diversos autores, relacionados a seguir, pontuam diferenciações entre *Burnout* e ansiedade, estresse e depressão.

1.3.1 - *Burnout* e Ansiedade

A ansiedade é uma preocupação excessiva acompanhada de pelo menos três sintomas adicionais de uma lista que inclui inquietação, fadiga, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (DSM-IV, APA, 2002). GALLEGO e RÍOS (1991) distinguem três momentos para a manifestação da Síndrome de *Burnout*, relacionando-a ao estresse e ansiedade: 1) Num primeiro momento, as demandas de trabalho são maiores que os recursos materiais e humanos, o que gera estresse laboral no indivíduo. Nesse momento, é característica a percepção de uma sobrecarga de trabalho, tanto qualitativa quanto quantitativa. 2) No segundo momento, evidencia-se o esforço do indivíduo em adaptar-se e produzir uma resposta emocional ao desajuste percebido. Aparecem, então, sinais de fadiga, tensão, irritabilidade, e até de mesmo ansiedade. Essa etapa exige adaptação psicológica do sujeito, pois irá refletir-se no trabalho, reduzindo seu interesse sua responsabilidade pela função que exerce. 3) E, finalmente, num terceiro momento, ocorre o enfrentamento defensivo, ou seja, o sujeito produz troca de atitudes e condutas com a finalidade de defender-se das tensões experimentadas, o que ocasiona comportamentos de distanciamento emocional, retirada, cinismo e rigidez.

TURNIPSEED (1998) avaliou *Burnout* e ansiedade em enfermeiros e concluiu que o estado de ansiedade foi uma variável significativa em cada uma das três dimensões do *Burnout*, apresentando uma ligação mais forte com a Exaustão Emocional. MORALES et al. (2004), pesquisando o *Burnout* em Assistentes Sociais, afirmam que esses profissionais estão expostos a fatores intimamente relacionados às experiências de estresse, o que provoca respostas fisiológicas, cognitivo-afetivas e comportamentais, as quais se mantêm ao longo do tempo, ocasionando alterações em sua adaptação laboral e pessoal, com altos níveis de ansiedade e sentimento de não saber obter alívio. Segundo INOCENTE (2004), algumas pessoas são ansiosas e agitadas no trabalho, dando a impressão de que precisam obter sempre os melhores resultados, provocando sentimentos de inquietude e insegurança. A longo do tempo, tornam-se ineficazes no trabalho, elevando cada vez mais a ansiedade, tornando-se susceptíveis ao desenvolvimento do *Burnout*. A mesma autora pesquisou a variável ansiedade em 96 dentistas franceses, e 37,14% da amostra apresentaram ansiedade. Concorde-se, no presente estudo, que a variável ansiedade poderá interferir na síndrome de *Burnout*.

1.3.2 - *Burnout* e Estresse

O *Burnout* é um estado de exaustão física e/ou mental causado por estresse excessivo e prolongado (GIRDINO et al., 1996). A autora desta pesquisa concorda que o *Burnout* não é sinônimo de estresse, e sim uma consequência, uma resposta ao estresse crônico, que se caracteriza pela exaustão física, emocional e mental (PEDRASSI, et al., 1993; FRANÇA e RODRIGUES, 1996; HAMMOND e ONIKAMA, 1997; AUDÉTAT, 1998, 2000; MOJA, 1998; LAFLEUR, 1999; SILVA, 2000; PEDRABISSI e SANTINELLO, 2000; GUIMARÃES e FERREIRA JUNIOR, 2000; VICENÇ, 2001; VAROLI, 2002; BENEVIDES-PEREIRA, 2002 a; REINHOLD, 2002; IACOVIDES et al., 2003; BALLONE, 2004; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2004; INOCENTE, 2004; INOCENTE et al., 2004; BREWER e SHAPARD, 2004; CAMPOS, et al., 2004; SÖDERSTRÖM et al. 2004). Esses autores enfatizam que a incapacidade para se lidar com o estresse leva ao seu prolongamento, à cronicidade e ao *Burnout*.

Segundo CORSI (2001), as diferenças fundamentais entre o estresse e a síndrome de *Burnout* é que, enquanto o estresse pode desaparecer após um período de adequado descanso, o *Burnout* não regride com as férias e nem com outras formas de descanso. BORGAULT (2002) afirma que o esgotamento profissional é o resultado de um estresse emocional crônico engendrado por grandes exigências no trabalho. Para REINHOLDS (2002), *Burnout* é um tipo especial de estresse ocupacional que se caracteriza por um profundo sentimento de frustração e exaustão em relação ao trabalho desempenhado, sentimento que pode estender-se a todas as áreas da vida de uma pessoa. Segundo BENEVIDES-PEREIRA (2002 a), o *Burnout* é um processo que se dá em resposta à cronificação do estresse ocupacional, trazendo consigo consequências negativas em nível individual, profissional, familiar e social, enquanto o estresse é definido como uma reação do organismo, com componentes psicológicos e físicos, causada por alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa confronta-se com uma situação que de alguma forma a irrita, amedronta, excita ou confunde, ou mesmo que a faça imensamente feliz (LIPP e MALAGRIS, 1995; 2001).

O *Burnout* é considerado um processo em resposta ao estresse crônico, constituindo uma fase avançada do estresse laboral, e podendo chegar a uma incapacitação para o trabalho (VICENÇ, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002 a; INOCENTE, 2004; CAMPOS et al., 2004).

1.3.3 - *Burnout* e Depressão

A característica essencial de um Episódio Depressivo Maior é a ocorrência de um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades, em um período mínimo de 2 semanas. O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, quem incluem alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, para concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida – planos ou tentativas de suicídio (DSM-IV, APA, 2002). FRANÇA e RODRIGUES (1996) e SILVA (2002) apresentam a depressão como sendo a quarta

dimensão do *Burnout*. LAMONTAGNE (1995) afirma que, no *Burnout*, a deterioração do rendimento e da produtividade é acompanhada de depressão e de apatia. A fase final é a do *Burnout*, que se caracteriza por apatia total e incapacidade de mobilizar recursos interiores para responder às exigências exteriores.

No entanto, alguns autores diferenciam o *Burnout* da depressão. Concorde-se com GUIMARÃES e FERREIRA JUNIOR (2000): o *Burnout* é uma síndrome depressiva específica do trabalho. Os autores enfatizam que o *Burnout*, como a depressão, está relacionado com fatores endógenos, com a alienação e a diminuição da auto-estima. Para esses autores, a insatisfação do trabalho não deve ser confundida com o *Burnout*, embora exista correlação entre ambos (GIL-MONTE e PEIRÓ, 1997; BENEVIDES-PEREIRA, 2002 b). GLASS e MCKNIGHT (1996) revisaram diversas pesquisas sobre *Burnout* e depressão e encontraram que a maioria dos autores estabelece diferenças entre ambos. Em muitas pesquisas ocorreram correlações positivas entre a sintomatologia depressiva e o *Burnout*; a percepção de falta de controle induziria ao *Burnout*, que desencadearia a depressão, e o estresse crônico organizacional desencadearia a falta de controlabilidade, que, por sua vez, promoveria auto-avaliações negativas que favoreceriam o desencadeamento da depressão.

BABA et al., (1999) enfatizam que, na área organizacional, a sobrecarga de regras, conflitos de regras e falta de suporte social favoreceriam o estresse, que geraria o *Burnout*, que, por sua vez, desencadearia a depressão. LAFLEUR (1999) afirma que o *Burnout* é resultado, é a última fase de um estresse muito alto, de longa duração, de natureza pessoal e profissional que se manifesta em depressão. Segundo BENEVIDES-PEREIRA (2002), encontra-se nos depressivos maior submissão à letargia e a sentimentos de culpa e derrota, enquanto nas pessoas com *Burnout* os sentimentos são de desapontamento e tristeza. Para BAPTISTA et al. (2004), a relação entre depressão e *Burnout* pode ser vista por modelos inter-relacionados, principalmente sendo o *Burnout* um fator de risco para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva.

Como abordado anteriormente, os conceitos de Estresse, Depressão e *Burnout* devem ser diferenciados, e não considerados sinônimos (FARBER, 1991, 2000). Alguns autores consideram o *Burnout* como uma forma de estresse ocupacional

(MASLACH e JACKSON, 1981; CORDES e DOUGHERTY, 1993); intensificação dos sintomas do estresse (KYRIACOU e SUTCLIFFE, 1978); resultado da falta de suporte que o sistema organizacional proporciona ao indivíduo (FARBER, 1991); tensão emocional e nos recursos de enfrentamento que o indivíduo utiliza nas inter-relações em situações de trabalho (MASLACH, 1993); etapa final das progressivas tentativas malsucedidas do indivíduo em lidar com o estresse decorrente de condições de trabalho negativas (BYRNE, 1991, 1993). Enquanto o estresse apareceria como um esgotamento pessoal com conseqüências individuais, tanto físicas como psicológicas, o *Burnout* é mais abrangente e generalizador para o ambiente de trabalho. O comportamento disfuncional atinge os usuários, clientes, colegas e a organização de trabalho, e seria a conseqüência depressiva do estresse desencadeado pelo trabalho.

Segundo INOCENTE (2004), para estabelecer a distinção entre depressão e *Burnout*, é necessário entender que o *Burnout* é um processo de enfraquecimento decorrente de um período prolongado de estresse profissional. Quanto à depressão propriamente dita, ela se estende a todos os aspectos da vida, podendo resultar de conflitos antigos não resolvidos e de experiências negativas (morte de pessoas significativas, divórcio, separação). No entanto, os episódios depressivos são partes integrantes do *Burnout* e, quando não tratados, podem resultar em depressão mais grave.

Os principais fatores associados ao desenvolvimento da síndrome são: pouca autonomia no desempenho profissional, problemas de relacionamento com as chefias, problemas de relacionamento com colegas ou clientes, conflito entre trabalho e família, sentimento de desqualificação e falta de cooperação da equipe. A vulnerabilidade é maior em mulheres sem parceiros estáveis, nos primeiros anos de carreira, devido à dupla jornada de trabalho. O quadro evolutivo manifesta-se primeiramente em nível individual – sintomas físicos, como dores na coluna, costas e pescoço, e desmotivação para o trabalho – esta fase seria semelhante ao estresse. Após, as alterações manifestam-se e atingem o ambiente de trabalho, alterando suas relações com os colegas, com os clientes, e prejudicando a organização. Por fim se manifestam as doenças psicossomáticas: uso de medicamentos, alcoolismo, drogadicção, câncer, acidentes vasculares, depressão e idéias de suicídio (BALLONE, 2004).

Para a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1999), o *Burnout*, por meio da síndrome de esgotamento, produz manifestações físicas, emocionais e mentais. O esgotamento físico traduz-se pela falta de energia, por fadiga crônica, astenia, tédio geral, vulnerabilidade a doenças, freqüentes dores de cabeça, tensão muscular, dor, diversas perturbações somáticas e perturbações do sono. O esgotamento emocional pode ser associado a sentimentos de depressão, de desesperança, agravamento das tensões e de conflitos e de estados emocionais negativos, como raiva, impaciência e irritabilidade. Paralelamente, ocorre o afastamento de estados positivos, como a amizade, a consideração, a cortesia. O esgotamento mental pode implicar sentimento de estar insatisfeito e de atitudes negativas a respeito de si mesmo, de seu trabalho e da vida em geral. Observa-se, no *Burnout*, um desinvestimento no trabalho que se manifesta pelo absenteísmo, uma manifestação comportamental interessante que poderia ser agregada às outras manifestações citadas.

Segundo MASLACH (1998), o modelo multidimensional tem implicações teóricas e práticas, permitindo compreender melhor a forma de estresse laboral. Os eventos internos ou externos exercem papel importante, pois deixam os trabalhadores mais susceptíveis ao *Burnout* (GIL-MONTE e PIERÓ, 1997; FRANCOS, 1998; CODO e MENEZES, 1999; BENEVIDES-PEREIRA, 2002b; INOCENTE, 2004). As características de personalidade, tais como o padrão de personalidade Tipo A, exemplificam os eventos internos que concorrem para maior exposição ao risco do estresse e do *Burnout*. As pessoas com esse padrão de comportamento são, via de regra, competitivas, impacientes, com excessiva necessidade de controle e com dificuldade de tolerar frustrações. Outro exemplo de evento interno que concorre para com o risco de estresse e do *Burnout* é o *locus* de controle externo. Os portadores atribuem as suas possibilidades aos acontecimentos externos, assim como as pessoas com auto-estima, autoconfiança e auto-eficácia baixas e perfeccionistas (GIL-MONTE-PIERÓ, 1997; BENEVIDES-PEREIRA, 2002b; EVERERS et al., 2002). Também aqueles que apresentam sentimentos altruístas e idealistas, altamente centrados no trabalho, que fazem deste objetivo o único de suas vidas, sem investimentos em outras esferas, ficam altamente expostos ao estresse e ao *Burnout* (GIL-MONTE-PIERÓ, 1997).

Como eventos externos que concorrem para risco de exposição ao estresse e ao *Burnout*, podem ser citados: ambiente de trabalho desencadeador do sofrimento emocional, enfatizando os problemas disciplinares, como violência, falta de segurança; administração insensível ao problema; burocracia; pais omissos; transferências involuntárias; críticas da opinião pública; classes superlotadas; falta de autonomia; salários inadequados; falta de perspectivas de ascensão na carreira; isolamento ou falta de uma rede social de apoio; e, preparo inadequado. MALASCH e LEITER (1999) afirmam o trabalhador vem exercendo suas atividades em ambientes nos quais os valores humanos ocupam um distante segundo lugar. Os autores citados listam seis pontos de desequilíbrio entre o trabalho e o indivíduo: excesso de trabalho, falta de controle, falta de recompensa, falta de união, falta de equidade e conflito de valores. O próximo passo seria fazer algumas mudanças. Quando o trabalho começa a perder a importância, é tempo para mudança, para ter os deveres mudados, ou talvez seja hora de fazer uma ruptura.

Outras soluções para o trabalhador evitar o risco de ocorrência do *Burnout* seriam: Estabelecer alguns objetivos realistas a curto e longo prazo; Se estiver negligenciando a saúde, é necessário mudar os hábitos de comer e exercitar-se mais; Reservar algum tempo em cada dia para exercício de relaxamento e saber esperar pelos acontecimentos; Rever as amizades com as pessoas. Falar com elas a respeito de seus sentimentos. Não deixar acumular frustrações, raivas; Aprender a dizer *não*, quando é solicitado a fazer mais do que é possível; Aprender a delegar responsabilidades para outro e não pensar que é indispensável; Encontrar o senso de humor que foi perdido. Aprender a rir de si mesmo e da situação; Mais que tudo, estar em contato consigo mesmo, com seus valores e com o que deseja da vida. Aprender a reconhecer quando estiver dirigindo-se a si próprio duramente e quando estiver esgotando os recursos anteriores.

1.3.4 - *Burnout* em Professores

Pesquisas sobre *Burnout* são frequentemente realizadas por estudiosos da América do Norte e Inglaterra (CARLOTTO e GOBBI, 2002; CARLOTTO, 2003 a). É o mal-estar docente que se inscreve em uma situação de crise da educação, comum à maior

parte dos países do mundo devido ao ciclo degenerativo da eficiência docente. Não é fenômeno exclusivo dos países subdesenvolvidos (TRIAS, 1998), (BLASE, 1982). Este ciclo pode ocorrer de duas maneiras: na primeira, incide diretamente sobre a ação docente, limitando-a e gerando tensões de caráter negativo na prática cotidiana, relacionada a recursos materiais insuficientes, estado de conservação dos edifícios, locais inadequados, violência nas instituições escolares e acúmulo de exigências sobre o professor; na segunda, refere-se às condições ambientais e ao contexto em que se exerce a docência, afetando-a diretamente, promovendo a diminuição da motivação, da imagem que o professor tem de si mesmo, de seu trabalho profissional, conduzindo-o a uma crise de identidade e autodepreciação (BLASE, 1982; ESTEVE, 1999; 1999; KORINFELD, 2002).

A tensão do trabalho do professor pode estar associada a um nível elevado de *distress* psicológico e esgotamento profissional. O *Burnout* surge de uma relação de mal-estar do professor em relação ao seu trabalho, o que lhe provoca emoções desagradáveis, tais como tensão, frustração, ansiedade, raiva e depressão, resultantes do estresse. Acontece com professores que investem um alto grau de energia em seu trabalho, em detrimento de sua vida pessoal (KYRIACOU e SUTCLIFFE, 1978; KYRIACOU, 1987). Esse estado de esgotamento emocional se manifesta por uma redução na produtividade do trabalho e no sentimento de despersonalização, tornando o profissional insensível e impessoal no relacionamento com os alunos. Os principais sintomas de esgotamento profissional são a fadiga, perda de entusiasmo, sintomas físicos (problemas digestivos, dores nas costas, dor de cabeça, problemas de pele, problemas de sono), perda de confiança em si, sentimento de incompetência, culpabilidade, aversão pelo trabalho, baixo rendimento, falta de ética, dificuldade de concentração e memória, ansiedade, irritabilidade e negativismo.

As características do trabalho do professor podem ameaçar sua Saúde Mental. Os principais sinais e/ou manifestações do esgotamento profissional (LAMONTAGNE, 1995) são: demanda psicológica elevada; carga excessiva de trabalho no plano intelectual, realizado sob pressão; perda gradual de satisfação no trabalho; aparição de diversos problemas de saúde decorrentes do ambiente de trabalho; repercussões dos problemas no ambiente de trabalho, quando o professor reage de forma inapropriada frente

aos colegas ou às situações de trabalho, isolando-se dos contatos sociais; deterioração do rendimento e da produtividade, acompanhada de depressão e de apatia; o resultado final do esgotamento caracteriza-se por apatia total e incapacidade de mobilizar os recursos interiores para responder às exigências externas. Outros fatores inerentes ao trabalho poderão conduzir ao esgotamento profissional: exigências do trabalho; perda de autonomia, de liberdade e de poder sobre o trabalho; falta de apoio e de recursos materiais; conflitos; ambigüidades de papéis e falta de reconhecimento profissional e social (DUHAIME e LEPAGE, 2000).

Observam-se estudos, realizados no Brasil, que abordam a Síndrome de *Burnout* (TAMAYO, 1997; HAMMOND e ONIKAMA, 1997; CODO, 1999; COVOLAN, 1999; INOCENTE, 2000; CARLOTTO e GOBBI, 2002; VAROLI, 2002; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002; BENEVIDES-PEREIRA, 2002 a,b,c,d; CARLOTTO, 2002; BENEVIDES PEREIRA e MORENO-JIMÉNEZ, 2002; AMORIM, 2002; FERENHOF e FERENHOF, 2002; OGEDA et al., 2004). INOCENTE (2000) concluiu que a susceptibilidade a uma reação de *Burnout* é decorrente da frequência e intensidade dos estressores, da avaliação cognitiva e emocional que o indivíduo faz de eventos estressores, da maneira como lida com o estresse, dos sistemas de apoio social, das condições físicas, sociais e psicológicas do momento (REINHOLD, 1984, 2002).

CARVALHO (1995) analisou as representações de professores do ensino fundamental e médio das escolas estaduais quanto ao seu estado de saúde, relacionamento, condições de vida e trabalho e quanto à existência da síndrome de *Burnout*. Em 1997, o mesmo autor, estudou, por meio de um *screening* (rastreamento) na área de saúde mental, professores da rede estadual de ensino do período noturno, quanto a seu estado de saúde mental, suas condições de trabalho, e quanto a suas manifestações de insatisfação, ansiedade e inadequação social. CODO e col. (1999) realizaram uma pesquisa abrangente sobre o trabalho de educadores da rede pública, abordando as condições de trabalho e saúde mental de 1800 educadores. Os autores pontuaram que 48% sofrem de algum sintoma de *Burnout*, e que um em cada quatro educadores sofrem de exaustão emocional. Destacaram que 90% desses trabalhadores estão muito satisfeitos, e que a maioria está comprometida com o seu trabalho.

TOLOSA (2000) estudou professores da escola pública com 22 ou mais anos de serviços, e verificou que 64% da amostra relataram sentimentos de exaustão após a jornada de trabalho. Eram os que mais desejavam aposentar-se, e apresentavam baixa motivação para continuar lecionando. CARLOTTO (2002) investigou o nível de *Burnout* em 280 professores universitários que apresentaram nível médio de *Burnout*, de 1,80, e, quanto às dimensões da síndrome, a Exaustão Emocional apresentou-se mais alta, em relação ao nível global, 2,21; para Despersonalização, o índice foi de 1,48, indicando baixa frequência; e, com relação à Falta de Realização Profissional, o índice foi de 1,53, o que demonstrou que somente algumas vezes o trabalho era percebido como um elemento de não realização pessoal.

Estudos internacionais realizados com professores do ensino elementar demonstraram insatisfação no trabalho, percepção da desvalorização do docente por parte das autoridades, sintomatologia psicossomática, e destacaram a significação dos fatores contextuais na origem do mal-estar docente (GRASSO, 2002). A insatisfação laboral dos professores é um tema preocupante na atualidade, objeto de debates e de investigações mundiais (GRASSO, 2002), e exige demandas complexas. BYRNE (1991) investigou o impacto das variáveis do trabalho sobre as três dimensões do *Burnout* (Exaustão Emocional, Despersonalização e Falta de Realização no Profissional) em 98 professores da escola elementar, 163 da escola intermediária, 162 da secundária, e 219 da superior. Concluiu que os fatores organizacionais endureceram os sentimentos de 172 professores universitários. São fatores decorrentes das seguintes variáveis: limitação do tempo, síndrome do “publique ou pereça”, excessiva burocracia administrativa, falta de suporte administrativo e de reconhecimento, multiplicidade de papéis, recursos e orçamentos limitados, fatores pessoais externos, fraco treinamento acadêmico dos estudantes de graduação e atitudes e comportamentos dos estudantes.

O professor, como ator fundamental do processo educacional, poderá monitorar as mudanças necessárias no processo educativo, e, assim, o mal-estar docente poderá se converter no ponto central que permitirá abrir uma transformação integral das práticas educativas (DAY, 1999). Isso poderá acontecer por meio da ressignificação do sofrimento emocional, desde que seja possível o de aumento dos recursos que tornem enriquecedor o

trabalho do docente. A confluência do campo da saúde e da educação resultará em potentes intervenções que se apresentam alentadoras com respeito ao desafio em questão (SAAVEDRA e MARTINEZ, 1999). DANIEL e SCHULLER (2000) estudaram a síndrome de *Burnout* e problemas de saúde em uma amostra de 445 professores do ensino básico. Os resultados não confirmaram alto *Burnout* nesse grupo profissional. Entretanto, escores significativamente altos foram encontrados em ansiedade social nos grupos de professores em início de carreira e nos grupos de professores mais idosos, quanto à exaustão emocional e à realização profissional.

KORINFELD (2000) enfatiza a sobrecarga de trabalho a que está exposto o professor, referindo que a fonte principal do mal-estar docente não está somente na sobrecarga de tarefas e responsabilidades, nas indefinições normativas, nos déficits organizacionais crônicos do sistema educativo: cabe ao professor cuidar-se e cuidar dos alunos. FARBER (2000) sugere que há três tipos de *Burnout* em professores: no primeiro, sente-se esgotado em enfrentar o estresse; no segundo, trabalha cada vez suscetível ao estresse; e, no terceiro, é aquele no qual o professor não enfrenta graus excessivos de estresse, mas condições monótonas e falta de estímulos no trabalho. O autor recomenda que se evite tratar o *Burnout* do professor como se fosse um único fenômeno, e, preferivelmente, que se desenvolva o tratamento do tipo específico de *Burnout* manifestado. Sugere diferentes abordagens, como a psicanalítica, a reestruturação cognitiva e teoria humanística para tratar com sucesso cada tipo de *Burnout*.

PEDRABISSI e SANTINELLO (2000) realizaram um estudo com 300 professores sendo 152 da escola primária e 148 do ensino superior, avaliando as condições de trabalho, a qualidade de relacionamento com colegas e o tipo de apoio recebido. Concluíram que os professores do ensino superior tiveram um suporte mais eficaz dos diretores, o que amenizou o impacto do *Burnout*. FRIEDMAN (2000) estudou a percepção da auto-eficácia profissional do professor, afirmando que a crença em sua própria eficácia apresenta diversos efeitos que influenciam o curso de ação: a perseverança em face dos obstáculos e derrotas e sua resistência, o quanto pode suportar o estresse e os níveis de realização. O autor concluiu que a auto-eficácia pode reduzir o estresse por meio de metas mais realistas, atingíveis pelo professor, prevenindo-se, assim, o *Burnout*.

BAKKER e SCHAUFELI (2000) estudaram 154 professores da escola secundária, examinando o processo pelo qual o *Burnout* pode ser contagioso, e concluíram que esse contágio pode ser decorrente de duas condições: a suscetibilidade individual e a frequência com a qual os professores são expostos a colegas com problemas. GRASSO (2002) esclarece que em Córdoba (Espanha) as licenças médicas que se registram entre os professores excedem em muito as verificadas em outros setores da administração pública e que, por razões psiquiátricas, alcançam elevada proporção entre os docentes. RUTTER, et al., (2002) argumentam que há um nível elevado de estresse em médicos, dentistas e professores, decorrente da sobrecarga do trabalho e da falta de congruência entre controle e responsabilidade. Os autores concluíram que os médicos e dentistas que, além da sua jornada clínica, trabalham como professores, podem, com esse duplo papel, reduzir o estresse e o *Burnout* no trabalho.

BARONA (2003) avaliou a síndrome de *Burnout* e os mecanismos de enfrentamento em 257 professores universitários e concluiu que os que apresentaram alto grau de esgotamento emocional apresentavam desconexão mental, desconexão da conduta e consumo de drogas. CORDEIRO et al., (2003) detectaram alta prevalência de *Burnout* (41%) e depressão (25%) em professores do ensino fundamental. Esses autores concluíram que os sujeitos que apresentaram índices mais elevados da síndrome de *Burnout* também manifestaram maior grau de depressão. Obtiveram correlações positivas significativas das três subdimensões do *Burnout* com a variável depressão, e a correlação mais alta foi obtida com a Exaustão Emocional. CID e TORRES (2004), em um estudo atual e comparativo sobre a síndrome de *Burnout*, com 40 professores da educação secundária da província de Salamanca, detectaram Exaustão Emocional (46,61%) e Falta de Realização Profissional (41,22%).

1.4 - Distúrbio da Depressão

1.4.1 - Depressão: Conceitos Gerais

Os estados depressivos constituem um problema de saúde pública (DALGALARRONDO, 2000; DEL PORTO, 2000), em virtude do sofrimento emocional, do custo social, da alta prevalência, de 08-25% (SOUZA, et al., 1996; FENELL, 1997;

DEL PORTO, 2000; DSM-IV-TRTM-, APA, 2002; VEGA, 2004; INOCENTE, 2004), do risco de suicídio na população, de 15% a 25% (DSM-IV - APA, 2002; DEL PORTO, 2000; GILL et al., 2004) e, em alguns casos, do abuso da dependência de substâncias psicoativas (MUNTANER et al., 1998; DEL PORTO, 2000; MAUSNER-DORSCH e EATON, 2000; LAFER, 2000; GUIMARÃES e FERREIRA JUNIOR, 2000). Atualmente, a depressão grave é a principal causa de incapacitação, e situa-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial (OMS, 2001). Há preocupação entre os autores quanto à incidência na faixa etária jovem (DEL PORTO, 2000; OMS, 2001), o que é mais oneroso para a sociedade, em termos humanos e financeiros (OMS, 2001; VEGA, 2004), e sua repercussão no ambiente laboral, que compromete a satisfação e o desempenho no trabalho (CID-10, OMS, 1993; WOLLWESHEIM, 1993; MUNTANER et al., 1998; MAUSNER-DORSCH e EATON, 2000; GUIMARÃES e FERREIRA JUNIOR, 2000; OMS, 2001; INOCENTE e REIMÃO, 2002; VEGA, 2004; INOCENTE, 2004).

O termo depressão é utilizado de múltiplas formas, não havendo uniformidade entre os autores. Segundo LEWINSOHN (1974; 2003), pode referir-se a um estado de humor, a um estado anormal de humor, a um sintoma, a uma síndrome sintomática, a um processo de enfermidade e, possivelmente, a uma série de processos. Os diversos significados são descritos como um estado de humor, um sintoma, uma entidade nosológica, um comportamento, uma síndrome ou uma complexa interação entre sintomas ou comportamentos (GONGORA, 1982; INOCENTE, 2000). Atualmente, o termo enfermidade ou doença foi substituído por transtorno. Encontra-se nos manuais de Psiquiatria, como a Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento – CID-10 (OMS, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV-TRTM (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2002), o termo “Transtorno do Humor”, na designação da depressão. Para esses manuais, a perturbação fundamental é uma alteração do humor, indicando a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, a sofrimentos e interferências de funções pessoais (CID-10, OMS, 1993).

Na CID-10 (OMS, 1993), os tipos de depressão listados na seção Transtornos do Humor (Afetivos) são: Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno Depressivo Recorrente, Transtornos Persistentes do Humor (Afetivos), Episódio Maníaco e Episódio Depressivo. O

Episódio Depressivo, na CID-10 (OMS, 1993), contempla três variedades: leve, moderado e grave. Os sintomas típicos apresentados são: humor deprimido, perda de interesse e do prazer, fadiga aumentada e atividade diminuída, além de outros sintomas – concentração e atenção reduzidas; auto-estima e autoconfiança reduzidas; idéias de culpa e inutilidade; visões desoladas e pessimistas do futuro; idéias ou atos lesivos ou suicídio; sono perturbado e apetite diminuído.

O Episódio Maníaco, na CID-10 (OMS, 1993), é caracterizado essencialmente por humor elevado e aumento de quantidade e velocidade da atividade física e mental. Esse episódio inclui três graus de gravidade: a hipomania, a mania sem sintomas psicóticos e a mania com sintomas psicóticos. Na CID-10 (OMS, 1993), a Distímia refere-se à depressão crônica do humor. As pessoas sentem-se cansadas e deprimidas e, na maior parte do tempo, apresentam sintomas como preocupações, queixas, sono perturbado e sentimentos de inadequação.

O DSM-IV-TR™ (APA, 2000) contempla quatro tipos de Depressão, no capítulo dos Transtornos do Humor: Depressão Maior, Distímia, Ciclotímia e Desordem Bipolar. Os episódios são categorias que descrevem sintomas específicos. O DSM - IV-TR™ (APA, 2000) lista quatro categorias de episódios do humor: Episódio Depressivo Maior, Episódio Maníaco, Episódio Misto e Episódio Hipomaniaco. No DSM-IV-TR™ (APA, 2002), o Episódio Depressivo Maior caracteriza-se por humor deprimido ou pela perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades na maior parte do dia, por um período mínimo de duas semanas, além de causar prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas relevantes na vida do indivíduo. Além disso, a pessoa deve apresentar sintomas adicionais: alterações do apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, para concentrar-se ou tomar decisões; e, pensamentos recorrentes sobre a morte ou ideação suicida (planos ou tentativas de suicídio).

No Transtorno Distímico a característica principal é humor cronicamente deprimido, que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, pelo menos durante dois anos (DSM-IV-TR™ APA, 2002). O Transtorno Ciclotímico está incluído na seção de Transtornos Bipolares, e abrange períodos de sintomas hipomaniacos e períodos de

sintomas depressivos, que não satisfazem o critério para o Episódio Depressivo Maior, nem para o Episódio Maníaco (DSM-IV-TRTM, APA, 2002). O Episódio Maníaco ocorre em indivíduos diagnosticados com Transtorno de Humor Ciclotímico e Transtorno Bipolar. Define-se pela duração de pelo menos duas semanas de humor anormal, persistentemente elevado, expansivo ou irritável, o qual deve ser acompanhado por pelo menos três sintomas adicionais, que incluem: auto-estima inflada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão para falar, fuga de idéias, distrabilidade, maior envolvimento em atividades dirigidas a objetivos ou agitação psicomotora, e envolvimento excessivos em atividades prazerosas, com alto potencial para conseqüências dolorosas (DSM-IV-TRTM, APA, 2002).

A depressão é um dos quatro transtornos mais freqüentes, constituindo um problema de saúde pública (DALGALARRONDO, 2000). É um dos distúrbios psiquiátricos mais comuns nos adultos (DEITOS et al., 1999), afetando grande parte da população mundial, provocando disfunções nas áreas de relacionamento social e do trabalho (WOLLWESHEIM, 1993; MUNTANER et al., 1998; LASSER e KAHN, 1998; LAFER, 1998; LEÓN e IGUTI, 1999; LAFER, 2000; FIORELLI, 2000; MIGUEL, 2000; MAUSNER-DORSCH e EATON, 2000; GUIMARÃES e FERREIRA, 2001; INOCENTE e REIMÃO, 2002; FREEMAN e OSTER, 2003; INOCENTE, 2004; INOCENTE e CAMARGO, 2004).

A depressão é um dos transtornos mentais mais prevalentes entre indivíduos que procuram os serviços de saúde mental (DOUGHER e HACKBERT, 1994; KAPLAN e SADOCK, 1999, 2002; ÁLVAREZ e MONTEZ, 2001). Na maior parte dos casos é um transtorno recorrente, em torno de 50 a 85% (VEGA, 2004). A perspectiva é que deverá aumentar nos próximos anos, devido ao crescimento populacional e aos efeitos da globalização. CAETANO e STELA (1990) investigaram a prevalência dos transtornos depressivos em um Centro de Atenção Primária de Saúde. Verificaram que 41 (39,8 %) dos 103 pacientes estudados apresentavam transtornos depressivos, e que apenas sete desses pacientes tiveram diagnóstico aproximado de depressão dado pelo clínico geral. Os autores apontam para a necessidade de preparação adequada dos generalistas, no sentido de identificarem os quadros depressivos. Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (2001)

recomenda o manejo e o tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária, o que constitui um passo fundamental para possibilitar ao maior número possível de pessoas o acesso mais fácil e mais rápido aos serviços, pois reduz exames supérfluos e tratamentos impróprios.

Os estudos apontam a relação entre a depressão e as mudanças psicossociais e eventos de vida (GOUVEIA, 1990), e como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas (GOUVEIA, 1990; MUNTANER, et al., 1998 DEITOS, et al., 1999; LAFER, 2000; DEL PORTO, 2000; MAUSNER-DORSCH e EATON, 2000; INOCENTE, 2000; YAONKERS e STEINER, 2001; FREEMAN e OSTER, 2003; LEWINSOHN et al., 2003; INOCENTE, 2004). KAPLAN et al. (1997), apontam que: o transtorno depressivo ocorre de 15 % a 25% em mulheres, e é mais alto em pacientes da clínica geral (10%) e em pacientes internados por motivos médicos (aproximadamente 10 %); a depressão unipolar é duas vezes maior no sexo feminino e igual para ambos os sexos, no distúrbio bipolar; em relação à idade, o transtorno bipolar I varia entre 5 ou 6 anos e 50 anos, com a idade média de 30 anos. Para o transtorno depressivo maior, a idade média é de 40 anos, com início entre 20 e 50 anos. Os autores advertem que alguns dados mais recentes sugerem aumento da incidência de transtorno depressivo entre pessoas com menos de 20 anos de idade, o que pode estar relacionado ao aumento do uso de álcool ou outras substâncias equivalentes. Até pouco tempo, acreditava-se que apenas os adultos tinham motivos para desenvolver depressão, e que as crianças não tinham problemas e preocupações para desencadeá-la. Contudo, percebe-se aumento crescente desses transtornos em diferentes faixas etárias. Em relação à raça, a prevalência não difere de uma raça para outra. Em relação ao estado civil, depressão unipolar é mais freqüente em pessoas que não têm relações interpessoais íntimas, ou que são divorciadas ou separadas, e o transtorno bipolar I é mais comum em indivíduos divorciados e solteiros. Em relação à situação socioeconômica, não existe correlação entre esta e transtorno depressivo maior. Há incidência superior à média de Transtorno Bipolar I entre os grupos socioeconomicamente superiores; talvez seja mais comum nas áreas rurais do que em urbanas e em pessoas de escolaridade incompleta do que nos que completam o ensino médio ou têm instrução superior. Quanto à etiologia, mencionaram que a base causal para os transtornos do humor é desconhecida. Os fatores podem ser divididos

arbitrariamente em fatores biológicos, genéticos e psicossociais, com probabilidade de os três campos interagirem entre si.

Dentre os diferentes tipos de alterações do humor, no estudo de KAPLAN et al. (1997), são focalizados os Episódios Depressivos (CID-10, OMS, 1993), que podem ser leves, moderados ou graves. O indivíduo sofre de humor deprimido, perda de interesse e de prazer e energia reduzida, o que o leva à fadigabilidade aumentada e à diminuição da atividade. A pessoa apresenta cansaço marcante após esforços leves. Outros sintomas são: concentração e atenção reduzidas, auto-estima e autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos lesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído. Segundo a OMS (2001), o estado afetivo angustiado e deprimido inicia uma cascata de mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunitário e cria maior susceptibilidade a uma série de doenças físicas. A depressão pode afetar as pessoas em qualquer fase da vida, embora a incidência seja mais alta nas idades médias. Em cerca de 20% dos casos, porém, a depressão segue um curso crônico, sem remissão. Pode estar presente, também, em diversos sintomas somáticos (OMS, 1999). A estimativa da ocorrência da depressão ao longo da vida é de 21% para as mulheres e 13% para os homens, e a diferença entre sexos é de 2:1 para mulheres, quando comparadas aos homens (YONKERS e STEINER, 2001).

Os últimos anos testemunharam o rápido desenvolvimento de uma série de tratamentos psicológicos em curto prazo para a depressão, e a eficácia clínica da terapia cognitivo-comportamental tem sido demonstrada (BECK et al., 1982; FENNELL, 1997; BECK e KUYKEN, 2003), compreendendo um complexo entrelaçamento de técnicas cognitivas e comportamentais.

A Terapia Cognitiva de BECK iniciou-se como tentativa de validar a teoria freudiana da depressão; no entanto, nas suas observações clínicas, detectou uma tendência negativa no processo cognitivo dos pacientes. A Terapia Cognitiva da depressão é uma modalidade na qual há ênfase na interação de cinco elementos: ambiente (principalmente a história de desenvolvimento e cultura), biologia, afeto, comportamento e cognição. (BECK et al., 1982). Esse modelo envolve três conceitos para explicar a depressão: a tríade cognitiva, esquemas e erros cognitivos. A tríade cognitiva consiste num

conjunto de três padrões cognitivos negativos: uma visão negativista que o paciente tem de si, percebendo-se como uma pessoa defeituosa, inadequada, carente ou doente; a tentativa da pessoa deprimida de interpretar suas experiências de forma negativa e, por último, uma visão negativista do futuro.

Os esquemas, segundo BECK et al. (1982), são estruturas cognitivas responsáveis pela seleção e organização das experiências de um indivíduo. São padrões cognitivos estáveis que são ativados conforme as circunstâncias, determinando o modo como uma pessoa responde. Na pessoa deprimida, à medida que a depressão se agrava, ocorrem as distorções da realidade, passando a funcionar de modo negativista. Por último, nos deprimidos ocorrem vários tipos de erros de interpretação dos fatos, decorrentes dos pensamentos automáticos e do processamento falho de informações. Nos estados agudos da depressão, a pessoa pode ficar totalmente preocupada com pensamentos negativistas, sentindo dificuldade em concentrar-se em estímulos externos (como ler ou responder perguntas) ou envolver-se em atividades mentais (computação, resolução de problema, memórias).

Vários tipos de erros cognitivos podem ser encontrados em pessoas deprimidas, os quais provocam distorções. Alguns deles são (BECK et al., 1982): inferência arbitrária – refere-se ao processo de se chegar a uma conclusão na ausência de provas para sustentá-la, ou quando as provas são contrárias à conclusão; hiper generalização – quando se chega a uma regra ou conclusão geral com base em um ou mais acidentes isolados; abstração seletiva – consiste em focalizar um detalhe retirado do contexto, ignorando outros aspectos da situação e conceituando a experiência com base nesse fragmento; magnificação do negativo e minimização do positivo – são erros na avaliação do significado de um acontecimento que é percebido sob um prisma maior ou menor do que seria apropriado – erros, medos e imperfeições são exagerados, e os pontos positivos são minimizados; desqualificação do positivo – é a tendência a transformar experiências neutras ou positivas em negativas, pensamento absolutista ou dicotômico – quando se colocam todas as experiências em uma das categorias opostas, bipolares, num completo sucesso ou fracasso total, na descrição de si mesmo.

BECK et al. (1982) categorizam os sintomas depressivos em: afetivos (tristeza, ausência de gratificação, apatia, perda de sentimentos e afeição pelo outro, perda das reações de alegria, ansiedade); motivacionais (desejo de escapar da vida, de evitar problemas ou mesmo atividades cotidianas habituais); cognitivos (dificuldade de concentração e com a memória, problemas com o nível de atenção); comportamentais (são reflexos dos sintomas citados, incluindo passividade, afastamento de outras pessoas, atrasos e agitação); fisiológicos ou vegetativos (incluem distúrbios do sono, com aumento ou diminuição, distúrbios de apetite, com aumento ou diminuição, e distúrbios sexuais). Os indivíduos freqüentemente formulam regras ou critérios excessivamente rígidos e absolutos, derivados de esquemas ou padrões complexos de pensamentos, mantidos por meio da operação de erros característicos no processamento de informação (BECK et al., 1982; DATTILIO e PADESKY, 1995; DATTILO e FREEMAN, 1995; SCHINOHARA, 1995, 2003).

Os esquemas cognitivos são formados por um conjunto de regras rígidas que direcionam a percepção que o sujeito tem do mundo. Os esquemas mais freqüentes são: a submissão para obter aprovação ou reconhecimento; a necessidade de uma performance perfeita; a importância de ter controle do ambiente; a vigilância potencialmente hostil dos outros (ANDRÉ e LEGÉRON, 1993). O modelo apresentado por Beck (BECK et al., 1982) é simples, coerente, e isola o núcleo depressivo, a tríade cognitiva que se exprime por meio das cognições. Para esse autor, o homem possui meios de compreender e de resolver ele mesmo seus problemas psicológicos. A terapia consiste na identificação dos esquemas e dos processos de pensamentos inadequados.

Em nível cognitivo de mudança, DANTILLIO e PADESKY (1995) esclarecem que o terapeuta trabalha em três níveis: com os pensamentos automáticos (os mais acessíveis, pois estão situados na superfície e consistem em idéias, crenças, imagens que as pessoas têm a cada momento, específicos à situação); com as suposições subjacentes (as regras que estão situadas em nível profundo, que ajudam a organizar as nossas percepções – são as raízes dos pensamentos automáticos); e, finalmente, no núcleo estão os esquemas, que são as crenças básicas, inflexíveis e incondicionais. Esses três níveis são inter conectados, e o terapeuta tenta mudá-los. Segundo LIMA (1990), os

conceitos de premissas e esquemas são usados para integrar as distorções cognitivas, que caracterizam o pensamento do deprimido, e são modelados durante a história de vida do indivíduo. Assim, com o processo terapêutico cognitivo, o paciente é levado a submeter suas assunções depressogênicas a uma crítica racional. A autora afirma que a terapia cognitivo-comportamental é eficaz nas depressões unipolares e que tem papel profilático.

SCHINOHARA (1995) esclarece que todos os sentimentos (humor) são criados pelas cognições ou pensamentos. A cognição refere-se ao modo como se olham e se interpretam os eventos. Quando a pessoa está deprimida, os pensamentos estão dominados por uma negatividade pervasiva, o que significa que ela percebe a si mesma e o mundo de forma obscura. Durante a terapia, o paciente aprenderá que seus pensamentos se encontram distorcidos e que são a causa do seu sofrimento emocional. Segunda a autora, os terapeutas capazes de realizar análises funcionais com seus clientes poderão compreender melhor como determinadas crenças são mantidas (SCHINOHARA, 2003).

Pesquisas relevam que o tratamento conjugado de medicação e terapia, em especial a Terapia Cognitivo-Comportamental, é o mais eficaz e rápido para a remissão do quadro da depressão (FENNELL, 1997; WRIGHT, 1998; ITO et al., 1998, 2000; LOTUFO NETO et al., 2001; LAFER, 2000; LIMA e DERDYCK, 2001; ÁLVAREZ e MONTEZ, 2001; LEWINSOHN et al., 2003; FREEMAN e OSTER, 2003; VEGA, 2004). ALMEIDA e LOTUFO NETO (2003) realizaram uma revisão dos ensaios clínicos randomizados e controlados, para investigar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental na prevenção de recaídas e/ou recorrências depressivas, consultando as bases de dados *Medline*, *Lilacs*, *Cochrane*, *Biosis* e *Embase*. Concluíram que a terapia cognitivo-comportamental mostrou-se eficaz na redução de recaídas depressivas; no entanto, há necessidade de que seja investigada sua eficácia em relação ao uso de antidepressivos e a estratégia mais eficaz para cada tipo de paciente.

1.4.2 - Depressão no Trabalho

LASSER e RAHN (1998) pontuam que a depressão é um dos problemas de saúde mais frequentes no ambiente de trabalho. As investigações recentes sugerem que, nos países industrializados, a incidência da depressão tem aumentado, tornando-se uma enorme

carga, tanto para os trabalhadores, como para os centros de trabalho. Os autores citados estimam que um entre dez trabalhadores sofrerá depressão clínica bastante grave, o que exigirá seu afastamento do trabalho. A depressão é uma síndrome prevalente, e traz grande sofrimento e prejuízos ao desempenho social e ocupacional (LOTUFO NETO et al., 2000). No contexto atual, em que há riscos de perda de trabalho, em decorrência de fusões de empresas, enxugamento do quadro de funcionários, contínua mudança das tarefas a desempenhar, e constante introdução de novas tecnologias, o trabalhador sente-se incompetente, e isso favorece o desenvolvimento de estados depressivos e traz o risco de suicídio (LINDEMAN et al., 1997).

PATERNITI et al. (2002) examinaram a relação entre os fatores psicossociais do trabalho e as mudanças nos sintomas depressivos, considerando os traços de personalidade em 7729 homens e 2790 mulheres de uma companhia nacional francesa de gás e eletricidade. Dos resultados obtidos, observou-se que, em ambos os gêneros, as altas demandas do trabalho e o baixo apoio social eram fatores preditores de resultados crescentes de sintomas depressivos, independentemente dos traços de personalidade. Os autores afirmaram que as condições psicossociais adversas do trabalho são propícias para manifestar esses sintomas depressivos, os quais pioram, mesmo sem o concurso dos traços de personalidade. GLINA et al. (2001) analisaram os prontuários de 150 atendidos pelo Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Os quadros clínicos mostraram a existência de medo, ansiedade, depressão, nervosismo, tensão, fadiga, mal-estar, perda de apetite, distúrbios de sono, distúrbios psicossomáticos (gastrite, crises hipertensivas) estresse grave. Em todos os casos foi possível relacionar o nexo entre quadro clínico e situação de trabalho.

SOUZA e SILVA (1998) analisaram as características associadas ao risco de ocorrência de distúrbios psiquiátricos menores para a categoria de motoristas e cobradores de ônibus urbano, na cidade de São Paulo (Brasil), em 1990. Estudou-se a prevalência dos distúrbios psiquiátricos menores (DPM) em uma amostra de 925 motoristas e cobradores, controlando e identificando as variáveis de confundimento existentes, por meio da análise de regressão logística, utilizando-se um modelo progressivo, passo a passo. Observou-se prevalência de DPM de 20,3% no conjunto dos dois grupos de trabalhadores, sendo

significativamente maior entre os cobradores (28%) do que entre os motoristas (13%) ($p < 0,0001$). A análise de regressão logística mostrou o trânsito intenso ($OR = 1,99$; com intervalo de confiança de 95% = 1,39-2,84) e a condição ocupacional de cobrador ($OR = 1,84$; IC 95% = 1,09-3,10) como os fatores de maior risco para os DPM. Além desses, mostraram-se fatores de risco: o déficit de sono (dormir menos que 6 horas diárias), o absenteísmo, utilização de banco sem mecanismos de regulação, migração da região Nordeste e alterações na escala de trabalho. O risco para a categoria ocupacional cobrador sugere a importância desse trabalho específico como determinante do sofrimento psíquico, levando a considerar-se a relação com os passageiros como um possível fator de risco.

ROBYN e SCOTT (2002) afirmam que os sentimentos que acompanham a depressão podem causar numerosos problemas interpessoais. Esses problemas podem ser resultado dos sintomas de depressão, fadiga, irritabilidade e das dificuldades para concentrar-se e conciliar o sono. Concluíram que o comportamento hostil dos pacientes depressivos é fruto da sintomatologia da depressão, e nunca inerente ao indivíduo. Segundo a FEDERAÇÃO DE ENSINO da Espanha (2004) as patologias psiquiátricas são a causa mais frequente de baixa laboral entre os docentes espanhóis. Em uma pesquisa, realizada com 740 professores, 12% apresentaram tais transtornos.

1.4.3 - Depressão em Professores

Na literatura nacional, são raros os estudos sobre depressão em professores. Foram encontrados alguns estudos avaliando a depressão em estudantes. MARTINS et al. (1997), em Portugal, detectou uma correlação significativa da sintomatologia depressiva em estudantes universitários. ANDRIOLA e CAVALCANTE (1999) avaliaram a depressão em alunos da pré-escola por meio da Escala Sintomatologia Depressiva para Professores (ESDM-P), em uma amostra composta de 345 alunos da pré-escola, com a idade média de 5,6 anos, de ambos os sexos. As análises das respostas emitidas pelas professoras revelaram que 3,9% das crianças apresentaram prevalência à depressão.

PORCU et al. (2000) avaliaram a epidemiologia da sintomatologia depressiva em 126 estudantes de medicina, utilizando o Inventário Beck de Depressão. Encontraram na população a prevalência de sintomas depressivos (49,2%), 4 vezes maior que na população americana e 7 vezes maior que na brasileira. Na passagem do primeiro ano para o segundo, a prevalência de sintomas depressivos aumenta de 20% para 61,8%; do segundo para o terceiro ano, a porcentagem de casos graves aumenta de 4,8% para 19%; há diminuição da prevalência no quarto ano (47,4%) e no quinto ano (45,5%); há aumento da prevalência no sexto ano, com sintomatologia moderada (61,12%). SHEPARD (1983) investigou as diferenças em frequência e intensidade de depressão em 233 universitários. O estudo avaliou o Desamparo Aprendido, que se constitui num modelo de depressão segundo o qual as pessoas depressivas atribuem as causas de eventos que têm consequências negativas a fatores internos. Os resultados demonstraram que as mulheres apresentaram maior frequência e intensidade da depressão do que os homens.

A literatura consultada indicou as seguintes pesquisas, desenvolvidas com professores:

Os professores sofrem uma variedade de pressões econômicas, institucionais e profissionais. Essas pressões reduzem sua vitalidade pessoal e a de sua carreira (BUMPUS, 1983). MACHELL (1988) afirma que alguns professores apresentam disfunção emocional, denominada melancolia professoral. Seria um processo emocional progressivo caracterizado pela negação da motivação professoral, pelo foco atitudinal e auto-estima de professores universitários. SILVANY NETO et al. (1998) estudaram 497 professores da rede municipal de ensino, e mais da metade da amostra (51,4%) apresentou distúrbios psíquicos menores, dentre eles a depressão.

TALENTO (1998) afirma que o aumento da carga de trabalho, ritmo estressante, falta de condições materiais e de tempo para reciclagem, além dos baixos salários, estão deixando os professores das escolas particulares da Bahia com problemas de saúde, como depressão e ansiedade, problemas estes que se multiplicaram nos últimos dois anos. CODO (1999), em pesquisa realizada com professores da rede pública de ensino em todo o País, revelou que 92,5% dos docentes apresentam sinais de distúrbios causados pelo *Burnout*. Pelo menos 41% encaixam-se em mais de dez sintomas da doença. No Acre, a

estimativa das próprias instituições de ensino é de que, a cada 10 professores que estão na ativa, dois apresentam tendência à depressão ou precisam de tratamento e acompanhamento médico para algum outro problema. O tempo em que passam em pé, a má postura, o uso de roupas inadequadas e a pressão sofrida por pais, diretores e alunos fazem com que os docentes descuidem de sua própria saúde, explicam os especialistas.

INOCENTE (2000) investigou os estados depressivos em 50 professores universitários, encontrando os seguintes sintomas: desânimo (64%); tristeza (56%); irritação (74%); ansiedade (76%); baixa auto-estima (56%); perfeccionismo (98%); e criticidade (92%). A autora concluiu que, apesar de a amostra não ter sido suficientemente grande, os resultados obtidos são indícios que merecem um estudo posterior, com a utilização de instrumentos mais apurados, para a avaliação da depressão. SCHONFELD (1989) investigou a relação entre o *distress* e sintomas depressivos em 67 professores. Os resultados indicaram que o nível de tensão do trabalho está relacionado com o *distresse* psicológico e com o alto escore na escala de sintomas depressivos. CASTRO et al. (2003) encontraram uma prevalência de 25% de depressão em professores do ensino fundamental. JURADO et al., (1998) detectaram uma prevalência de 27,5% de depressão em professores do nível primário e secundário.

Conforme o observado, a depressão no trabalho pode estar atrelada às condições de trabalho desfavoráveis, repercutindo na saúde física, emocional e social do trabalhador, e provocando prejuízos individuais e organizacionais. Com relação ao professor, é necessário o aumento do número de pesquisas sobre depressão, para que medidas possam ser implantadas, evitando-se a cronificação do distúrbio.

1.5 - Distúrbios do Sono

O sono é um estado caracterizado por diminuição da consciência, do movimento dos músculos do esqueleto e redução do metabolismo (SLEEPNET, 2004). O corpo trabalha para manter as funções cíclicas relativas a comer, regular a temperatura, acordar e dormir, coordenadas por dois relógios biológicos: um localizado no cérebro, formado por um grupo de neurônios que funcionam num padrão circadiano que se repete a

cada 24 horas; o outro é a melatonina, um hormônio que aumenta quando escurece e diminui com a luminosidade (REIMÃO, 1997). O método de avaliar a atividade encefálica é o Eletroencefalograma (EEG). É possível dividir a atividade encefálica em três estados: vigília, sono REM (*Rapid eye movement* - Movimentos rápidos dos olhos) e Sono NREM (*Non-rapid eye movement* - Movimentos não-rápidos dos olhos).

A polissonografia consiste na monitorização contínua e no registro de vários parâmetros fisiológicos e fisiopatológicos do sono por seis ou mais horas (ACADEMIA AMERICANA DO SONO, 2002). Cinco estágios distintos podem ser medidos pela polissonografia: o sono REM e quatro estágios do NREM (estágios 1, 2, 3, 4). O estágio do sono NREM representa uma transição da vigília para o sono e ocupa 5% do tempo gasto dormindo, em adultos saudáveis. O estágio 2 ondas do sono NREM, caracterizado por formatos de ondas de EEG específicos (fusos de sono e complexos K), ocupa cerca de 50% do tempo do sono. Os estágios 3 e 4 do sono N-REM (sono de ondas lentas) são os níveis mais profundos do sono e ocupam cerca de 10-20% do tempo de sono. O sono REM, durante o qual ocorre a maior parte de sonhos típicos, na forma de narrativas, ocupa cerca de 20-25% do sono total. Os estágios NREM 3 e 4 tendem a ocorrer da primeira-terça até a metade da noite, e sua duração aumenta em resposta à privação do sono. O sono REM ocorre ciclicamente durante a noite, alternando-se com sono NREM a cada 80-100 minutos, aproximadamente.

O sono humano varia caracteristicamente, ao longo da vida. Após uma relativa estabilidade, com grandes quantidades de sono de ondas lentas na infância e no início da adolescência, a continuidade e a profundidade do sono deterioram-se, ao longo da faixa de idade adulta. Essa deterioração é refletida por maior vigília e sono do estágio 1 e redução dos estágios 3 e 4. A continuidade do sono refere-se ao equilíbrio geral do sono e vigília durante uma noite de sono: melhor continuidade do sono indica um sono consolidado, com poucos despertares; pior continuidade do sono indica sono perturbado, com muitos despertares. A arquitetura do sono refere-se à quantidade e distribuição dos estágios específicos do sono cujas medições incluem: as quantidades absolutas do sono REM e de cada estágio do sono NREM, a quantidade relativa do sono e dos estágios do sono NREM (expressa como uma porcentagem do tempo de sono total) e a latência entre o início do sono e o primeiro período do sono REM (DSM-IV - TRTM, APA, 2002).

A duração do sono se reduz progressivamente ao longo da vida: o recém-nascido dorme 16-18 horas das 24 horas de cada dia; a criança de 10 anos de idade dorme de 9 a 10 horas por noite; o adulto jovem dorme 7 a 8 horas; e o idoso, 6 horas e meia (REIMÃO, 1997; 2000). A duração do sono é variável entre os indivíduos normais. A distribuição da duração de sono no adulto jovem normal ocorre no padrão da curva normal (curva de Gauss): a média está ao redor de 7 horas a 8 horas. A esquerda da curva é composta de indivíduos normais, que têm sono de curta duração, chamados dormidores curtos (*short sleepers*). A extrema direita da curva é composta de indivíduos normais, que têm sono de larga duração, chamados dormidores longos (*long sleepers*). Cada um desses grupos compõe 5% da população geral (REIMÃO, 2000).

A primeira classificação internacional dos distúrbios do sono foi publicada na revista *Sleep*, em 1979, facilitando a comunicação entre os profissionais da área da saúde e, inclusive, influenciando outras classificações, como a CID-10 (OMS, 1993) e o DSM-IV (APA) (SOUZA e GUIMARÃES, 1999). Sua classificação atual contempla mais distúrbios do que a CDI-10 (APA, 1993) e o DSM-IV (APA, 2002). No presente estudo, os Distúrbios do Sono são classificados conforme a CDI-10 (OMS, 1993), o DSM-IV-TRTM (2002) e a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ACADEMIA AMERICANA DE MEDICINA DO SONO – AAMS, 2001).

Os transtornos não-orgânicos de sono, na CDI-10 (OMS, 1993), são aqueles nos quais as causas emocionais são consideradas como fator primário. Em numerosos casos, uma perturbação do sono é um dos sintomas de um outro transtorno mental ou físico. Esta categoria compreende os transtornos do sono decorrentes de fatores emocionais não-orgânicos, não devidos a transtornos físicos classificados na parte de sono de origem orgânica. Os transtornos não-orgânicos de sono incluem: Insônia não-orgânica; Hipersonia não-orgânica; Transtorno não-orgânico do ciclo sono-vigília; Sonambulismo; Terrores Noturnos; Pesadelos. Outros Transtornos não-orgânicos de sono e Transtornos não-orgânicos de sono não especificados.

Na Insônia não-orgânica, o sono é de quantidade e de qualidade não satisfatórias, as quais persistem durante um prolongado período de tempo. A Hipersonia não-orgânica é uma condição de sonolência diurna excessiva e ataques de sono

(não explicados por uma quantidade inadequada de sono) e, por outro lado, por períodos de transição prolongados, até o estado de vigília completo após o despertar. Nos Transtornos não-orgânicos do ciclo sono-vigília ocorre ausência de sincronicidade entre o horário de vigília-sono e o horário vigília-sono desejável em relação ao ambiente de um indivíduo, resultando em queixas de insônia ou de hipersonia. O Sonambulismo é uma alteração do estado de consciência, associando fenômenos de sono e de vigília. Durante um episódio de sonambulismo, o indivíduo levanta-se do leito, em geral no primeiro terço do sono noturno, e caminha; essas manifestações correspondem a um nível reduzido de percepção do ambiente, reatividade e habilidade motora. O Terror noturno é constituído de episódios noturnos de terror e pânico associados a vocalização, agitação motora e altos níveis de descarga autonômica. Os Pesadelos constituem uma experiência de sonho carregada de ansiedade ou de medo, acompanhada de uma lembrança muito detalhada do conteúdo do sonho.

Os Transtornos do Sono no DSM-IV-TRTM (2002) são classificados em quatro seções principais: Transtornos Primários do Sono; Transtornos do sono Relacionados a Outro Transtorno Mental; Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno do Sono Induzido por Substância. Transtornos Primários do Sono são aqueles pelos quais não é responsável nenhuma das etiologias listadas adiante (isto é, um outro transtorno mental, uma condição médica geral ou uma substância). Decorrem de anormalidades endógenas nos mecanismos de geração ou nos horários de sono/vigília, e freqüentemente são complicados por fatores de condicionamento. Esses transtornos, por sua vez, são subdivididos em: Dissônias, que são transtornos primários da iniciação ou manutenção do sono ou de sonolência excessiva - são caracterizados por anormalidades na quantidade, qualidade ou tempo de sono; Parassônias, que são transtornos caracterizados por eventos comportamentais ou fisiológicos anormais ocorrendo em associação com o sono, estágios específicos do sono ou transições de sono/vigília).

O Transtorno do Sono Relacionado a Outro Transtorno Mental envolve queixa de distúrbio do sono resultante de transtorno mental diagnosticável, freqüentemente Transtorno do Humor ou Transtorno de Ansiedade, que, no entanto, é suficientemente severa para indicar uma atenção clínica independente. A característica essencial da Insônia

e da Hipersonia relacionadas a outros transtornos mentais é a presença da insônia ou hipersonia considerada temporal e casualmente relacionada a outro transtorno mental. Presumivelmente, os mecanismos fisiopatológicos responsáveis pelo transtorno mental também afetam a regulação do ciclo de sono-vigília. O Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral é um distúrbio no sono suficientemente grave resultante dos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral sobre o sistema de sono-vigília. O Transtorno do Sono Induzido por Substância consiste em um distúrbio do sono suficientemente grave decorrente dos efeitos fisiológicos resultantes do uso atual, ou da descontinuação recente do uso de uma substância, como medicamentos, droga de abuso, ou exposição a uma toxina. A avaliação dos indivíduos que apresentam queixas de distúrbios do sono inclui uma determinação do tipo específico de queixa relativa ao sono e uma consideração de transtornos mentais concomitantes, condições médicas gerais e uso de substâncias, inclusive medicamentos, possivelmente responsáveis pelo distúrbio do sono (DSM-IV-TRTM, APA, 2002).

As afecções do sono são denominadas de “distúrbios”, pela Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (ACADEMIA AMERICANA DE MEDICINA DO SONO – AAMS, 2001), e contemplam os seguintes distúrbios: Dissônias; Parassônias; Distúrbios do Sono Associados com Distúrbios Mentais, Neurológicos e Outros Distúrbios Médicos; e, Distúrbios do Sono Propostos. As Dissônias são aqueles que levam à sonolência excessiva ou à dificuldades em iniciar e manter o sono. São também denominadas de distúrbios primários do sono e incluem: Distúrbios Intrínsecos do Sono; Distúrbios Extrínsecos do Sono e, Distúrbios do Ritmo Circadiano do Sono. As Parassônias consistem de distúrbios clínicos que são anormalidades dos processos responsáveis pelos estados do sono e de vigília por si. No entanto, preferentemente, são fenômenos físicos indesejáveis que ocorrem predominantemente durante o sono. Muitas das Parassônias são manifestações da ativação do sistema nervoso central. Mudanças autonômicas do sistema nervoso central e atividades dos músculos esqueléticos são as características predominantes desse grupo de distúrbios.

Distúrbios do Sono Associados com Distúrbio Mental, Neurológico ou Outros Distúrbios do Sono: embora a maioria dos distúrbios mentais possa ter associação com distúrbios do sono, as psicoses, os distúrbios do humor, de ansiedade, do pânico e o

alcoolismo são apresentados nesta seção porque são comumente vistos em pacientes com queixas de sono, e devem ser considerados em diagnósticos diferenciais. Os Distúrbios do Sono Propostos incluem todos aqueles distúrbios do sono para os quais informações insuficientes ou inadequadas estão disponíveis para substâncias a inequívoca existência do distúrbio.

1.5.1. - Pesquisas gerais sobre Distúrbios do Sono

Os transtornos do sono, principalmente a insônia, devido a sua frequência na população geral, são fontes de sofrimento, contribuem na redução do rendimento laboral, social e emocional (FLETT et al., 1995; CULEBRAS, 1996; FIORELLI, 2000; VICENT e WALKER, 2000; MOREIRA, 2001; RIBAS et al., 2001; EDINGER et al., 2002; HERNÁNDEZ, 2002; ESPIE et al., 2002; BOUCHARD, et al., 2003; OLIVEIRA et al., 2003, 2004; LINTON, 2004; GUIMARÃES e TEIXEIRA, 2004; BASTIEN et al., 2004; SOUZA e REIMÃO, 2004), com comprometimento da saúde física e mental. O transtorno do sono tem custo social alto, devido ao aumento de risco de acidentes de trânsito, o uso abusivo de medicamentos para dormir, no caso da insônia, e de medicamentos para não dormir, principalmente em trabalhadores noturnos, motoristas e professores (INOCENTE et al., 2001), contribuindo para o detrimento da qualidade de vida. HERNÁNDEZ (2002) afirma que um em cada 10 pacientes sofre algum tipo de transtorno do sono, e que a maioria das pessoas que padecem desse tipo de alteração desconhece que os transtornos podem ser tratados.

A prevalência da insônia na população geral varia de 10 a 76,3%, dependendo dos critérios conceituais utilizados (CULEBRAS, 1996; OHAYON, 1996; SOUZA e GUIMARÃES, 1999; ROCHA, 2000; SOUZA, 2001; SOUZA et al., 2002; DSM-IV-TR™ (APA, 2002); LINTON, 2004; SOUZA e REIMÃO, 2004). A insônia varia com a idade e gênero, e sua prevalência é 1,5 vezes maior nos idosos do que nos adultos jovens. As mulheres sofrem mais de insônia que os homens (DSM-IV, APA, 1995). Os adultos jovens queixam-se com maior frequência de dificuldades em conciliar o sono, ao passo que os adultos de meia-idade ou idosos estão mais propensos a dificuldades com a manutenção do

sono e despertares precoces nas primeiras horas da manhã (DSM-IV-TRTM, 2002). A insônia afeta a qualidade de vida em cinco preditores: a qualidade do sono e despertar, humor e estado psicológico, a forma física e o relacionamento social, familiar e profissional/acadêmico (SOUZA e REIMÃO, 2003).

Os sintomas diurnos comuns de pacientes com insônia são: fadiga, cansaço fácil, ardência nos olhos, irritabilidade, ansiedade, fobias, incapacidade de concentrar-se, déficit de atenção, dificuldade de memória, mal-estar e sonolência. A insônia crônica pode levar a uma redução das sensações de bem-estar durante o dia, como alteração do humor e motivação, menor atenção, energia e concentração e aumento da fadiga e mal-estar. Embora os indivíduos muitas vezes tenham a queixa subjetiva de fadiga diurna, os estudos polissonográficos geralmente não demonstram um aumento dos sinais fisiológicos de sonolência (DSM-IV-TRTM, APA, 2002). Diferentes autores enfatizam que as alterações do sono aparecem em pacientes com transtornos do humor DSM-IV –TRTM, APA, 2002; HEWITT, et al., 1998; SOUZA et al., 1999; SOUZA, 2000; ROCHA, 1999; ROSSINI, 1999; 2000; DUALIBI, 1999; KAPLAN e SADDOK, 1999; OMS, 2001; MOREIRA e DOMINGUES, 2001; INOCENTE e REIMÃO, 2002; GUIMARÃES e TEIXEIRA, 2004).

Em todas as especialidades médicas há uma prevalência de transtornos do sono em 20% a 40% dos pacientes, em alguma época da vida (DUALIBI, 1999), com agravos médicos e psiquiátricos (RIBAS et al., 2001). A ligação entre sono e transtornos psiquiátricos foi reforçada pelas revelações da neurobiologia. KAPLAN e SADOCK (1999) afirmam que não existem outros meios disponíveis para acabar com a depressão e iniciá-la de forma tão rápida quanto por meio da privação e recuperação do sono. CARMONA (2001) argumenta que o sono é uma frágil estrutura que sucumbe ante múltiplos eventos, sendo um dos elos dos transtornos depressivos. Ressalta que o sono alterado possibilita a entrada de depressões, e que entre a depressão e a insônia existe uma relação cada vez mais reconhecida e estudada. Explica que os sistemas colinérgicos e aminérgicos influem na afetividade, e que seu desbalanço é a porta de entrada dos transtornos do sono e de transtornos depressivos, ou de ambos.

ROSSINI (1999) menciona que a insônia está freqüentemente associada com diagnósticos psiquiátricos relacionados à depressão e à ansiedade, e recomenda a avaliação multifatorial e multidisciplinar, para melhor eficácia do tratamento. A avaliação deve

incluir fatores médicos que contemplem os aspectos físicos e funcionais, os aspectos neuropsiquiátricos (cognitivos, afetivos e comportamentais), os aspectos sociais, econômicos e os aspectos da qualidade de vida. ROSSINI (2000) menciona a relação entre dores, insônia e o incômodo muscular como fator desencadeante da depressão e ansiedade. ROCHA (1999) esclarece que não há concordância entre os autores, quanto à definição de insônia, devido à complexidade do tema. No entanto, o autor ressalta algumas das características da insônia: a grande variabilidade no tempo necessário é suficiente para cada indivíduo se sentir bem e ter um bom desempenho no dia seguinte; a percepção pelo indivíduo de sono insuficiente; a perturbação polissonográfica normal do sono.

DUALIBI (1999) esclarece que o “não dormir bem” é socialmente mal visto, levando à omissão do sintoma; observa que é cada vez maior a quantidade de estímulos noturnos, e que dormir a noite toda seria perda de tempo, de prazer e de oportunidades. O sono e a depressão apresentam múltiplas relações complexas, pois aproximadamente 50 a 95 % dos pacientes portadores de transtornos do humor apresentam queixas de sono severamente comprometido, fragmentado e superficial (SOUZA, 1999). Os distúrbios do sono influenciam diretamente as flutuações do humor e são pistas essenciais nos diagnósticos para detectar o nível de depressão (INOCENTE e REIMÃO, 2001). Durante a fase depressiva, enquanto algumas pessoas dormem facilmente, mas apresentam despertares e insônia terminal, outros dormem excessivamente (NARDI, 1998).

GIGLIO (1988) estudou as diferentes queixas de sono em uma amostra representativa da cidade de São Paulo, constituída de 1.000 pessoas. Os resultados obtidos indicaram que 74,4% dos entrevistados mencionaram no mínimo uma queixa de sono; 50,6% apresentaram uma queixa de insônia; 18,6%, alguma queixa relativa à categoria das parassônias. RIVERA et al. (1997) estudaram uma população representativa da população geral adulta, composta de 638 indivíduos. Os resultados indicaram que 63% informaram alguma alteração do sono no mês anterior ao estudo, e o despertar precoce foi o mais freqüente; 21% apresentaram alterações nas três fases, concomitantemente, o despertar precoce, aumento da latência de conciliação e interrupção da manutenção do sono. Os autores comentaram que a hipossonia é uma reatividade ao estresse mais freqüente, afetando 58% da população, e que a alta vulnerabilidade dos mecanismos do sono ao

estresse pode explicar em parte a alta prevalência de alterações do sono. Considerando a intensidade da insônia, puderam diferenciar entre distúrbios leves ou passageiros e alterações severas e crônicas. Aplicando-se critério restritivo, observaram que 16% da população apresentavam algum tipo de alteração importante do sono, e 5%, insônia severa, com alterações nas três fases. Esses resultados coincidem com outros estudos epidemiológicos e com a OMS (2001). A dificuldade em estabelecer a prevalência real depende, entre outros fatores, de padrões culturais sobre a valorização subjetiva das alterações do sono como queixa.

SOUZA (1999) estudou os padrões de sono de sessenta pacientes ambulatoriais portadores de transtornos de humor, com a idade variando de 16 a 59 anos, submetidos a duas noites de avaliação polissonográfica noturna. Os pacientes foram divididos em depressivos leves, moderados e graves, de acordo com os critérios da Escala Hamilton e o Inventário Beck de Depressão. De um modo geral, todos os parâmetros avaliados se encontravam alterados, e apenas o sono do estágio 4 se encontrou estatisticamente significativo, entre os depressivos leves e severos. SOUZA e GUIMARÃES (1999) estudaram a prevalência da insônia em 2000 estudantes universitários e encontraram um alto índice - 34,95%.

ROSSINI et al. (2000) avaliaram os principais aspectos psicológicos presentes na organização adaptativa em 15 trabalhadores com idade média de 40 anos e com insônia crônica associada à contaminação por mercúrio inorgânico. Utilizaram a Entrevista Clínica Preventiva e a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO) de Ryad Simon. Os resultados obtidos apontaram nove trabalhadores com Adaptação Ineficaz Severa; cinco com Adaptação Ineficaz Moderada; e somente um com Adaptação Ineficaz Leve. O comprometimento na adaptação ocorreu nos quatro setores adaptativos: afetivo-emocional, sociocultural, da produtividade e orgânico. A eficácia adaptativa indicou que, em todas as 15 pessoas estudadas, as soluções adaptativas encontradas foram frustrantes e levaram ao sofrimento psíquico e/ou atritos ambientais, evidenciando a severidade de comprometimento na intoxicação crônica por mercúrio inorgânico.

SOUZA (2001) realizou um levantamento epidemiológico para detectar insônia nos habitantes da área urbana de Campo Grande. A prevalência geral de insônia foi de 19,1%, prevalecendo o distúrbio de iniciar o sono, e crônica, mais em mulheres e pessoas

com baixo grau de instrução. WILSON et al. (2002) examinaram a combinação do impacto da depressão maior e a insônia em indivíduos que sofrem de dor crônica, em três grupos de pacientes: depressão maior com insônia; insônia sem depressão e ausência de insônia e depressão. Os autores concluíram que os pacientes com dor crônica, depressão maior e, simultaneamente, insônia, apresentaram níveis mais altos de dor.

Estudos epidemiológicos têm mostrado alta prevalência de transtorno psiquiátrico em pessoas com insônia, a saber: LOYZA et al. (2001) realizaram um estudo em uma amostra de 302 estudantes de medicina, com o objetivo de avaliar a associação entre insônia e transtorno psiquiátrico. A prevalência de transtorno psiquiátrico foi de 22,19%, e a de insônia, 28,15%. Dificuldade para iniciar e manter o sono, dormir tarde e levantar cedo foram as variáveis associadas à possibilidade de transtorno psiquiátrico. KRIPKE et al. (2002) afirmam que as pessoas que dormem mais oito horas ou menos de quatro cada noites apresentam um risco ligeiramente superior de mortalidade do que aqueles que dormem entre 6 e 7 horas. OHAYON e VECCHIERINI (2002) investigaram, por meio de entrevistas telefônicas, 1026 pessoas com 60 ou mais anos, em Paris, e cerca de 14% declararam ter sonolência diurna excessiva e padecer de problemas de memória e concentração.

Os autores demonstram que as pessoas que têm sonolência excessiva diurna, de modo habitual, podem apresentar, também, sinais precoces de perda de memória e comprometimento cognitivo. HARA et al., (2003) realizaram um estudo epidemiológico na população de Bambuí (Minas Gerais), e a prevalência foi de 16,8% da sonolência excessiva diurna em 1065 participantes. DE MARCHI et al. (2004) estudaram a prevalência da insônia na população adulta urbana de São José do Rio Preto (São Paulo), correlacionando os resultados com os dados demográficos. Foram avaliados 1105 indivíduos em função de um erro de 3% e nível de confiança de 95%, usando um questionário estruturado e seguindo os critérios do DSM-IV e do DSM-III-R. Os resultados encontrados indicaram uma prevalência de 32% de insônia, sendo esta mais associada ao sexo feminino, aos não unidos, classes econômicas D/E, baixo nível de escolaridade, e menos associada aos mais jovens (18-31 anos). LINTON (2004) investigou o distúrbio do sono e o papel do estresse no trabalho em 816 trabalhadores. Encontrou uma prevalência de insônia de 14,3%, na população estudada.

Em relação aos distúrbios do sono, a terapia cognitivo-comportamental possui um arsenal terapêutico para o seu tratamento, incluindo técnicas como: relaxamento, dessensibilização sistemática, imagens mentais agradáveis, distração, biblioterapia, automonitoria do registro do sono, tarefas comportamentais, controle de estímulos, restrição do sono, educação e higiene do sono (MIMEAULT e MORIN, 1999 a, b; BUELA-CASAL e SÁNCHEZ, 2001; INOCENTE e REIMÃO, 2001; INOCENTE et al., 2003; BOUCHARD et al., 2003). Intervenções não-farmacológicas para os transtornos do sono empregaram técnicas comportamentais com eficiência comprovada (FITCHEN et al. 1994; BUYSSE et al. 1995; SCHNELLE et al. 1998; MIMEAULT e MORIN, 1999 a, b; OULLET, 2000; MANBER et al. 2001; MACMAHON e ESPIE, 2001; EDINGER et al. 2001; 2003; ESPIE, et al. 2002; SMITH et al. 2002; BOUCHARD et al. 2003; BASTIEN et al. 2004; CERVENA et al. 2004).

BASTIEN et al. (2004) afirmam que o tratamento combinado terapia comportamental e farmacológico é mais eficaz do que um ou outro dos procedimentos separados. Em alguns casos para o tratamento da insônia, principalmente quando há co-morbidade com os transtornos de ansiedade e do humor, recomenda-se o tratamento combinado farmacoterapia e terapia comportamental. INOCENTE e REIMÃO (2001) descrevem uma série de técnicas que constitui o repertório instrumental de intervenção e que são úteis e complementares no tratamento da insônia.

MIMEAULT e MORIN (1999 a) pesquisaram 54 adultos com insônia primária que foram aleatoriamente encaminhados a um tratamento de auto-ajuda com terapia cognitivo-comportamental, com consultas telefônicas semanais, e que foram comparados com um grupo de controle de lista de espera. Os participantes atribuídos da terapia cognitivo-comportamental receberam seis livros (com 15 páginas cada um) e um diário de registro do sono. Os autores concluíram que a terapia cognitivo-comportamental foi efetiva no tratamento da insônia crônica, utilizando as técnicas denominadas biblioterapia e automonitoria do comportamento do sono. OULLET et al. (2000) estudaram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental associada com outros transtornos. A amostra foi composta de 48 pessoas com insônia e sem outro transtorno, 17 com insônia e transtorno de ansiedade e 26 com insônia e transtorno do humor. Os resultados indicaram melhora

significativa nos três grupos, e os autores concluíram que a terapia cognitivo-comportamental é um procedimento adequado para tratar a insônia em uma população heterogênea. SMITH et al. (2002) realizaram uma revisão quantitativa da literatura em uma meta-análise para avaliar os resultados dos tratamentos e a eficácia a curto prazo das terapias farmacológica e comportamental. Os resultados obtidos indicaram que não há diferenças de magnitude entre os tratamentos em nenhuma das medidas, e que ambas produzem, em curto prazo, resultados semelhantes, no tratamento da insônia.

1.5.2 - Distúrbios do Sono em Professores

A revisão de literatura sobre distúrbios do sono em professores demonstrou carência de pesquisas sobre o assunto. Foram consultadas as seguintes bases de dados: *Pubmed, Medline, Lilacs, MedCaribe, Sleepdisorders, Paho, Scielo*.

SOUZA e REIMÃO (2001) avaliaram o sono diurno em 144 professores secundaristas. Concluíram que 75,69% faziam uma sesta pelo menos uma vez por semana. Esse hábito foi mais encontrado no sexo feminino e na faixa etária entre 31 e 40 anos. INOCENTE et al. (2001) avaliaram a insônia e qualidade de sono em 30 professores do ensino fundamental da cidade de São José dos Campos. Concluíram que a prevalência foi de 30% de professores insones. BULGARI e FREITAS (2001) delinearam os hábitos de sono de professores, e estabeleceram sua relação com o desempenho profissional. A amostra foi constituída de 45 professores da educação infantil, do ensino fundamental, médio e superior. Os resultados indicaram que a média de sono do grupo foi de 6 horas e 30 minutos; 76,4% atribuíram a fatores externos (ruído, temperatura e luminosidade), suas queixas relativas às poucas horas destinadas ao sono. A sonolência diurna foi o achado mais importante entre os transtornos do sono.

SOUZA et al. (2003) avaliaram a prevalência de Sonolência Diurna Excessiva (SDE) em 1061 professores secundaristas. Concluíram que a prevalência alta de 30,3% pode ser atribuída à extensa carga horária laboral. SANTI e OLIVEIRA (2004) avaliaram a prevalência da qualidade de sono, o índice de ansiedade e a qualidade de vida em 150

professores universitários. Os resultados indicaram 67% de prevalência dos transtornos, com baixo nível de higiene de sono e insatisfação com o sono. A insônia e a ansiedade foram os transtornos que mais acometeram os professores, mas eles mantiveram 72% de satisfação com o sono, indicando respostas contraditórias.

Os distúrbios do sono têm custo social alto, devido ao aumento de risco de acidentes de trânsito, o uso abusivo de medicamentos para dormir, no caso da insônia, e de medicamentos para não dormir, principalmente em trabalhadores noturnos, motoristas e professores, o que contribui para o detrimento da qualidade de vida.

2 - OBJETIVOS E HIPÓTESES

2.1 - Objetivo Geral

Verificar a influência que os níveis de esforço-recompensa e de supercomprometimento no trabalho exercem na saúde mental de professores universitários, com relação à vulnerabilidade ao desenvolvimento de *Burnout*, depressão e distúrbios do sono.

2.2 - Objetivos Específicos

1. Caracterizar os aspectos sociodemográficos da população de professores universitários da amostra.
2. Avaliar o equilíbrio ou desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho dos professores universitários da amostra.
3. Avaliar o *Burnout* em professores universitários da amostra.
4. Avaliar as prevalências das queixas de sono e da insônia na população de professores universitários da amostra.
5. Avaliar o grau de depressão em professores universitários da amostra.
6. Medir os graus de intensidade dos diversos distúrbios estudados e classificá-los em “inexistente”, “mínimo”, “leve”, “moderado” e “grave”, conforme o grau de intensidade.

2.3 - Hipóteses Investigadas

- 2.3.1 - Os professores universitários pesquisados apresentam desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho.
- 2.3.2 - Os professores universitários pesquisados apresentam supercomprometimento no trabalho.

- 2.3.3 - Os professores universitários pesquisados apresentam riscos para o *Burnout*.
- 2.3.4 - Os professores universitários pesquisados apresentam níveis mais elevados de prevalência de depressão que a população geral.
- 2.3.5 - Os professores universitários pesquisados apresentam níveis mais elevados de prevalência de queixas de sono e insônia que a população geral.

3 - MÉTODOS

3.1 - Pesquisa

A pesquisa foi realizada em onze faculdades particulares de sete cidades diferentes do Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo. O universo da pesquisa envolveu 1060 professores universitários. Foram distribuídos 1750 questionários, e respondidos, 510. Os dados foram coletados no ano de 2003.

3.2 - Sujeitos da amostra

A amostra foi constituída de 510 de professores universitários de ambos os sexos, que estavam em exercício profissional e pertenciam a doze instituições de ensino superior, localizadas nas cidades paulistas do Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo. A pré-amostra, constituída de 30 professores universitários, foi constituída com o objetivo de verificar a adequação dos instrumentos.

3.3 - Critérios de inclusão e exclusão da amostra

Critério de exclusão: os dados avaliados foram somente dos professores que concordaram e assinaram o termo de consentimento, de acordo com resolução da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (nº 196, de 10 de outubro de 1996) e o Comitê de Ética em pesquisa da FCM - UNICAMP e que, além do consentimento, preencheram por completo todos os instrumentos da pesquisa. Para ser incluído, bastava que o professor fosse universitário, lecionasse na região da realização da pesquisa, preenchesse os instrumentos por completo e corretamente, e que, ainda, assinasse o termo de consentimento.

3.4 - Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal e correlacional, que tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 1995).

3.5 - Instrumentos

Neste trabalho usaram-se as medidas da auto-avaliação, que têm importante papel na avaliação da Psicopatologia, além de serem econômicas e úteis para a triagem ou para estudos epidemiológicos. No presente estudo utilizaram-se cinco instrumentos distintos:

3.5.1 - Questionário de Dados de Identificação da Amostra (QDIA)

A amostra foi identificada, demograficamente, por intermédio dos seguintes dados: se fez ou não tratamentos psicológico e psiquiátrico, idade, sexo, estado civil, religião, número de filhos, origem étnica, disciplina lecionada, número de horas trabalhadas por semana, categoria docente, área acadêmica, tempo de serviço como docente, regime de trabalho e título acadêmico, pós-graduação em andamento, tipo de universidade em que leciona (SCHMIDT, 1990; INOCENTE, 2000).

3.5.2 - Questionário de Desequilíbrio Esforço e Recompensa no Trabalho (ERI)

Elaborado por JOHANNES SIEGRIST (1999), e validado para a população brasileira por GUIMARÃES et al. (2004), o instrumento possui boa consistência interna, o que o torna válido para ser utilizado em populações ativas no Brasil, constando de uma amostra $N = 625$, 82 trabalhadores de manutenção de aeronaves; 510 professores universitários do Vale do Paraíba e 31 enfermeiros(as). Na escala de Esforço, o resultado do Alfa de Cronbach foi de (0,71). Na escala de Recompensa, o resultado do Alfa de Cronbach foi de (0,84). Na escala de Supercomprometimento, o resultado do Alpha de Cronbach foi de (0,68).

O propósito do ERI é testar a validade e o poder de predição do Modelo Desequilíbrio Esforço e Recompensa no Trabalho. Consta dos seguintes indicadores: A) Esforço extrínseco (pressão do tempo; interrupções; responsabilidades; pressão para trabalhar horas extras; trabalho fisicamente exigente; demandas crescentes);

B) Recompensa extrínseca: gratificação monetária (salário e esforços); recompensa em estima (respeito, apoio adequado, tratamento injusto); segurança e oportunidade de carreira (prospectos de promoção; mudança indesejável; insegurança no trabalho, inconsistência de *status*); C) Sobrededicação/Sobrecomprometimento (necessidade de aprovação; competitividade, irritabilidade, inabilidade de retirar-se do trabalho).

3.5.3 - Inventário de *Burnout* de Maslach – IBM -de MASLACH e JACKSON, 1981, traduzido, adaptado e validado por TAMAYO, 1997)

O Inventário de *Burnout* de Maslach (MASLACH e JACKSON, 1981) é composto pelas dimensões Exaustão Emocional, Despersonalização e Diminuição da Realização Profissional, formadas por 22 itens relacionados com os sentimentos pelo trabalho. O professor deve apontar, de acordo com uma escala de 1 – 5 (1- nunca; 2- raramente; 3- algumas vezes; 4- freqüentemente; 5- sempre), a freqüência com que experimenta o conteúdo sugerido pelo item.

De acordo com MASLACH (1981; 1986), o *Burnout* é uma variável contínua com níveis alto, moderado e baixo, dependendo da freqüência com que se experimentam os sentimentos relacionados com cada dimensão da síndrome, a saber: um alto nível de *Burnout* está retratado na apresentação concomitante de altos escores nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização, e baixos escores na dimensão Diminuição da Realização Profissional; um nível moderado de *Burnout* está representado em escores médios nas três dimensões; um nível baixo observa-se em baixos escores nas dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização e em altos escores na dimensão Diminuição da Realização Profissional.

TAMAYO (1997) esclarece que, para os efeitos de interpretação do Inventário de *Burnout* e compreensão dos fatores da síndrome, é importante que o escore da dimensão Diminuição da Realização Profissional siga uma direção contrária aos escores das dimensões Exaustão Emocional e Despersonalização. Considera-se em *Burnout* uma pessoa que obteve altas pontuações em Exaustão Emocional e Despersonalização, associadas a baixos valores em Realização Profissional.

3.5.4 - Inventário Beck de Depressão (IBD, 1961)

Desenvolvido por BECK et al. (1961), traduzido para o português (FERREIRA, 1995), validado na população brasileira, é uma de medidas de auto-avaliação das mais usadas, tanto em pesquisa, como em clínica, e a versão em português confirma a validade discriminante, devido a sua capacidade de diferenciar pacientes deprimidos de ansiosos e sujeitos normais (GORENSTEIN e ANDRADE, 2000). Não é um instrumento de diagnóstico (GORENSTEIN e ANDRADE, 2000), porém mede as manifestações do comportamento depressivo.

O IBD constitui-se de 21 grupos de sintomas em uma escala de auto-avaliação do tipo *Likert* unidimensional. Objetiva medir a intensidade dos sintomas depressivos permitindo uma avaliação da gravidade da depressão. Em cada questão é atribuído um valor numérico: zero (0), um (1), dois (2) e três (3). Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI. De acordo com BECK et al. (1988), a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo (GORENSTEIN e ANDRADE, 2000). Já que o estudo inclui pacientes clínicos não-diagnosticados para depressão, foi usado o ponto de corte recomendado por GORENSTEIN e ANDRADE (2000), em que os escores acima de 15 são usados para detectar disforia, devendo o termo depressão ser utilizado apenas para indivíduos com escore acima de 20.

As categorias de grupos de sintomas são: mau humor; pessimismo; sentimento de fracasso; falta de satisfação; sentimento de culpa; sentimento de punição; ódio a si mesmo; auto-acusações; desejos suicidas; períodos de choro; irritabilidade; afastamento social; incapacidade de decisão; distorção da imagem corporal; incapacidade para trabalhar; alterações do sono; fadiga; perda de apetite; perda de peso; hipocondria; diminuição da libido.

3.5.5 - Questionário de Sono do Adulto (QSA - GIGLIO, 1988)

O Questionário de Sono do Adulto (GIGLIO, 1988) foi elaborado com base em questionários utilizados nas pesquisas de KARACAN et al. (1976) e BIXLER et al. (1979). Esses questionários foram modificados em quatro etapas, até chegar àquela que se configurou como a ideal para a avaliação da sensibilidade e especificidade do questionário, constituindo-se em uma avaliação confiável (GIGLIO, 1988). Na elaboração do questionário houve constante preocupação em formular as questões em linguagem simples e acessível às mais diversas camadas sociais, bem como em evitar o emprego de termos técnicos e científicos. Assim, tornou-se um instrumento de aplicação rápida e fácil, com possibilidade de aplicação por indivíduos não especializados (GIGLIO, 1988). O Questionário de sono do Adulto (GIGLIO, 1988) consta de duas partes. A primeira, de identificação, apresenta os seguintes itens: data, sexo, idade, instrução, estado civil, origem étnica, ocupação. A segunda parte é formada de vinte perguntas relacionadas ao sono.

3.6 - Procedimentos

Primeiramente, coletaram-se os nomes e endereços de todas as faculdades e universidades para determinar o número total de professores universitários das cidades paulistas do Vale do Paraíba. Em seguida, a autora da pesquisa entrou em contato com os coordenadores de Cursos das diversas instituições, apresentando-lhes os objetivos de investigação. Recebida a devida autorização dos coordenadores de curso, o dia da aplicação dos instrumentos foi agendado, na própria instituição.

3.7 - Recursos humanos e materiais

Recursos humanos: os instrumentos de pesquisa foram aplicados pela pesquisadora. Recursos materiais - para a obtenção dos dados, utilizaram-se exemplares dos seguintes instrumentos: QDIA, IBD, ERI, QSA e IBM; relógio, e canetas, fotocópias, microcomputadores, calculadoras.

3.8 - Análise e Processamento de Dados

Trata-se de um estudo correlacional, envolvendo 510 professores universitários, e não se fez nenhuma tentativa para controlar ou influenciar as variáveis de interesse, que, neste caso foram distribuídas nas dimensões denominadas distúrbios: Distúrbio do Sono (queixas de sono e insônia); Distúrbio da Depressão; Distúrbio dos Riscos Esforço Recompensa; Distúrbio do Risco de Supercomprometimento; Distúrbio da Exaustão Emocional; Distúrbio da Despersonalização; Distúrbio de Falta de Realização Profissional. Na pesquisa correlacional não se influenciam os dados de quaisquer variáveis, mas somente se medem as mesmas e se procuram as relações (correlações) entre elas.

Tamanho da amostra: utilizou-se da amostragem intencional, não probabilística, e a pesquisadora dirigiu-se a um grupo específico de sujeitos – no caso, professores universitários – para saber suas situações e opiniões, constituintes dos dados primários, a respeito das dimensões abrangidas pelo estudo. Determinação do tamanho da amostra necessária: segundo GIL (1995), a fórmula para o cálculo de amostras para populações infinitas (maiores que 100.000 indivíduos) foi a seguinte:

$$n = \frac{\sigma^2 pq}{e^2}$$

n = Tamanho da amostra; σ = Nível de confiança escolhido, expresso em números de desvios padrões; p = Percentagem com a qual o fenômeno em estudo (no caso, o mais importante seria o *Burnout*) se verifica em professores universitários; q = Percentagem complementar (igual a $1 - p$); e = Erro máximo permitido.

Pesquisa preliminar do tamanho da população brasileira de professores universitários foi obtida por meio do INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (2003) - para a obtenção do número de docentes em exercício no Brasil, no ano de 2000 (Tabela 1).

Tabela 1 - Tipos de faculdades e número de docentes do Brasil em 2000

Tipo de Faculdade	Número de Docentes
Federal	43.739
Estadual	30.836
Municipal	4.137
Privada	104.194
Todas	183.194

Análise 1 :se fosse necessário pesquisar no Brasil todo, ter-se-ia que usar a fórmula acima, pois a população de professores universitários estaria acima de 100.000, e o tamanho da amostra necessária seria muito grande. Decisão 1: Ter-se á que abaixar o nível de aplicabilidade da pesquisa para um nível menor, isto é, estadual. Neste caso, a população deixaria, pelo menos, de ser infinita, pois passaria a ter menos que 100.000 elementos. Justificativa 1: A amostra sendo grande, inviabilizaria o trabalho de pesquisa, pela necessidade que se teria de tirar uma amostra (aleatória ou não) de professores universitários espalhados em 1180 instituições pelo país. A pesquisa de dados neste nível, embora tecnicamente interessante, acabaria tornando-se extremamente custosa e demorada.

Fórmula para o cálculo de amostras para populações finitas:

Segundo GIL (1995), a nova fórmula passa a ser a seguinte:

$$n = \frac{\sigma^2 pqN}{e^2 (N - 1) + \sigma^2 pq}$$

Onde: N = Tamanho da população e os demais valores são os mesmos da fórmula anterior.

Determinação do tamanho da população nacional (N) de professores universitários: segundo o *site* já citado, na sinopse do ensino superior, quanto aos recursos humanos, obtiveram-se as quantidades de docentes (em exercício e afastados), no ano 2002, que constam da Tabela 2.

Tabela 2 - Tipos de Faculdade e Número de Docentes no Brasil em 2002

Tipo de Faculdade	Número de Docentes
Federal	1.400
Estadual	11.244
Municipal	2.216
Privada	24.238
Todas	55.069

Ainda segundo o mesmo *site*, essa população está distribuída pelos números de instituições de ensino superior constantes da Tabela 3.

Tabela 3 - Tipos e números de Instituições de Ensino Superior

Tipo de Faculdade	Número de Instituições
Federal	3
Estadual	14
Municipal	22
Comum/Filantrópica	90
Privada	244
Todas	373

Análise 2: Se fosse necessário pesquisar no Estado de São Paulo todo, ter-se-ia que usar a fórmula acima, pois a população estaria abaixo de 100.000, e o tamanho da amostra necessária ainda seria muito grande, assim como o numero de instituições a serem

pesquisadas. Decisão 2: Ter-se-á que abaixar o nível de aplicabilidade da pesquisa para um nível menor, isto é, regional, e envolver apenas as instituições particulares. Neste caso, a região a ser escolhida seria o Vale do Rio Paraíba, por uma questão de conveniência para a pesquisadora. Justificativa 2: A amostra, sendo ainda grande, inviabilizaria o trabalho, pela necessidade que se teria de tirar uma amostra (aleatória ou não) de professores espalhados em 373 instituições privadas (ou não) pelo Estado. A pesquisa de dados neste nível, embora ainda tecnicamente interessante, acabaria tornando-se também custosa e demorada.

Determinação do Tamanho da População de Professores Universitários do Vale do Paraíba (N): numa pesquisa por telefone, nas secretarias das faculdades da região, constatou-se, em relação às quantidades de professores existentes no ano 2003, nas universidades particulares da região, a síntese que está apresentada na Tabela 4.

Tabela 4 - Faculdades da Região do Rio Paraíba

Faculdades Particulares	Cidades	Número de Professores
Augusto Motta	Jacareí	53
Teresa Porto	Jacareí	35
UNIVAP	São José dos Campos	S
Org. Guará de Ensino	Guaratinguetá	64
FATEA	Lorena	92
Faculd. de Educação Física	Cruzeiro	26
Faculd. Filosofia e Letras	Cruzeiro	57
ITES	Taubaté	6
UNISAL	Lorena	89
UNIP	São José dos Campos	200
Total	7 cidades diferentes	1060

Para efeitos deste estudo, “N” será considerado igual a 1060 professores universitários.

Determinação do Nível de Confiança (σ): para 2 desvios padrões, ter-se-á $\sigma^2 = 2^2 = 4$, e o nível de confiança, neste caso, será de 95,45 %. Para 3 desvios padrões, ter-se-á $\sigma^2 = 3^2 = 9$ e $n = 32 = 9$, e o nível de confiança, neste caso, será de 97,74%.

Análise 3: Quanto maior for o nível de confiança, melhor será para a pesquisa; no entanto, quanto maior o nível de significância, também será maior o tamanho da amostra necessária. Decisão 3: utilizar o nível de confiança para 3 desvios padrões.

Determinação da percentagem com a qual o *Burnout* se verifica nos professores universitários (p). Segundo CODO (1999), o *Burnout* acomete 48,4 % da população dos trabalhadores da área da Educação. Segundo MASLACH (1978), o *Burnout* tem 3 componentes: Despersonalização; Exaustão Emocional e Realização Profissional no Trabalho.

Para o caso do professor em geral, os dados existentes são os constantes da Tabela 5, em percentagens, dependendo da intensidade com que se verifica cada um:

Tabela 5 - Componentes e prevalências do *Burnout*

Componentes e prevalências do <i>Burnout</i>	Baixa	Moderada	Alta	Total
Exaustão Emocional	46,4	27,3	26,3	100
Falta de Realização Profissional	30,6	32,0	37,4	100
Despersonalização	71,6	19,3	9,1	100

Análise 4: BRENNINKMEIJER e VAN YPEREN (2001) afirmam que se pode utilizar a Exaustão Emocional como o único e contínuo preditor do *Burnout*, porque que esta foi a única dimensão (dentre as 3) que atingiu significância estatística numa análise de regressão logística que eles fizeram em 2 grupos de pessoas. Com base no disposto acima, se for desconsiderada a classificação de intensidade do componente Exaustão Emocional do *Burnout*, e se forem somadas as percentagens das dimensões moderada e alta, o percentual de *Burnout* unidimensional será de 53,6% (26,3 + 26,3)%. Decisão 4: Foi adotado $p = 50\%$, ou seja: para fins do cálculo do tamanho da amostra necessária, considerar-se-á, a

priori, que o *Burnout* afetaria 50% dos professores universitários. Justificativa 4: Não se sabe de antemão o valor de p para os professores universitários (que, afinal, é um dos objetivos da pesquisa), mas se tem uma indicação do valor de p para os professores em geral, e este valor será utilizado como ponto de partida para cálculo da amostra necessária. Além disso, $p=50\%$ resulta na amostra de maior tamanho possível. O valor 53,6 % foi obtido de uma aproximação completamente arbitrária, que poderá não se refletir na vida real, quando os dados forem analisados.

Determinação da Percentagem Complementar:

Como $q = 1 - p$, fica: $q = 1 - 0,5 = 0,5$.

Logo, o percentual da população dos professores universitários não afetados pelo *Burnout*, a priori, e para o cálculo do tamanho da amostra, ficou sendo de 50 %.

Determinação do Erro Máximo Permitido (e): segundo GIL (1995), nas pesquisas sociais, trabalha-se usualmente com uma estimativa de erro entre 3 e 5 %.

Análise 5: Já que se trata de uma pesquisa social, não seria de grande utilidade usar valores diferentes daquele citados. Assim: erro máximo de 5%: $e = 25$; erro máximo de 3 %: $e^2 = 32$. Decisão 5: Deixar para escolher e definir, na tese, um erro máximo depois de obtida a amostra possível. Justificativa 5: Não se sabe de antemão que tamanho de amostra será obtido, no final da pesquisa pelas faculdades do Vale do Paraíba. Manter-se á, contudo, um nível de erro aceitável, compatível com este tipo de pesquisa (os 3 ou os 5% mencionados).

Simulação dos tamanhos de amostras necessários para vários valores de erros máximos e níveis de confiança. A fórmula para o cálculo de n para população finita foi aplicada para o níveis de confiança escolhido (3 desvios padrões), e os 2 erros máximos possíveis e os resultados das amostras necessárias foram os seguintes: para o erro máximo de 3%, a amostra mínima seria de 745 professores; para o erro máximo de 5 %, a amostra mínima seria de 487 professores universitários.

Método de atribuição de escores para o Distúrbio do Sono: a atribuição de escores para os demais distúrbios estudados neste trabalho é conhecida e amplamente praticada; o mesmo não acontece com o Distúrbio do Sono. No presente trabalho, o método

foi o da atribuição de escores para o Questionário do Sono. Esta atribuição de escores foi feita em função dos tipos de respostas possíveis de serem dadas no questionário, descritas abaixo; os escores atribuídos para cada resposta estão colocados entre parêntesis.

- Respostas “Sim”(1); “Não” (0): I para as seguintes perguntas: a)mudança dos hábitos, esquemas de sono; b)-de que forma ? (aumentando as horas de sono, diminuindo as horas de sono, variando seus horários e outros); c)-já lhe ocorreram? (acidentes de carro, acidentes de trabalho, perda do emprego e chamada de atenção); d)-durante o sono lhe ocorrem: (andar, ranger de dentes, engolir/sufocar, crises epiléticas, crises de asma, acordar em pânico, urinar pela manhã com sangue, taquicardia, azia ou queimação, paralisia do adormecer despertar, dor de cabeça, acordar ansioso por pesadelos, roncar e câibras); e)-problemas de sono na semana; f)- tem ou teve nos 2 últimos anos (úlceras? hipertensão?); g)-dorme durante o dia nos dias de semana?; h)-dorme durante o dia, nos finais de semana/feriados? Escores possíveis desta parte: Mínimo: zero; Máximo: 27.

Respostas Sim (0); Não (1) para as seguintes perguntas: a)- as condições em que dorme o satisfazem?; b)- já se consultou ou procurou ajuda para o problema de sono? Escores possíveis desta parte: Mínimo: zero; Máximo: 2

Respostas Nunca (0); Às Vezes (1); Frequentemente (2); Sempre (3): para as seguintes perguntas: a)-problema de sono; b)-problema para adormecer; c)-problema para acordar; d)-acordar antes da hora; e)-ataques incontroláveis de sono; f)-sonolento a ponto de prejudicar atividades; g)-remédio para dormir; e h)-remédio para ficar acordado. Escores possíveis desta parte: Mínimo: zero; Máximo: 24

Respostas 1, 2, 3, 4, 5, 6 ,7 (1 a 7): Incluem a seguinte pergunta: a)-dias que dorme por semana. Escores possíveis desta parte: Mínimo: 0; Máximo: 7

Respostas 1, 2, 3 (1 a 3): Incluem a seguinte pergunta: a)-duração do cochilo. Escores possíveis desta parte: Mínimo:0; Máximo: 3.

Respostas 1, 2, 3, 4, 5, 6 ,7, 8 (1): Incluem a seguinte pergunta: a)- a que horas adormece durante o dia? Escores possíveis desta parte: Mínimo:0; Máximo: 1.

Número de horas que dorme nos dias de semana e número de horas que dorme nos finais de semana e feriados: estão indicadas as respostas que dadas (em horas) e os escores (em números) que foram atribuídos a elas. Considera-se “normal” – e se atribui a isto o escore zero – que se durmam 8 horas por dia e, o que se dorme a mais ou a menos que isso, tem o mesmo resultado (em termos de valor do escore): 3:00 (10); 3:30 (9); 4:00 (8); 4:30 (7); 5:00 (6); 5:30 (5); 6:00 (4); 6:30 (3); 7:00 (2); 7:30 (1); 8:00 (zero); 8:30 (1); 9:00 (2); 9:30 (3); 10:00 (4); 10:30 (5); 11:00 (6); 11:30 (7); 12:00 (8); 12:30 (9); 13:00 (10). Escores possíveis desta parte: Mínimo: Zero; Máximo: 10 (cada pergunta).

Diferença absoluta do número de horas que se dorme nos dias de semana e fins de semana, folgas e feriados: estão indicadas as respostas dadas (em horas) e os escores (em números) que foram atribuídos às diferenças. Considera-se “normal” – e se atribui a isto o escore zero – que se durma a mesma quantidade de horas por dias da semana e nos finais de semanas, folgas e feriados (neste caso, a diferença é de zero horas): 0:00 (0); 0:30 (1); 1:00 (2); 1:30 (3); 2:00 (4); 2:30 (5); 3:00 (6); 3:30 (7); 4:00 (8); 4:30 (9); 5:00 (10); 5:30 (11); 6:00 (12); 6:30 (13); 7:00 (14); 7:30 (15) e 8:00 (16). Escores possíveis desta parte: Mínimo: Zero; Máximo: 16.

Respostas dos Problemas do sono: (1 para cada citação de problema - até 3 problemas) para as seguintes perguntas: a)-Tipo de problema de sono; b)-Problema de sono desta semana. Escores possíveis desta parte: Mínimo: Zero; Máximo: 6.

Escores Máximo e Mínimo do Questionário do Sono: Mínimo: 0; Máximo: 106.

Método de classificação dos diversos distúrbios deste estudo:

Cada distúrbio teve o seus escores mínimo e máximo possíveis registrados. Aos escores mínimos foi atribuída a classificação “Inexistente” para cada um dos distúrbios em estudo. Para os escores que restaram, foram calculados os percentis 33,3 e 66,7, que dividiram a gama de variação total possível dos escores em 3 partes: à primeira parte (de valores de escores menores) foi atribuída a classificação “Leve”; à segunda (de valores de escores médios) foi atribuída a classificação “Moderado”; e à terceira e última parte (de valores de escores altos) foi atribuída a classificação “Grave”.

Assim, surgiu a Tabela de Classificação dos Escores dos Distúrbios, detalhada nos quatro níveis de intensidade dos distúrbios estudados neste trabalho, mostrada na Tabela 6, da página que segue.

Tabela 6 - Classificação dos Escores dos Diversos Distúrbios

INEXISTENTE	MÍNIMO	LEVE	MODERADO	GRAVE
1-Distúrbio do Sono: (1)				
Zero	1 até 27	28 até 53	54 até 80	81 até 106
2-Distúrbio da Depressão (2)				
Zero	1 até 11	12 até 19	20 até 35	36 até 63
3-Distúrbio do Risco Esforço Recompensa (3)				
Menor ou Igual a 1,0000	1,0001 até 1,2500	1,2501 até 1,5000	1,5001 até 1,7500	1,7501 até 2,0000
4-Distúrbio do Risco de Supercomprometimento: (3)				
Menor ou igual a 19	20 até 21	22 até 23	24 até 25	Maior ou Igual a 26
5-Distúrbio da Exaustão Emocional (principal componente do “Burnout”): (4)				
Menor ou igual a 11	12 até 21	22 até 30	31 até 40	41 até 50
6-Distúrbio da Falta de Realização Profissional (Segundo componente do “Burnout”): (4)				
Maior ou igual a 28	27 até 21	20 até 15	14 até 8	7 até 1
7-Distúrbio da Despersonalização (último componente do “Burnout”): (4)				
Menor ou igual a 2	3 até 4	5 até 6	6 até 7	8 até 10

(1)-Segue o procedimento descrito acima;

(2)-Segue o Inventário de BECK da Depressão, ligeiramente modificado para incluir a categoria “inexistente”;

(3)-Seguem procedimentos desenvolvidos mais adiante;

(4)-Segue Inventário de MASLACH, modificado por TAMAYO, que, por sua vez, foi também modificado para incluir a categoria “inexistente”. A escala do Distúrbio Falta de Realização Profissional é invertida (enquanto para os demais distúrbios ela é crescente, da esquerda para a direita, no distúrbio mencionado, ela é decrescente, no mesmo sentido).

Análise de confiabilidade dos itens do Questionário do Sono: foi realizada utilizando-se o módulo “*Reliability and item Analysis*” de um programa de computador. Tal análise foi realizada de uma só vez, incluindo ou não os itens de respostas dicotomizadas: Exclusão/Redução de Variáveis.

A partir desta altura do presente estudo, faz-se necessário esclarecer que as seguintes variáveis (todas do questionário do sono) passam a não mais fazer parte das análises, pelos seguintes motivos: 1 – Data: não foi um dado preenchido pela maioria dos professores universitários; 2 – Nome: a pesquisa foi anônima; 3 – Instrução: trata-se de um item de variância zero, pois todos os professores universitários da amostra tinham nível superior; 4-Origem Étnica: pelas respostas colhidas, ficou claro que o conceito não foi bem entendido pelos professores universitários; além disso, muitos deixaram de responder ao quesito; 5-Ocupação: esta variável, devido à grande variação dos componentes (alguns com mais do que duas ocupações diferentes), não foi de todo descartada, e deu origem ao número de ocupações adicionais, passando a interessar mais, já que o número de ocupações adicionais, de alguma forma, fez mais efeito sobre os distúrbios estudados do que o tipo de ocupação exercida pelo professor adicionalmente ao ato de lecionar.

Análise de Regressão Múltipla:

O que segue é um extrato do módulo “*Visual Generalized Linear Model- VGLM*” do programa de computador utilizado.

O propósito da regressão múltipla foi o de conhecer sobre o relacionamento entre diversas variáveis independentes (ou *preditivas*) e uma variável dependente (um dos distúrbios estudados neste trabalho). No geral, a regressão múltipla permite ao pesquisador formular a pergunta (e conseguir uma resposta): “Qual o melhor preditor de...?”

3.8.1 - Equação de Regressão

É da forma $Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_pX_p$. Nesta equação, os coeficientes de regressão (ou coeficientes Beta) representam as *contribuições independentes de cada variável independente para a predição da variável dependente*. Outro modo de expressar

este fato foi dizer que, por exemplo, a variável X_1 está correlacionada com Y , após ter controlado todas as demais variáveis. Esta correlação é também chamada de Correlação Parcial. A linha de regressão expressa a melhor predição da variável dependente (Y), dadas as diversas variáveis dependentes (X_i).

Limitação da técnica: a principal limitação conceitual de todas as técnicas de regressão foi que se pode somente averiguar relacionamentos, mas nunca se estará seguro dos mecanismos causais de tais relacionamentos.

Modelos Lineares Generalizados:

Segue um extrato da ajuda eletrônica do programa de computador utilizado, no que diz respeito aos modelos VGLZ – *Visual Generalized Linear Model*. Os tópicos listados abaixo descrevem o uso do modelo linear generalizado para a análise de efeitos lineares e não lineares de *variáveis categóricas preditivas* sobre variáveis dependentes discretas ou contínuas.

Idéias Básicas:

O Modelo Generalizado Linear é uma generalização do modelo linear geral (ver, por exemplo, os módulos do *VGLM – Visual General Linear Model*, a Regressão Múltipla e da ANOVA/MANOVA). Em sua forma mais simples, um modelo linear especifica uma relação (linear) entre uma variável dependente (ou de *reação, de resposta*) Y e um conjunto de variáveis preditivas X_i , de tal forma que a seguinte equação seja válida:

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + \Lambda + b_kX_k$$

Nesta equação, b_0 é o coeficiente de regressão para o intercepto, e os valores b_i são os valores dos coeficientes da regressão (para as variáveis preditivas de 1 até k). Para muitos problemas de análises de dados, as estimativas dos relacionamentos entre variáveis são adequados para descrever os dados observados e para fazer razoáveis predições para novas observações. No entanto, existem muitos relacionamentos que não podem ser adequadamente resumidos numa equação linear simples, por duas razões principais:

a) Pela Distribuição da Variável Dependente:

Primeiro, a variável dependente de interesse pode ter uma distribuição não contínua, e, assim, os valores preditos devem também seguir a respectiva distribuição; quaisquer outros valores preditos não são logicamente possíveis.

b) Função de Ligação:

Uma segunda razão da causa de um modelo linear (de regressão múltipla) ser inadequado para descrever um relacionamento particular é que o efeito das preditivas sobre a variável dependente pode não ser de natureza linear. O modelo generalizado pode ser usado para prever respostas para variáveis dependentes com distribuições discretas e para variáveis dependentes que não são relacionadas linearmente com as preditivas.

Enfoque Computacional: para resumir as *idéias básicas*, o modelo linear generalizado difere do modelo linear geral (do qual, por exemplo, a regressão múltipla é um caso especial) em 2 aspectos maiores: a) Primeiro, a distribuição da variável dependente (ou de *reação, de resposta*) pode ser (explicitamente) não normal, e não tem de ser contínua, isto é, pode ser *binomial, multinomial* ou *ordinal multinomial* (isto é, conter somente informações de postos); b) Segundo, os valores da variável dependente são preditos de uma combinação linear de variáveis preditivas que estão “conectadas” por intermédio de uma função de ligação. O modelo linear geral para uma única variável dependente pode ser considerado um caso especial do modelo generalizado linear: no modelo linear geral, espera-se que os valores da variável dependente esperados sigam a distribuição normal, e a função de ligação foi uma simples função identidade (isto é, a combinação linear de valores para as variáveis preditivas não foi transformada).

Para ilustrar, no modelo linear geral a variável de resposta Y está linearmente associada com valores nas variáveis X pela equação: $Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + \Lambda + b_kX_k + e$, onde e é o erro, variabilidade que não pode ser contabilizada pelas preditivas; notar que o valor suposto esperado para e é ser zero), enquanto o relacionamento no modelo generalizado linear é suposto ser o seguinte: $Y = g(b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + \Lambda + b_kX_k) + e$, onde e é o erro mencionado, $g(\dots)$ é uma função. Formalmente, a função inversa de $g(\dots)$, isto é, $f(\dots)$, é chamada de função de ligação; assim: $f(\mu_y) = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + \Lambda + b_kX_k$, onde μ_y é o valor esperado de Y .

Funções e Distribuições de Ligação: várias funções de ligação podem ser escolhidas, dependendo da distribuição suposta para os valores da variável Y; para o caso das distribuições *Normal*, *Normal Inversa* e *Poisson*, pode-se escolher as seguintes funções de ligação:

Ligação Identidade:..... $f(z) = z$;

Ligação Logarítmica:..... $f(z) = \log(z)$;

Ligação de Potência..... $f(z) = z^a$, para um dado a .

Estimativa no Modelo Linear Generalizado: os valores dos parâmetros (b_0 até b_k e o parâmetro de escala) no modelo generalizado linear são obtidos por estimação de máxima verossimilhança, que requer procedimentos computacionais.

Testes de Significância Estatística: Testes para significância dos efeitos no modelo podem ser executados por meio da *estatística de Wald*, pela *taxa de verossimilhança* (LR) ou pela *estatística score*.

Descrição dos procedimentos de Análise Estatística. Fez-se uso das duas técnicas descritas acima, aplicadas da seguinte maneira:

1-Com o uso da técnica de Regressão Múltipla VGLM – *Visual Generalized Linear Model*, foram calculados os coeficientes beta e foi verificada a significância estatística da correlação múltipla entre as seguintes variáveis: a)Variável Dependente versus Variáveis Independentes - esta análise foi denominada de “Análise Isolada da Variável Independente”, e foi feita entre cada um dos distúrbios e as diversas variáveis independentes ; b)Variável Dependente versus Variáveis Dependentes - esta análise, denominada de “Análise Conjunta da Variável Dependente”, foi feita entre cada um dos distúrbios (Sono, Depressão, etc.) e os demais distúrbios.

2-Com o uso da técnica dos Modelos Lineares Generalizados, especificamente com o uso do modelo *VGLZ – Poisson Linear Model with Log Link* (ou Modelo Linear Poisson com Ligação Logarítmica), foram obtidos os perfis das médias das variáveis preditoras (a partir dos valores observados) para os tipos citados de análise “Isolada” e

“Conjunta” citadas. Assim, foi possível apreciar como as variáveis categóricas preditivas (dependentes e independentes) afetam as variáveis dependentes que se esteve estudando.

Também se estudaram as Interações Entre as Variáveis Independentes e os diversos Distúrbios, por intermédio das Tabelas de Contingência. Para a obtenção de cada uma delas, foi necessária a consolidação dos vários graus em que cada um dos distúrbios foi classificado - em apenas duas classes: “Inexistente” e “Presente” (indicando que o distúrbio não existe ou que está presente junto com a variável independente). Os dados inseridos representam as frequências absolutas observadas para cada distúrbio e variável independente. O procedimento foi repetido para cada uma das variáveis independentes.

Teste do Qui Quadrado (χ^2): devidas à necessidade de as restrições de dados de células das tabelas serem maiores do que 5 para os resultados serem válidos, somente algumas interações puderam ser testadas pelo método do Qui Quadrado.

Hipóteses Nula e alternativa gerais para os Testes do Qui Quadrado:

A hipótese nula geral para os testes do Qui Quadrado foi formulada das seguintes formas:

Ho: “As frequências relativas das classes da variável independente (*nome da variável independente*) são as mesmas para os casos de os professores universitários da amostra terem ou não o distúrbio (*nome do distúrbio*)”.

Ho: “O professor universitário da amostra ter ou não ter o distúrbio (*nome do distúrbio*) é independente da variável independente (*nome da variável independente*)”.

A hipótese alternativa geral para os testes pode ser formulada das seguintes formas:

H1: “As frequências relativas das classes da variável independente (*nome da variável independente*) não são as mesmas para os casos de os professores universitários da amostra terem ou não o distúrbio (*nome do distúrbio*)”.

H1: “O professor universitário da amostra ter ou não ter o distúrbio (*nome do distúrbio*) não é independente da variável independente (*nome da variável independente*).

Comparando mais que duas proporções: as Tabelas de Contingência que não foram testadas pelo Qui Quadrado, por causa das restrições de entradas maiores que cinco, foram testadas por um procedimento alternativo de comparação de mais de duas proporções (ZAR, 1998).

Hipóteses Nula e Alternativa Gerais Para o Procedimento de Comparação de Mais de Duas Proporções:

Ho: “As proporções dos professores universitários que sofreram ou não o distúrbio (*nome do distúrbio*) são as mesmas entre as classes da variável independente (*nome da variável independente*)”.

H1: “As proporções dos professores universitários que sofreram ou não o distúrbio (*nome do distúrbio*) não são as mesmas entre as classes da variável independente (*nome da variável independente*)”.

Coeficientes de correlação e de determinação: o coeficiente de correlação de Pearson (r) é a medida da relação ou associação entre duas ou mais variáveis, não determinando causa e efeito”, pois “associação não é causalidade”. O coeficiente de determinação (r^2) representa a proporção da variação comum às variáveis, isto é, trata-se de uma medida da força ou magnitude do relacionamento entre as variáveis. Tanto a correlação quanto a força entre as variáveis foram classificadas segundo a Tabela 7:

Tabela 7 - Coeficientes de correlação e de determinação

Coeficiente de Correlação		Coeficiente de Determinação	
Valor de r	Classificação da Correlação	Valor de r^2	Classificação da Força
Zero	Nula	Zero %	Inexistente
0,01.....0,29	Fraca	(0,01 a 29,0) %	Mínima
0,30.....0,59	Média	(30,0 a 59,0) %	Leve
0,60.....0,89	Forte	(60,0 a 89,0) %	Moderada
0,90.....0,99	Fortíssima	(90,0 a 99,0) %	Muito forte
1,00	Perfeita	100,0 %	Total

4 - RESULTADOS

4.1 - Determinação do Perfil da Amostra

Com o que foi obtido da Estatística Básica, foi possível o estabelecimento do perfil da amostra dos 510 professores universitários. Portanto, trata-se de professores que possuem as características que serão apresentadas adiante (baseadas nos valores modais, isto é, os mais freqüentes).

4.1.1 - Perfil demográfico dos Trabalhadores Pesquisados

Pode ser resumidamente descrito da seguinte forma: predominantemente professores universitários:

- Que não fazem tratamento psicológico (65%) ou psiquiátrico (80%);
- Do sexo masculino (53%);
- Da faixa etária de 36 a 45 anos (34%);
- Casados (65%);
- Trabalhando de 3 a 50 horas por semana (52%);
- Na categoria docente, Professores Assistentes (Mestres) (34%);
- Na área acadêmica de Ciências Humanas (45%);
- Com tempo de docência de 2 a 5 anos (31%);
- Com regime de trabalho parcial (61%);
- Mestres (42%);
- Mestrandos (25%);
- Lecionando de uma a três disciplinas (67%); em apenas uma instituição (67%).

4.1.2 - Variáveis Dependentes Relativas ao Distúrbio do Sono

4.1.2.1 - Hábitos de Sono e Condições de Dormir

- 30,8 % vão dormir nos finais de semana, feriados e dias de folgas, às 8 horas;
- 41,5 % acordam nos finais de semana, feriados e dias de folgas, às 8 horas;
- 23,5 % dormem uma hora de diferença absoluta entre dias de semana e dias de fins de semana, folgas e feriados;
- 48,4 % querem mudar o hábito/esquema de sono atual;
- 37,6 % querem mudar o hábito de sono, aumentando suas horas de sono;
- 5,5 % não estão satisfeitos com suas condições de dormir;
- 48,4 % dormem durante o dia;
- 14,7 % dormem 2 dias por semana;
- 24,3 % tiram um cochilo de 0 a 30 minutos;
- 53,7 % dormem de dia só nos finais de semana;
- 19,2 % adormecem às 14 horas nos cochilos de fins de semana;
- 20,58 % dormem sete horas em dias de semana (a média de horas em que dormem nos dias citados é de seis horas e três minutos);
- 27,06 % dormem oito horas em dias de fins de semana, folgas e feriados (a média em que dormem nos dias citados é de oito horas e dezoito minutos).

4.1.2.2 - Insônias

- 61,0 % às vezes têm algum problema de sono;
- 61,0 % às vezes têm insônia inicial (problemas para adormecer);
- 48,8 % às vezes têm insônia intermediária (problemas para permanecer adormecido);
- 54,1 % às vezes têm insônia terminal (problemas em acordar antes da hora);
- 64,1 % nunca tiveram sonolência excessiva (ataques de sono incontroláveis);
- 27,2 % tiveram problemas de sono na semana em que responderam à pesquisa;
- 16,8 % tiveram insônia como problema na semana da pesquisa.

4.1.2.3 - Sonolência Diurna Excessiva

Os professores universitários da amostra tiveram, como consequências da sonolência diurna excessiva, os seguintes problemas e nas seguintes frequências relativas:

- acidentes de carro, 3,9 %;
- acidentes de trabalho, 0,4 %;
- a perda do emprego, 0,4 %; e
- a chamada de sua atenção por superiores, 6,0 %.

4.1.2.4 - Parassônias

Os professores universitários da amostra tiveram, como parassônias, as seguintes situações e nas seguintes frequências relativas:

- andar durante o sono, 2,9 %;
- ranger de dentes durante o sono, 31,5 %;
- engolir e sufocar durante o sono, 8,0 %;

- crises epilépticas durante o sono, 0,4 %;
- crises de asma durante o sono, 2,2 %;
- acordar em pânico, gemendo e chorando, 7,2 %;
- urinar sangue pela manhã, 1,2 %;
- taquicardia ou batadeira, 10,0 %;
- azia ou queimação no estômago, 18,2 %;
- paralisia do adormecer ou do despertar, 4,1 %;
- dor de cabeça, 20,6 %;
- acordar ansioso após pesadelos, 28,4 %;
- ronco durante o sono, 46,3 %; e
- câibras durante o sono, 21,4 %.

4.1.2.5 - Ajudas Para o Problema de Sono

- 20,0 % procuraram ajuda para o problema de sono;
- 10,8 % procuraram ajuda para o problema de insônia.

4.1.2.6 - Uso de Remédios

- 84,1 % nunca usaram remédios para dormir;
- 94,1 % nunca usaram remédios para ficar acordado.

4.1.2.7 - Consequências dos Problemas de Sono

- 5,3 % tiveram úlcera na semana;
- 14,9 % tiveram hipertensão.

4.1.2.8 - Classificação dos Escores do Distúrbio do Sono

Tabela 8 - Classificação dos Escores do Distúrbio do Sono

Categorias	Números de Sujeitos	Frequências Relativas (%)
• Distúrbio Inexistente	1	0,2
• Distúrbio Mínimo	501	98,2
• Distúrbio Leve	8	1,6
• Distúrbio Moderado	0	0
• Distúrbio Grave	0	0
Somas	510	100,0
• Total com o Distúrbio	509	99,8

Por inspeção da Tabela 8 acima, verifica-se que apenas um dos professores universitários da amostra está fora de risco quanto ao Distúrbio do Sono; no entanto, 98,2% da amostra está classificado como tendo o Distúrbio do Sono “Mínimo”.

4.1.3 - Variáveis Dependentes Relativas ao Distúrbio da Depressão

Tabela 9 - Classificação dos Escores do Distúrbio da Depressão

Categorias	Números de Sujeitos	Frequências Relativas (%)
• Distúrbio Inexistente	36	7,1
• Distúrbio Mínimo	370	72,5
• Distúrbio Leve	84	16,5
• Distúrbio Moderado	19	3,7
• Distúrbio Grave	1	0,2
Somas	510	100,0
• Total com o Distúrbio	474	92,9

Por inspeção da Tabela 9 acima, verifica-se que 36 dos professores universitários da amostra (7,1%) estão sem o ao Distúrbio da Depressão; no entanto, 72,5% da amostra está com o Distúrbio da Depressão classificado como “Mínimo”.

4.1.4 - Variáveis Dependentes Relativas ao Distúrbio Risco Esforço Recompensa

Tabela 10 - ERI - Esforço e Recompensa no Trabalho: Classificação dos Riscos

Categorias	Números de Sujeitos	Frequências Relativas
Fora de Risco	469	92%
Risco Mínimo	27	5,3
Risco Leve	11	2,1
Risco Moderado	1	0,2
Risco Grave	2	0,4
Somas	510	100%
Em Risco	41	8,0 %

Os dados obtidos na Tabela 10 acima indicam que 41 professores universitários (8% da amostra pesquisada) obtiveram pontuação com resultado igual ou superior a 1, o que representa desequilíbrio entre esforço e recompensa no ambiente de trabalho, e que apresentam riscos de adoecimento, decorrentes do estresse ocupacional.

Com relação aos componentes deste distúrbio, os resultados das porcentagens da escala do ERI, para os esforços e as recompensas são os da Tabela 11 seguinte:

Tabela 11 - Porcentagens das Escalas do ERI: Esforço e Recompensa

Escore da Escala	Esforço	Recompensa
4	0,2%	-
5	5,1%	-
6	48,6%	-
7	22,2%	-
8	9,6%	-
9	7,6%	-
10	3,9%	-
11	1,6%	42,1%
12	0,8%	16,7%
13	-	9,2%
14	-	6,7%
15	-	7,4%
16	-	3,5%
17	0,2%	4,5%
18	-	3,7%
19	0,2%	3,1%
20	-	1,6%
21	-	0,8%
22	-	0,6%
Somas	100,0%	100,0%

Por inspeção na Tabela 11 acima, verifica-se que dos professores universitários da amostra:

- 48,6 % possuem como escore dos esforços (que variou de 4 a 19), o valor 6;
- 42,1% possuem como escore das recompensas (que variou de 11 a 22), o valor 11.

4.1.5 - Variáveis Dependentes Relativas ao Distúrbio Risco de Supercomprometimento

Tabela 12 - ERI- Supercomprometimento no Trabalho: Classificação dos Riscos

Categoria	Número de Sujeitos	Frequência Relativa
Fora de Risco	456	89,4
Risco Mínimo	33	6,5
Risco Leve	17	3,3
Risco Moderado	3	0,6
Risco Grave	1	0,2
Somas	510	100,0
Em Risco	54	10,6

Os dados da Tabela 12 acima indicam que 54 professores universitários (10,6% da amostra) obtiveram pontuação com resultados acima do tercil superior a 19, o que pode indicar uma condição psicológica de risco com efeitos adversos à saúde.

Com relação aos componentes deste distúrbio, os resultados são apresentados na Tabela 13 seguinte:

Tabela 13 - Porcentagens das Escalas do ERI: Necessidade de Aprovação, Competitividade, Irritabilidade Desproporcional e Dificuldades em Desligar-se do Trabalho

Escore da Escala	Necessidade de Aprovação	Competitividade	Irritabilidade Desproporcional	Dificuldades em Desligar-se do Trabalho
Zero	1,4%	19,6%	1,6%	0,8%
1	5,5%	33,5%	10,0%	3,1%
2	10,6%	25,7%	20,6%	6,5%
3	21,2%	13,5%	22,9%	14,1%
4	23,1%	5,3%	18,0%	16,9%
5	25,1%	1,8%	13,7%	19,6%
6	13,1%	0,6%	8,2%	15,9%
7	-	-	4,1%	15,3%
8	-	-	0,8%	6,2%
9	-	-	-	1,5%
Somas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Por inspeção na Tabela 13 acima, verifica-se que dos professores universitários da amostra:

- 25,1 % possuem como escore da necessidade de aprovação (que variou de 0 a 6), o valor 5;
- 33,5% possuem como escore da competitividade (que variou de 0 a 6), o valor 1;
- 22,9% possuem como escore da irritação proporcional (que variou de 0 a 8), o valor 3.
- 19,6% possuem como escore da dificuldade em desligar-se do trabalho (que variou de zero a 9), o valor 4.

4.1.6 - Variáveis Dependentes Relativas ao Distúrbio Exaustão Emocional

Tabela 14 - Classificação dos Escores do Distúrbio da Exaustão Emocional

Categorias	Números de Sujeitos	Frequências Relativas (%)
• Distúrbio Inexistente	8	1,6
• Distúrbio Mínimo	154	30,2
• Distúrbio Leve	292	57,2
• Distúrbio Moderado	52	10,2
• Distúrbio Grave	4	0,8
Somas	510	100,0
• Total com o Distúrbio	502	98,4

Por inspeção na Tabela 14 acima, verifica-se que dos professores universitários da amostra:

- 57,2 % têm o Distúrbio Exaustão Emocional na classificação “Leve”.
- 98,4% deles estão com o Distúrbio da Exaustão Emocional.

4.1.7 - Variáveis Dependentes Relativas ao Distúrbio Falta de Realização Profissional

Tabela 15 - Classificação dos Escores do Distúrbio da Falta de Realização Profissional

Categorias	Números de Sujeitos	Frequências Relativas (%)
• Distúrbio Inexistente	276	54,1
• Distúrbio Mínimo	203	39,8
• Distúrbio Leve	18	3,5
• Distúrbio Moderado	11	2,2
• Distúrbio Grave	2	0,4
Somas	510	100,0
• Total com o Distúrbio	234	45,9

Por inspeção na Tabela 15 acima, verifica-se que dos professores universitários da amostra:

- 54,1 % deles têm o distúrbio falta de realização profissional na classificação “Inexistente”.
- 45,9% deles estão com o Distúrbio da Falta de Realização Profissional.

4.1.8 - Variáveis Dependentes Relativas ao Distúrbio Despersonalização

Tabela 16 - Classificação dos Escores do Distúrbio da Despersonalização

Categorias	Números de Sujeitos	Frequências Relativas (%)
• Distúrbio Inexistente	208	40,8
• Distúrbio Mínimo	168	32,9
• Distúrbio Leve	109	21,4
• Distúrbio Moderado	17	3,3
• Distúrbio Grave	8	1,6
Somas	510	100,0
• Total com o Distúrbio	302	59,2

Por inspeção na Tabela 16 acima, verifica-se que dos professores universitários da amostra:

- 40,8 % deles têm o Distúrbio da Despersonalização na classificação “Inexistente”;
- 59,2% deles estão com o Distúrbio da Despersonalização.

4.2 - Análise de Confiabilidade dos Itens do Questionário do Sono

O “relatório da análise”, da Análise de Confiabilidade de Itens do Questionário do Sono, é o que segue:

Média = 44,880

Soma = 22889,204

Desvio Padrão = 12,594

Variância = 158,612

Assimetria = 3,098

Curtose = 17,398

Mínimo = 16,232

Máximo = 146,063

Alfa de Cronbach = 0,100268

Alfa Padronizado = 0,64877

Correlação Média Inter Itens = 0,0043827

Uma vez que a estatística alfa de Cronbach resultou muito baixa (pouco maior que 10 %), e que a remoção de diversos itens do questionário pouco melhoraria essa estatística, fica evidente que o questionário, como se apresenta, não é apropriado para a medição do Distúrbio do Sono dos professores universitários da presente amostra. No mínimo, caso esta pesquisa seja repetida, de tudo o que for escrito, discutido e concluído sobre o sono, somente 10 % poderão ser confirmados.

4.3 - Exclusão/Redução de Variáveis

A partir deste ponto do presente estudo, faz-se necessário esclarecer que as seguintes variáveis (todas do questionário do sono) passam a não mais fazer parte das análises, pelos motivos que seguem:

1. Data: não foi um dado preenchido pela maioria dos professores universitários;
2. Nome: a pesquisa foi anônima;

3. Instrução: trata-se de um item de variância zero, pois todos os professores universitários da amostra tinham nível superior;
4. Origem Étnica: pelas respostas colhidas, ficou claro que o conceito não foi bem entendido pelos professores universitários; além disso, muitos deixaram de responder ao quesito.
5. Ocupação: esta variável, devido à grande variação dos componentes (alguns com mais do que duas ocupações diferentes) não foi de todo descartada, e deu origem ao número de ocupações adicionais, passando a interessar mais, já que o número de ocupações adicionais, de alguma forma, fez mais efeito sobre os distúrbios estudados do que o tipo de ocupação exercida pelo professor adicionalmente ao ato de lecionar.

4.4 - Coeficientes de Correlação e de Determinação

O coeficiente de correlação de Pearson (r) é a medida da relação ou associação entre duas ou mais variáveis. É preciso lembrar que “correlação não determina causa e efeito”, e que “associação não é causalidade”.

O coeficiente de determinação (r^2) representa a proporção da variação comum às variáveis, isto é, trata-se de uma medida da força ou magnitude do relacionamento entre as variáveis.

A partir da Tabela 7 do capítulo anterior, que classificou ambos os coeficientes, são indicadas, a seguir, as respectivas gamas de variação dos valores para as associações dos sete distúrbios, com cada variável que foi “revelada” na análise VGLZ.

4.4.1 - Distúrbio do Sono

4.4.1.1 - Análise Isolada

As correlações deste distúrbio com as variáveis independentes variaram de 0,01 a 0,14, sendo todas de intensidades fracas e de forças de ligação mínimas.

4.4.1.2 - Análise Conjunta

As correlações entre distúrbios variaram de 0,04 a 0,32, sendo a intensidade da correlação com o Distúrbio da Depressão classificada como média. As demais foram fracas. As forças de ligação de todos os distúrbios entre si foram mínimas.

4.4.2 - Distúrbio da Depressão

4.4.2.1 - Análise Isolada

As correlações deste distúrbio com as variáveis independentes variaram de 0,00 a 0,22, sendo de intensidades fracas ou nulas e de forças de ligação mínimas ou inexistentes.

4.4.2.2 - Análise Conjunta

As correlações entre distúrbios variaram de 0,04 a 0,32, sendo médias as intensidades das correlações com o Distúrbios do Sono, Risco Esforço e Recompensa, Risco de Supercomprometimento e Exaustão Emocional; as demais foram fracas. As forças de ligação de todos os distúrbios entre si foram mínimas.

4.4.3 - Distúrbio do Risco Esforço Recompensa

4.4.3.1 - Análise Isolada

As correlações deste distúrbio com as variáveis independentes variaram de 0,01 a 0,13, sendo de intensidades fracas e de forças de ligação mínimas.

4.4.3.2 - Análise Conjunta

As correlações entre distúrbios variaram de 0,04 a 0,32, sendo média a intensidade da correlação com o Distúrbios da Depressão; as demais foram fracas. As forças de ligação de todos os distúrbios entre si foram mínimas.

4.4.4 - Distúrbio do Risco de Supercomprometimento

4.4.4.1 - Análise Isolada

As correlações deste distúrbio com as variáveis independentes variaram de 0,02 a 0,14, sendo de intensidades fracas e de forças de ligação mínimas.

4.4.4.2 - Análise Conjunta

As correlações entre distúrbios variaram de 0,09 a 0,33, sendo médias as intensidades da correlação com o Distúrbios da Depressão e da Exaustão Emocional; as demais foram fracas. As forças de ligação de todos os distúrbios entre si foram mínimas.

4.4.5 - Distúrbio Exaustão Emocional

4.4.4.1 - Análise Isolada

As correlações deste distúrbio com as variáveis independentes variaram de 0,02 a 0,10, sendo de intensidades fracas e de forças de ligação mínimas.

4.4.4.2 - Análise Conjunta

As correlações entre distúrbios variaram de 0,17 a 0,50, sendo médias as intensidades da correlação com o Distúrbios da Depressão, do Risco Esforço Recompensa e do Risco de Supercomprometimento; as demais foram fracas. As forças de ligação de todos os distúrbios entre si foram mínimas.

4.4.6 - Distúrbio da Falta de Realização Profissional

4.4.6.1 - Análise Isolada

As correlações deste distúrbio com as variáveis independentes variaram de 0,01 a 0,12, sendo de intensidades fracas e de forças de ligação mínimas.

4.4.6.2 - Análise Conjunta

As correlações entre distúrbios variaram de 0,09 a 0,30, sendo média a intensidade da correlação com o Distúrbios da Depressão; as demais foram fracas. As forças de ligação de todos os distúrbios entre si foram mínimas.

4.4.7 - Distúrbio da Despersonalização

4.4.7.1 - Análise Isolada

As correlações deste distúrbio com as variáveis independentes variaram de 0,00 a 0,15, sendo de intensidades fracas e nula e de forças de ligação mínimas e nula.

4.4.6.2 - Análise Conjunta

As correlações entre distúrbios variaram de 0,04 a 0,40, sendo média a intensidade da correlação com o Distúrbio da Exaustão Emocional; as demais foram fracas. As forças de ligação de todos os distúrbios entre si foram mínimas.

4.5 - Resultados da Análise de Regressão Múltipla

4.5.1 - Entre Distúrbios e Variáveis

Os relacionamentos estatisticamente significantes – indicados por ordem de grandeza de contribuição - entre variáveis independentes e distúrbios resultaram ser os seguintes, isto é, foram obtidas respostas para a pergunta “Qual teria sido a variável independente que melhor explicaria o distúrbio do.....?”:

- ❖ Para o Distúrbio do Sono: Áreas Acadêmicas;
- ❖ Para o Distúrbio da Depressão: nenhuma variável;
- ❖ Para o Distúrbio do Risco Esforço Recompensa: Títulos Acadêmicos, Quantidade de Disciplinas que Leciona e Turno Alternado;
- ❖ Para o Distúrbio do Risco de Supercomprometimento: Tempo Total de Serviço;
- ❖ Para o Distúrbio da Exaustão Emocional: nenhuma variável;
- ❖ Para o Distúrbio da Falta de Realização Profissional: nenhuma variável;
- ❖ Para o Distúrbio da Despersonalização: nenhuma variável.

4.5.2 - Entre Distúrbios

Os relacionamentos estatisticamente significantes dos distúrbios entre si – indicados por ordem de grandeza de contribuição - resultaram ser os seguintes, isto é, foram obtidas respostas para a pergunta “Qual teria sido o distúrbio que melhor explicaria o distúrbio do.....?”:

- ❖ Para o Distúrbio do Sono: Distúrbios do Risco de Supercomprometimento, da Depressão e da Despersonalização;
- ❖ Para o Distúrbio da Depressão: Distúrbios do Risco de Supercomprometimento, do Sono e da Falta de Realização Profissional;

- ❖ Para o Distúrbio do Risco Esforço Recompensa: Distúrbios da Exaustão Emocional e do Risco de Supercomprometimento;
- ❖ Para o Distúrbio do Risco de Supercomprometimento: Distúrbio do Risco Esforço Recompensa;
- ❖ Para o Distúrbio da Exaustão Emocional: Distúrbios da Despersonalização, do Risco Esforço Recompensa, do Sono e do Risco de Supercomprometimento;
- ❖ Para o Distúrbio da Falta de Realização Profissional: Distúrbios da Depressão e da Despersonalização; e
- ❖ Para o Distúrbio da Despersonalização: Distúrbios da Exaustão Emocional, do Risco de Supercomprometimento e da Falta de Realização Profissional.

4.6 - Resultados das Análises de Variância de um Fator e dos Testes de Scheffé

4.6.1 - Da Análise Isolada

Sobre os dados resultantes das classificações dos diversos distúrbios e das primeiras variáveis independentes que contribuíram para os mesmos, (independentemente de serem estatisticamente significantes ou não), foram aplicadas Análises de Variância de um Fator para verificar se a distribuição das médias entre as colunas (classes de distúrbios e variáveis independentes) apresentava diferenças ou não. Em caso negativo, ainda foi aplicado um teste de Scheffé (com nível de significância de 5%), para verificação do seguinte contraste ou hipótese nula: A média dos valores das 3 primeiras colunas da esquerda seria igual à média dos valores das demais colunas?

Como resultados desta parte, foi obtido que foram estatisticamente significantes as seguintes associações de distúrbios x variáveis independentes (para as quais foi realizado o Teste de Scheffé, que demonstrou haver valores inesperados na tabela de distribuição conjunta); por conseguinte, é a única associação digna de nota entre distúrbio e variável revelada neste estudo:

- ❖ Classificação dos Escores do Distúrbio da Exaustão Emocional x Áreas Acadêmicas.

4.6.2 - Da Análise Conjunta

Sobre os dados resultantes das classificações dos diversos distúrbios e de todos os demais distúrbios que contribuíram para os mesmos, foram aplicadas Análises de Variância de um Fator, para verificar se a distribuição das médias entre as colunas (classes de distúrbios) apresentava diferenças ou não. Em caso negativo, foi aplicado um teste *post hoc* de Scheffé (com nível de significância de 5%), para verificação do seguinte contraste ou hipótese nula: A média dos valores das 3 primeiras colunas da esquerda seria igual à média dos valores das demais colunas?

Como resultados desta parte, foi obtido que as seguintes associações mostraram-se estatisticamente significantes, tendo os Testes *post hoc* de Scheffé, em todos os casos, mostrado haver valores inesperados nas tabelas das distribuições conjuntas (por conseguinte, são estas as únicas associações dignas de nota, entre um distúrbio e outro, reveladas neste estudo):

- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Sono x Risco de Supercomprometimento;
- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Depressão x Risco de Supercomprometimento;
- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Depressão x Falta de Realização Profissional;
- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Risco Esforço Recompensa x Exaustão Emocional;
- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Risco Esforço Recompensa x Risco de Super-comprometimento;
- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Exaustão Emocional x Despersonalização
- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Exaustão Emocional x Depressão;

- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Exaustão Emocional x Risco de Supercompro-metimento;
- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Falta de Realização Profissional x Risco de Supercomprometimento;
- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Despersonalização x Sono;
- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Despersonalização x Risco de Supercompro-metimento;
- ❖ Classificações dos Escores dos Distúrbios: Falta de Realização Profissional x Despersonalização.

4.7 - Maiores e Menores Escores dos Distúrbios (e Relacionamentos entre eles)

4.7.1 - Maiores e Menores Escores dos Distúrbios

Com a elaboração de 161 gráficos por intermédio do módulo VGLZ (77 gráficos foram resultantes da “Análise Isolada” e 84 o foram da “Análise Conjunta” dos dados desta pesquisa), foi possível o estabelecimento dos maiores e menores escores dos diversos distúrbios, quando associados com variáveis independentes (caso da análise isolada).

É importante e oportuno esclarecer-se que, quanto maior o escore de um distúrbio, maior sua intensidade (e que a intensidade de ocorrência não guarda nenhuma relação com a frequência de ocorrência do distúrbio estudado).

Este estabelecimento resulta da inspeção visual dos aspectos dos 77 gráficos mencionados, e é apresentado por intermédio dos Quadros 1, 2 e 3, a seguir:

Quadro 1 - Maiores e Menores Escores dos Distúrbios do Sono e da Depressão

Variáveis Independentes	Os escores (as intensidades) dos distúrbios, para os 510 Professores Universitários da amostra:	
	São maiores quando eles são das classes abaixo:	São menores quando eles são das classes abaixo:
Distúrbio do Sono:		
Tratamento Psicológico	Fizeram o tratamento	Não fizeram o tratamento
Tratamento Psiquiátrico	Não fizeram o tratamento	Fizeram o tratamento
Faixas de Idades	Mais que 55 anos	De 26 a 30 anos
Sexos	Feminino	Masculino
Estado Civil	Viúvo(a)	Solteiro(a)
Horas Trab. por Semana	De 11 a 20 horas	De 31 a 40 horas
Categorias Docentes	Mestre + Prof. Adjunto	Mestre + Prof. Colaborador
Áreas Acadêmicas	Humanas + Exatas	Humanas + Biológicas
Tempo Total se Serviço	De 16 a 20 anos	De 2 a 5 anos
Regimes de Trabalho	Dedicação integral	Turno Completo + Tempo Parcial
Títulos Acadêmicos	Bacharel/Licenciado	Mestre
Distúrbio da Depressão:		
Tratamento Psicológico	Fizeram o tratamento	Não fizeram o tratamento
Tratamento Psiquiátrico	Não fizeram o tratamento	Fizeram o tratamento
Faixas de Idades	De 26 a 30 anos	Mais de 55 anos
Sexos	Feminino	Masculino
Estado Civil	Desquitado(a)	Separado(a)
Horas Trab. por Semana	De 11 a 20 horas	De 0 a 5 horas
Categorias Docentes	Prof. Colaborador	Prof. Adjunto
Áreas Acadêmicas	Biológicas	Biológicas + Exatas
Tempo Total de Serviço	Menos que 2 anos	Mais que 21 anos
Regimes de Trabalho	Turno completo	Turno Completo + Tempo Parcial
Títulos Acadêmicos	Doutor	Mestre

Quadro 2 - Maiores e Menores Escores dos Distúrbios: Risco Esforço Recompensa, Risco de Supercomprometimento e Exaustão Emocional

Variáveis Independentes	Os escores (as intensidades) dos distúrbios, para os 510 Professores Universitários da amostra:	
	São maiores quando eles são das classes abaixo:	São menores quando eles são das classes abaixo:
: Distúrbio do Risco Esforço Recompensa:		
Tratamento Psicológico	Fizeram o tratamento	Não fizeram o tratamento
Tratamento Psiquiátrico	Não fizeram o tratamento	Fizeram o tratamento
Faixas de Idades	De 31 a 35 anos	Mais de 55 anos
Sexos	Feminino	Masculino
Estado Civil	Solteiro(a)	Desquitado(a)
Número de Horas Trabalhadas por Semana	De 11 a 20 horas	De 5 a 10 horas
Categorias Docentes	Prof. Adjunto	Mestre + Prof. Colaborador
Áreas Acadêmicas	Humanas + Biológicas	Humanas + Exatas
Tempo Total de Serviço	De 6 a 10 anos	Mais de 21 anos
Regimes de Trabalho	Dedicação Integral	Turno Completo + Tempo Parcial
Títulos Acadêmicos	Bacharel/Licenciado	Mestre
Distúrbio do Risco de Supercomprometimento:		
Tratamento Psicológico	Fizeram o tratamento	Não fizeram o tratamento
Tratamento Psiquiátrico	Não fizeram o tratamento	Fizeram o tratamento
Faixas de Idades	De 26 a 30 anos	Mais de 55 anos
Sexos	Feminino	Masculino
Estado Civil	Separado(a)	Desquitado(a)
Número de Horas Trabalhadas por Semana	De 41 a 50 horas	De 5 a 10 horas
Categorias Docentes	Prof. Colaborador	Auxiliar de Ensino
Áreas Acadêmicas	Humanas + Exatas	Humanas + Biológicas
Tempo Total de Serviço	De 11 a 15 anos	Mais de 21 anos
Regimes de Trabalho	T. Completo + T. Parcial	Dedicação Integral
Títulos Acadêmicos	Bacharel/Licenciado	Doutor
Distúrbio da Exaustão Emocional:		
Tratamento Psicológico	Fizeram o tratamento	não fizeram o tratamento
Tratamento Psiquiátrico	não fizeram o tratamento	fizeram o tratamento
Faixas de Idades	36 a 40 anos	mais que 55 anos
Sexos	Feminino	Masculino
Estado Civil	Divorciado(a)	viúvo(a)
Horas Trab. por Semana	De 11 a 20 horas	De 5 a 10 horas
Categorias Docentes	Mestre + Prof. Adjunto	Mestre + Prof. Colaborador
Áreas Acadêmicas	Biológicas + Exatas	Humanas + Exatas
Tempo Total de Serviço	De 16 a 20 anos	mais de 21 anos
Regimes de Trabalho	Dedicação Integral	Turno Completo + Tempo Parcial
Títulos Acadêmicos	Doutor	Bacharel/Licenciado

Quadro 3 - Maiores e Menores Escores dos Distúrbios: Falta de Realização Profissional e Despersonalização.

Variáveis Independentes	As intensidades dos distúrbios, para os 510 Professores Universitários da amostra:	
Observação: Como a escala deste distúrbio é invertida, quando o escore é grande , o distúrbio é de intensidade pequena .	São maiores quando eles são das classes abaixo:	São menores quando eles são das classes abaixo:
Distúrbio da Falta de Realização Profissional:		
Tratamento Psicológico	Fizeram o tratamento	Não fizeram o tratamento
Tratamento Psiquiátrico	Fizeram o tratamento	Não fizeram o tratamento
Faixas de Idades	Mais que 55 anos	De 26 a 30 anos e 46 a 50 anos
Sexos	Masculino	Feminino
Estado Civil	Viúvo(a)	Solteiro(a) e casado(a)
Número de Horas Trabalhadas por Semana	De 21 a 30 horas	De 5 a 10 horas
Categorias Docentes	Mestre + Prof. Colaborador	Prof. Adjunto
Áreas Acadêmicas	Humanas + Exatas	Humanas + Biológicas
Tempo Total de Serviço	De 11 a 15 anos	menos de 2 anos
Regimes de Trabalho	Tempo parcial	Turno Completo + Tempo Parcial
Títulos Acadêmicos	Mestre	Doutor
Distúrbio da Despersonalização:		
Tratamento Psicológico	Fizeram o tratamento	Não fizeram o tratamento
Tratamento Psiquiátrico	Não fizeram o tratamento	Fizeram o tratamento
Faixas de Idades	De 26 a 30 anos	Mais de 55 anos
Sexos	Masculino	Feminino
Estado Civil	Solteiro(a)	Desquitado(a)
Número de Horas Trabalhadas por Semana	De 11 a 20 horas e De 31 a 40 horas	De 5 a 10 horas
Categorias Docentes	Prof. Assist. (Doutor)	Mestre + Prof. Colaborador Mestre + Prof. Adjunto
Áreas Acadêmicas	Biológicas + Exatas	Humanas + Biológicas
Tempo Total de Serviço	De 6 a 10 anos	De 16 a 20 anos
Regimes de Trabalho	Dedicação Integral	Turno Completo + Tempo Parcial
Títulos Acadêmicos	Doutor	Bacharel/Licenciado

4.7.2 - Relacionamentos entre os Distúrbios (Análise Conjunta)

Da inspeção visual dos 84 gráficos da Análise Conjunta resultou que os relacionamentos entre distúrbios e seus contribuintes é sempre direto e positivo, isto é, quanto maior a intensidade de um distúrbio contribuinte, maior a intensidade de um dado distúrbio analisado. Isso era esperado.

4.8 - Resumo dos Resultados dos Testes de Independências/Dependências Entre Variáveis e Distúrbios

4.8.1 - Teste do Qui Quadrado

4.8.1.1 - Casos em que as Frequências Relativas Foram Iguais

As frequências relativas de ocorrência – e as respectivas probabilidades resultantes dos testes (P) - das variáveis independentes, que resultaram ser as mesmas para os professores universitários da amostra quanto ao fato de terem ou não os seguintes distúrbios, estão detalhadas na Tabela 17.

Tabela 17 - Independências Entre Variáveis e Distúrbios

Variáveis Independentes	Distúrbios	P
Tratamento Psicológico	• Depressão	0,22057
	• Risco Esforço Recompensa	0,38313
	• Falta de Realização Profissional	0,01338
	• Despersonalização	0,51073
Tratamento Psiquiátrico	• Despersonalização	0,89962
	• Falta de Realização Profissional	0,25574
Sexo	• Depressão	0,50136
	• Risco Esforço Recompensa	0,37730
	• Risco de Supercomprometimento	0,86532
	• Falta de Realização Profissional	0,87517
	• Despersonalização	0,35556
Faixas de Idades	• Falta de Realização Profissional	0,0528
Número de Horas Trabalhadas	• Falta de Realização Profissional	0,55899
Por Semana	• Despersonalização	0,58805
Tempo Total de Serviço como Docente	• Risco de Supercomprometimento	0,65238
Títulos Acadêmicos	• Depressão	0,69041
	• Risco Esforço Recompensa	0,38313
	• Risco de Supercomprometimento	0,35459
	• Falta de Realização Profissional	0,07067
	• Despersonalização	0,18317

4.8.1.2 - Casos em que as Frequências Relativas Não Foram Iguais

As frequências relativas de ocorrência – e as respectivas probabilidades resultantes dos testes (P) – das variáveis independentes seguintes resultaram não ser as mesmas para os professores universitários da amostra quanto ao fato de terem ou não os seguintes distúrbios (Tabela 18).

Tabela 18 - Dependências Entre Variáveis e Distúrbios

Variáveis Independentes	Distúrbios	P
Tratamento Psicológico	• Risco de Supercomprometimento	0,01338
Faixas de Idades	• Despersonalização	0,00186
Tempo Total de Serviço como	• Falta de Realização Profissional	zero
Docente	• Despersonalização	0,00170

4.8.2 – Teste de Mais de Duas Proporções

4.8.2.1 – Casos em que as Proporções Foram Iguais

As proporções de ocorrência – e as respectivas probabilidades resultantes dos testes (P) – entre aqueles professores universitários da amostra que tiveram ou não os seguintes distúrbios, e que resultaram ser as mesmas, estão apresentadas na Tabela 19.

Tabela 19 - Independências Entre Variáveis e Distúrbios

Variáveis Independentes	Distúrbios	P
Tratamento Psiquiátrico	• Exaustão Emocional	0,00743
	• Depressão	0,00281
	• Risco Esforço Recompensa	0,00387
	• Falta de Realização Profissional	0,00269
Trat. Psicológico	• Exaustão Emocional	0,00743
Sexo	• Exaustão Emocional	0,02733
Horas Trabalhadas por Semana	• Depressão	0,00116
	Exaustão Emocional	0,01458
Tempo Total de Serviço como Docente	• Depressão	0,00269
	• Exaustão Emocional	0,00106
Regime de Trabalho	• Depressão	0,00186
	• Exaustão Emocional	0,00468
	• Despersonalização	0,00044
Áreas Acadêmicas	• Depressão	0,00051
	• Risco Esforço Recompensa	0,00612
	• Exaustão Emocional	0,00184
Categorias Docentes	• Depressão	0,00038
	• Exaustão Emocional	0,00076
	• Falta de Realização Profissional	zero
	• Despersonalização	zero
Quantidades de Instituições em que Lecionam	• Exaustão Emocional	0,00035
Pós-Graduação em Andamento	• Depressão	0,00997
	• Risco Esforço Recompensa	0,00057
	• Risco de Supercomprometimento	0,00711
	• Exaustão Emocional	0,00542
	• Falta de Realização Profissional	0,00375
	• Despersonalização	0,00204

4.8.2.2 - Casos em que as Proporções não foram iguais:

As proporções de ocorrência que resultaram não serem as mesmas – e as respectivas probabilidades resultantes dos testes (P) – entre aqueles professores universitários da amostra que tiveram ou não os seguintes distúrbios, estão demonstradas na Tabela 20,

Tabela 20 - Dependências Entre Variáveis e Distúrbios

Variáveis Independentes	Distúrbios	P
Faixas de Idades	• Depressão	zero
	• Risco Esforço Recompensa	zero
	• Risco de Supercomprometimento	zero
	• Falta de Realização Profissional	zero
	• Despersonalização	zero
Estados Civil	• Depressão	zero
	• Risco Esf Rec	zero
	• Risco de Supercomprometimento	zero
	• Falta de Realização Profissional	zero
	• Despersonalização	zero
Horas Trabalhadas por Semana	• Risco Esforço Recompensa	zero
	• Risco de Supercomprometimento	zero
Tempo Total de Serviço como Docente	• Risco Esforço Recompensa	zero
Regimes de Trabalho	• Risco Esforço Recompensa	zero
	• Falta de Realização Profissional	zero
	• Despersonalização	zero
Quantidades de Disciplinas que Lecionam	• Depressão	zero
	• Risco Esf Rec	zero
	• Risco de Supercomprometimento	zero
	• Exaustão Emocional	zero
	• Falta de Realização Profissional	zero
	• Despersonalização	zero
Categorias Docentes	• Risco Esforço Recompensa	zero
	• Risco de Supercomprometimento	zero

4.9 - Resumo dos resultados quanto aos Distúrbios

4.9.1 - Distúrbio do Sono

4.9.1.1 - Presença, classificação e avaliação da situação geral do Distúrbio

Os Distúrbios do Sono analisados neste trabalho (apenas 11), entre os professores universitários da amostra, dentro das seguintes classificações (e frequências relativas): Mínima (98,2%) e Leve (1,6 %).

Não se considera, nos professores universitários da amostra, que esse distúrbio seja um problema grave dentre os professores universitários. No entanto, considerando-se que eles dormem a menos, por semana, quase duas horas, e que recuperam somente quinze minutos nos finais de semana, pode-se concluir facilmente que esse distúrbio não foi bem mensurado pelo instrumento utilizado.

4.9.1.2 - Variáveis Independentes Contribuintes para com o Distúrbio

O Distúrbio do Sono teve a seguinte variável como contribuinte (e com significância estatística): Áreas Acadêmicas.

4.9.1.3 - Outros Distúrbios Contribuintes

O Distúrbio do Sono também teve os seguintes distúrbios como contribuintes (colocados em ordem de importância e significância estatística): Risco de Supercomprometimento, Depressão e Despersonalização.

4.9.1.4 - Situações em o que o Distúrbio foi mais Intenso

O Distúrbio do Sono foi mais forte para as seguintes situações em que se encontrassem os (as) professores(as) universitário(as):

- ❖ Que fizeram o Tratamento Psicológico;
- ❖ Que não fizeram o Tratamento Psiquiátrico;
- ❖ Que tinham mais de 55 anos de idade;

- ❖ Que eram do sexo feminino;
- ❖ Que eram viúvas;
- ❖ Que trabalhavam de 11 a 20 horas por semana;
- ❖ Que eram da categoria docente de Mestre mais Professor Adjunto;
- ❖ Que eram da área acadêmica de Humanas mais Exatas;
- ❖ Que tinham de 16 a 20 anos de serviço;
- ❖ Que eram do regime de trabalho Dedicação Integral;
- ❖ Que possuíam o título acadêmico de Bacharel/Licenciado.

4.9.2 - Distúrbio da Depressão

4.9.2.1 - Presença, classificação e avaliação da situação geral do Distúrbio

A presença Distúrbio da Depressão, entre os professores universitários da amostra, deu-se dentro das seguintes classificações (e frequências relativas): Mínima (98,2%), Leve (16,5 %), Moderada (3,07%) e Grave (0,2%).

Não se considera, nos professores universitários da amostra, que este distúrbio seja um problema grave entre os docentes universitários. Pode ser um problema pontual, a envolver apenas os professores acometidos pelo distúrbio.

4.9.2.2 - Variáveis Independentes Contribuintes para com o Distúrbio

O Distúrbio da Depressão não teve nenhuma variável como contribuinte com significação estatística.

4.9.2.3 - Outros Distúrbios Contribuintes

O Distúrbio da Depressão também teve os seguintes distúrbios como contribuintes (colocados em ordem de importância e significância estatística): Risco de Supercomprometimento, do Sono e Falta de Realização Profissional.

4.9.2.4 - Situações em que o Distúrbio foi mais intenso

O distúrbio da Depressão foi mais forte para as seguintes situações em que se encontrassem os (as) professores(as) universitário(as):

- ❖ Que fizeram o Tratamento Psicológico;
- ❖ Que não fizeram o Tratamento Psiquiátrico;
- ❖ Que tinham de 26 a 30 anos de idade;
- ❖ Que eram do sexo feminino;
- ❖ Que eram desquitadas;
- ❖ Que trabalhavam de 11 a 20 horas por semana;
- ❖ Que eram da categoria docente de Professora Colaboradora;
- ❖ Que eram da área acadêmica de Ciências Biológicas;
- ❖ Que tinham menos de 2 anos de serviço;
- ❖ Que eram do regime de trabalho Turno Completo; e
- ❖ Que possuíam o título acadêmico de Doutor.

4.9.2.5 - Dependência de Variável Demográfica (ou Independente)

O distúrbio da Depressão demonstrou ser dependente (em termos de proporções de ocorrência entre as classes) das seguintes variáveis demográficas:

- ❖ Faixas de Idades (maior entre os professores de 46 a 50 anos);
- ❖ Estado Civil (maior entre os professores solteiros);
- ❖ Quantidade de Disciplina que Lecionam (maior entre os professores que lecionavam 0, 6 e 7 disciplinas); e
- ❖ Quantidades de Instituições em que Leciona (maior entre os professores que lecionavam em 0, 5 e 8 instituições).

4.9.3 - Distúrbio do Risco Esforço Recompensa

4.9.3.1 - Presença, Classificação e Avaliação da Situação Geral do Distúrbio

A presença Distúrbio do Risco Esforço Recompensa, entre os professores universitários da amostra, deu-se dentro das seguintes classificações (e frequências relativas): Mínima (5,3%), Leve (2,1 %), Moderada (0,2%) e Grave (0,4%).

Não se considera, nos professores universitários da amostra, que esse distúrbio seja um problema grave entre os docentes universitários (92,0% da amostra não apresentou o distúrbio). Contudo, este pode ser um problema pontual para aqueles professores acometidos mais agudamente pelo distúrbio.

4.9.3.2 - Variáveis Independentes Contribuintes Para com o Distúrbio

O Distúrbio do Risco Esforço Recompensa teve as seguintes variáveis como contribuintes (colocadas em ordem de importância e significância estatística): Título Acadêmico, Turno Alternado e Quantidades de Disciplinas que Leciona.

4.9.3.3 - Outros Distúrbios contribuintes

O Distúrbio do Risco Esforço Recompensa também teve os seguintes distúrbios como contribuintes (colocados em ordem de importância e significância estatística): Exaustão Emocional e Risco de Supercomprometimento.

4.9.3.4 - Situações em que o Distúrbio foi mais Intenso

O distúrbio do Risco Esforço Recompensa foi mais forte para as seguintes situações em que se encontrassem os (as) professores(as) universitário(as):

- ❖ Que fizeram o Tratamento Psicológico;
- ❖ Que não fizeram o Tratamento Psiquiátrico;
- ❖ Que tinham de 31 a 35 anos de idade;
- ❖ Que eram do sexo feminino;
- ❖ Que eram solteiras;
- ❖ Que trabalhavam de 11 a 20 horas por semana;
- ❖ Que eram da categoria docente de Professor Adjunto;
- ❖ Que eram da área acadêmica de Ciências Biológicas e Humanas;
- ❖ Que tinham de 6 a 10 anos de serviço;
- ❖ Que eram do regime de trabalho Dedicação Integral;
- ❖ Que possuíam o título acadêmico de Bacharel/Licenciado.

4.9.3.5 - Dependência de Variável Demográfica (ou Independente)

O Distúrbio do Risco Esforço Recompensa demonstrou ser dependente (em termos de proporções entre as classes) das seguintes variáveis demográficas:

- ❖ Faixas de Idades (maior entre os professores de 31 a 35anos);
- ❖ Estados Civis (maior entre os professores divorciados(as));
- ❖ Quantidade de Disciplina que Leciona (maior entre os professores que lecionavam 3 disciplinas);
- ❖ Quantidades de Instituições em que Leciona (maior entre os professores que lecionavam em 4 instituições);
- ❖ Horas Trabalhadas por Semana (maior entre os professores que trabalhavam de 41 a 50 horas)
- ❖ Tempo Total de Serviço como Docente (maior entre os professores que tinham de 6 a 10 anos de serviço;
- ❖ Regime de Trabalho (maior entre os professores que trabalhavam em Dedicação Integral);
- ❖ Áreas Acadêmicas (maior entre os professores que eram de Ciências Humanas); e
- ❖ Categorias Docentes (maior entre os professores que eram Mestres).

4.9.4 - Distúrbio do Risco de Supercomprometimento

4.9.4.1 - Presença, Classificação e Avaliação da Situação Geral do Distúrbio

A presença Distúrbio do Risco de Supercomprometimento, entre os professores universitários da amostra, deu-se dentro das seguintes classificações (e frequências relativas): Mínima (6,5%), Leve (3,3 %), Moderada (0,6%) e Grave (0,2%).

Não se considera, nos professores universitários da amostra, que esse distúrbio seja um problema grave entre os docentes universitários. Para cerca de 10%, da amostra o distúrbio ficou entre Leve e Mínimo. No entanto, considera-se que os professores universitários da amostra têm um problema pontual para com o distúrbio, no tocante àqueles que o possuem em valores mais elevados.

4.9.4.2 - Variáveis Independentes Contribuintes para com o Distúrbio

O Distúrbio do Risco de Supercomprometimento teve a seguintes variável como contribuinte (colocada em ordem de importância e significância estatística): Tempo Total de Serviço.

4.9.4.3 - Outros Distúrbios Contribuintes

O Distúrbio do Risco de Supercomprometimento também teve o seguinte e único distúrbio como contribuinte (com significância estatística): Risco do Esforço Recompensa.

4.9.4.4 - Situações em que o Distúrbio foi mais Intenso

O Distúrbio do Risco de Supercomprometimento foi mais forte para as seguintes situações em que se encontrassem os (as) professores(as) universitário(as):

- ❖ Que fizeram o Tratamento Psicológico;
- ❖ Que não fizeram o Tratamento Psiquiátrico;
- ❖ Que tinham de 26 a 30 anos de idade;
- ❖ Que eram do sexo feminino;
- ❖ Que eram separadas;
- ❖ Que trabalhavam de 41 a 50 horas por semana;

- ❖ Que eram da categoria docente de Professora Colaboradora;
- ❖ Que eram da área acadêmica de Ciências Humanas mais Exatas;
- ❖ Que tinham menos de 11 a 15 anos de serviço;
- ❖ Que eram do regime de trabalho Turno Completo mais Tempo Parcial;
- ❖ Que possuíam o título acadêmico de Bacharel/Licenciado.

4.9.4.5 - Dependência de Variável Demográfica (ou Independente)

O Distúrbio do Risco de Supercomprometimento demonstrou ser dependente (em termos de proporções entre as classes) das seguintes variáveis demográficas:

- ❖ Faixas de Idades (maior entre os professores de 51 a 55 anos);
- ❖ Estados Cíveis (maior entre os professores solteiros);
- ❖ Quantidade de Disciplina que Leciona (maior entre os professores que lecionavam uma disciplina);
- ❖ Quantidades de Instituições em Que Leciona (maior entre os professores que lecionavam em quatro instituições);
- ❖ Horas Trabalhadas por Semana (maior entre os professores que trabalhavam de 21 a 30 horas);
- ❖ Regime de Trabalho (maior entre os professores que trabalhavam em Dedicação Integral);
- ❖ Categorias Docentes (maior entre os professores que eram da categoria Professor Colaborador).

O distúrbio do Risco Esforço Recompensa também demonstrou ser dependente (em termos de frequências relativas entre as classes) da seguinte variável demográfica:

- ❖ Tratamento Psicológico (maior entre os professores que fizeram o tratamento).

4.9.5 - Distúrbio da Exaustão Emocional

4.9.5.1 - Presença, Classificação e Avaliação da Situação Geral do Distúrbio

A presença do Distúrbio da Exaustão Emocional, entre os professores universitários da amostra, deu-se dentro das seguintes classificações (e frequências relativas): Mínima (30,2%), Leve (57,2 %), Moderada (10,2%) e Grave (0,8%).

Considera-se, nos professores universitários da amostra, que esse distúrbio é um problema classificável como de Leve a Moderado.

4.9.5.2 - Variáveis Independentes Contribuintes ara com o Distúrbio

O Distúrbio da Exaustão Emocional não teve nenhuma variável como contribuinte com significância estatística.

4.9.5.3 - Outros Distúrbios Contribuintes

O Distúrbio da Exaustão Emocional também teve os seguintes distúrbios como contribuintes (colocados em ordem de importância e significância estatística): Despersonalização, Risco do Esforço Recompensa, do Sono e Risco de Supercomprometimento.

4.9.5.4 - Situações em que o Distúrbio foi mais Intenso

O Distúrbio da Exaustão Emocional foi mais forte para as seguintes situações em que se encontrassem os (as) professores(as) universitário(as):

- ❖ Que fizeram o Tratamento Psicológico;
- ❖ Que não fizeram o Tratamento Psiquiátrico;
- ❖ Que tinham de 36 a 40 anos de idade;

- ❖ Que eram do sexo feminino;
- ❖ Que eram divorciadas;
- ❖ Que trabalhavam de 11 a 20 horas por semana;
- ❖ Que eram da categoria docente de Mestre mais Professor Adjunto;
- ❖ Que eram da área acadêmica de Ciências Biológicas e de Ciências Exatas;
- ❖ Que tinham menos de 16 a 20 anos de serviço;
- ❖ Que eram do regime de trabalho Dedicação Integral; e
- ❖ Que possuíam o título acadêmico de Doutor.

4.9.5.5 - Dependência de Variável Demográfica (ou Independente)

O Distúrbio da Exaustão Emocional demonstrou ser dependente (em termos de proporções entre as classes) da seguinte variável demográfica:

- ❖ Quantidade de Disciplina que Leciona (maior entre os professores que lecionavam 0, 2, 5, 6 e 7 disciplinas).

4.9.6 - Distúrbio da Falta de Realização Profissional

4.9.6.1 - Presença, Classificação e Avaliação da Situação Geral do Distúrbio

A presença do Distúrbio da Falta de Realização Profissional, entre os professores universitários da amostra, deu-se dentro das seguintes classificações (e frequências relativas): Mínima (54,1%), Leve (39,8 %), Moderada (3,5%) e Grave (2,2%).

Considera-se, nos professores universitários da amostra, que esse distúrbio é um problema de Leve a Moderado.

4.9.6.2 - Variáveis Independentes Contribuintes para com o Distúrbio

O Distúrbio da Falta de Realização Profissional teve as seguintes variáveis como contribuintes (colocadas em ordem de importância): Faixas de Idades, Áreas Acadêmicas e Ocupação Adicional.

4.9.6.3 - Outros Distúrbios Contribuintes

O Distúrbio da Falta de Realização Profissional também teve os seguintes distúrbios como contribuintes (colocados em ordem de importância, mas sem significação estatística): Depressão, Despersonalização e Risco de Supercomprometimento.

4.9.6.4 - Situações em que o Distúrbio foi mais Intenso

O Distúrbio da Falta de Realização Profissional (considerando-se a inversão da escala), foi mais forte para as seguintes situações em que se encontrassem os (as) professores(as) universitário(as):

- ❖ Que não fizeram o Tratamento Psicológico;
- ❖ Que não fizeram o Tratamento Psiquiátrico;
- ❖ Que tinham mais de 26 a 30 anos de idade;
- ❖ Que eram do sexo feminino;
- ❖ Que eram solteiras e casadas;
- ❖ Que trabalhavam de 5 a 10 horas por semana;
- ❖ Que eram da categoria docente de Professor Adjunto;
- ❖ Que eram da área acadêmica de Ciências Humanas mais Biológicas;
- ❖ Que tinham menos de 2 anos de serviço;
- ❖ Que eram do regime de trabalho Tempo Parcial e Turno Completo; e
- ❖ Que possuíam o título acadêmico de Doutor.

4.9.6.5 - Dependência de Variável Demográfica (ou Independente)

O distúrbio da Falta de Realização Profissional demonstrou ser dependente (em termos de proporções entre as classes) das seguintes variáveis demográficas:

- ❖ Faixas de Idades (maior entre os professores de até 25 anos);
- ❖ Estados Cíveis (maior entre os professores solteiros);
- ❖ Regimes de Trabalhos (maiores entre os de Tempo Parcial);
- ❖ Quantidade de Disciplina que Leciona (maior entre os professores que lecionavam 0, e 8 disciplinas); e
- ❖ Quantidades de Instituições em que Leciona (maior entre os professores que lecionavam em 0 e 8 instituições).

O Distúrbio da Falta de Realização Profissional também demonstrou ser dependente, (em termos de frequências relativas entre as classes), da seguinte variável demográfica:

- ❖ Tempo Total de Serviço Como Docente (maior entre os professores que tinham menos de 2 anos de serviço).

4.9.7 - Distúrbio da Despersonalização

4.9.7.1 - Presença, Classificação e Avaliação da Situação Geral do Distúrbio

A presença Distúrbio da Despersonalização, entre os professores universitários da amostra, deu-se dentro das seguintes classificações (e frequências relativas): Mínima (32,9%), Leve (21,4 %), Moderada (3,3%) e Grave (1,6%).

Considera-se, nos professores universitários da amostra, que esse distúrbio é um problema de Leve a Moderado.

4.9.7.2 - Variáveis Independentes Contribuintes para com o Distúrbio

O Distúrbio da Despersonalização teve as seguintes variáveis como contribuintes (colocadas em ordem de importância): Quantidades de Disciplinas que Lecionam, Tempo Total de Serviço como Docente e Faixas de Idades.

4.9.7.3 - Outros Distúrbios Contribuintes

O Distúrbio da Despersonalização teve os seguintes distúrbios como contribuintes (colocados em ordem de importância): Exaustão Emocional, Risco de Supercomprometimento, e Falta de Realização Profissional.

4.9.7.4 - Situações em que o Distúrbio foi mais intenso

O distúrbio da Despersonalização foi mais forte para as seguintes situações em que se encontrassem os (as) professores(as) universitários(as):

- ❖ Que fizeram o Tratamento Psicológico;
- ❖ Que não fizeram o Tratamento Psiquiátrico;
- ❖ Que tinham de 26 a 30 anos de idade;
- ❖ Que eram do sexo masculino;
- ❖ Que eram solteiros;
- ❖ Que trabalhavam de 11 a 20 e 31 a 40 horas por semana;
- ❖ Que eram da categoria docente de Professor Assistente (Doutor);
- ❖ Que eram da área acadêmica de Ciências Biológicas mais Exatas;
- ❖ Que tinham menos de 6 a 10 anos de serviço;
- ❖ Que eram do regime de trabalho Dedicação Integral; e
- ❖ Que possuíam o título acadêmico de Doutor.

4.9.7.5 - Dependência de Variável Demográfica (ou Independente)

O distúrbio da Despersonalização demonstrou ser dependente (em termos de proporções entre as classes) das seguintes variáveis demográficas:

- ❖ Faixas de Idades (maior entre os professores de 26 a 30 anos);
- ❖ Estados Cíveis (maior entre os professores solteiros);
- ❖ Áreas Acadêmicas (maior entre os de Ciências Humanas mais Exatas);
- ❖ Quantidade de Disciplina que Leciona (maior entre os professores que lecionavam 0, 6 e 8 disciplinas); e
- ❖ Quantidades de Instituições em que Leciona (maior para o único professor que não lecionava em nenhuma instituição).

O distúrbio da Despersonalização também demonstrou ser dependente (em termos de frequências relativas entre as classes) das seguintes variáveis demográficas:

- ❖ Tempo Total de Serviço Como Docente (maior entre os professores que tinham menos de 2 anos de serviço); e
- ❖ Faixas de Idades (maior entre os professores que tinham de 26 a 30 anos).

4.10 - Confrontação dos Resultados da Análise Estatística com os Objetivos da Tese

4.10.1 - Objetivo Geral

Influências que os níveis de esforço-recompensa e de supercomprometimento no trabalho exercem na saúde mental dos professores universitários com relação ao surgimento dos Distúrbios “*Burnout*”, Depressão e Sono:

4.10.1.1 - Confrontação Geral Retirada da Análise Conjunta

4.10.1.1.1 - Influências do Distúrbio do “Burnout”

O maior e principal componente é o Distúrbio da Exaustão Emocional, na Análise de Regressão Múltipla. Teve como contribuintes as seguintes variáveis (todas elas significantes ao nível de 5 % e colocadas na ordem de importância):

- (1) – Distúrbio da Despersonalização;
- (2) Distúrbio Risco Esforço-Recompensa;
- (3) Distúrbio do Sono; e
- (4) Classificação do Distúrbio Risco Esforço Recompensa.

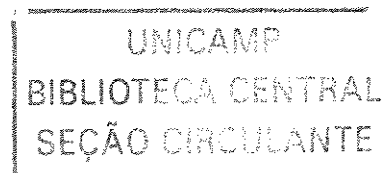
Foi verificado graficamente, pelo Modelo *Visual Linear Generalizado*, que o Distúrbio da Exaustão Emocional variou diretamente (embora sem significação estatística suficiente) em função dos Distúrbios do Risco Esforço-Recompensa ($p=0,19655$) e do Distúrbio Risco de Supercomprometimento ($p = -0,42917$).

Em consequência dessa primeira confrontação, pode-se afirmar, com 95 % de confiança, que o nível de esforço-recompensa exerceu influências no Distúrbio de “Burnout” para os 510 professores universitários da amostra. Contudo, quanto ao nível de supercomprometimento, não houve significância estatística suficiente para suportar a mesma afirmação.

4.10.1.1.2 – Influências do Distúrbio da Depressão

O Distúrbio da Depressão teve como contribuintes na Análise de Regressão Múltipla, as seguintes variáveis (todas elas significantes estatisticamente ao nível de 5% e colocadas na ordem de importância):

- (1) – Distúrbio do Risco de Supercomprometimento;
- (2) Distúrbio do Sono;
- (3) Distúrbio da Falta de Realização Profissional; e
- (4) Classificação do distúrbio do sono.



Foi verificado, no Modelo Visual Linear Generalizado, que o Distúrbio da Depressão variou diretamente, embora sem as significações estatísticas necessárias, com os Distúrbios do Risco Esforço-Recompensa ($p=1,0000$) e Risco de Supercomprometimento ($p=0,42917$).

Em consequência desta segunda confrontação, pode-se afirmar, com 95 % de confiança, que o nível do Distúrbio Esforço-Recompensa exerceu influência no Distúrbio da Depressão para os 510 professores universitários da amostra. O mesmo não se pode afirmar do Distúrbio do Risco de Supercomprometimento, que não alcançou a significância estatística necessária.

4.10.1.1.3 - Influências do Distúrbio do Sono

O Distúrbio do Sono teve como contribuintes na Análise de Regressão Múltipla, as seguintes variáveis (todas estatisticamente significantes ao nível de 5 %):

- (1) – Distúrbio do Risco de Supercomprometimento;
- (2) – Distúrbio da Depressão; e
- (3) – Distúrbio da Despersonalização.

No Modelo Visual Linear Generalizado foi graficamente verificado que o Distúrbio do Sono variou diretamente em função do Distúrbio do Risco de Supercomprometimento com significância estatística ($p = \text{zero}$), e que o Distúrbio do Risco Esforço-Recompensa apresentou-se da mesma forma, porém sem significância estatística ($p = 1,0000$).

Em consequência desta terceira confrontação, pode-se afirmar, com 95 % de confiança, que o nível do Distúrbio Esforço-Recompensa exerceu influências no Distúrbio do Sono para os 510 professores universitários da amostra. Contudo, o mesmo não se pode afirmar acerca dos Distúrbios do Risco de Supercomprometimento, que não obteve a significância estatística necessária.

4.10.2 - Objetivos Específicos

4.10.2.1 - Caracterizar os aspectos sociodemográficos da população de professores universitários amostrada

Tal caracterização foi fornecida nos parágrafos 4.1.1 a 4.1.8 deste mesmo capítulo.

4.10.2.2 - Avaliar o equilíbrio ou desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho dos professores universitários amostrados

Tal avaliação constou dos item 4.1.4 e 4.1.5 deste mesmo capítulo, e afetou 8% (quanto ao quesito esforço/recompensa) e 10,6% (quanto ao quesito supercomprometimento) da amostra pesquisada.

4.10.2.3 - Medir os graus de intensidade dos diversos distúrbios, classificando-os em “Inexistente” ou “Mínimo” ou “Leve” ou “Moderado” ou “Grave”

Tal medição foi fornecida pelas Tabelas 8, 9, 10, 12, 14, 15 e 16.

4.10.2.4 - Verificar a insônia e as principais queixas de sono dos professores universitários da amostra

Tal verificação é feita por meio da taxa de prevalência dos diversos tipos de insônia e queixas de sono (sonolência excessiva, parassônias) que os professores relataram no Questionário do Sono. As taxas de prevalência são diferentes dos valores modais relacionados anteriormente, porque incluem todas as classes de respostas de interesse para a existência da variável estudada, como exemplo, as respostas “Às vezes”, “Frequentemente” e “Sempre”. Assim, os resultados obtidos para essas variáveis foram os seguintes:

4.10.2.4.1 – Para as Queixas de Sono

Para a população amostrada:

- ❖ As condições de dormir não satisfazem a 5,5 %;
- ❖ 72,9% têm algum problema de sono;
- ❖ 27,2% tiveram problemas de sono na semana em que responderam ao questionário
- ❖ Os três problemas mais freqüentes foram: Acordar inúmeras vezes (13,3%), Acordar e não conseguir dormir mais (5,6%) e Acordar antes da hora (5,6%);
- ❖ 35,5 % têm ataques de sono incontroláveis;
- ❖ 3,9% acidentaram-se com o carro por conta dos ataques de sono;
- ❖ 0,4 % acidentaram-se no trabalho por causa dos ataques de sono;
- ❖ 0,4 % perderam o emprego por causa dos ataques de sono;
- ❖ 6,0% foram chamados à atenção por causa dos ataques de sono;
- ❖ 20,0% procuraram ajuda para o problema de sono;
- ❖ Os três problemas mais freqüentes para os quais foi procurada ajuda foram: insônia (10,8%), acordar de noite (5,9%) e ronco (5,9%).
- ❖ Quanto às parassônias, elas ocorreram das seguintes formas para a população amostrada (relacionados a partir do mais freqüente): 46,3% roncaram; 31,5% rangeram os dentes; 28,4% acordaram ansiosos após pesadelos, e 21,4% tiveram câibras, 20,6% tiveram dores de cabeça, 18,2% tiveram azia ou queimação no estômago, 10% tiveram taquicardia ou batadeira, 8% engoliram e sufocaram; 7,2% acordaram em pânico, gemendo e chorando, 4,1% tiveram paralisia do adormecer ou do despertar, 2,9% andaram, 2,2% sofreram crises de asma; 1,2% urinaram sangue pela manhã e 0,4% tiveram crises epiléticas.

4.10.2.4.2 - Para as Insônias

- ❖ 58,6 % têm Insônia Inicial (problemas para adormecer);
- ❖ 57,1 % têm Insônia Intermediária (acordam muito à noite);
- ❖ 63,5 % têm Insônia Terminal (acordam antes da hora).

4.11 - Confrontação dos Resultados da Análise Estatística com as Hipóteses da Tese

4.11.1 - Da Classificação dos Distúrbios

Os professores universitários da amostra apresentam, em relação à população em geral (nacional ou mundial), níveis mais elevados de prevalência do Distúrbio do Sono?

A prevalência de Distúrbios do Sono na população, no caso mundial, varia de 9,3% até 33,3%. A amostra apresentou uma taxa de 98,2%, no grau mínimo, e de 1,6 %, no grau leve. Por conseguinte, a hipótese foi confirmada.

Os professores universitários da amostra apresentam, em relação à população em geral (nacional ou mundial), níveis mais elevados de prevalência do Distúrbio da Depressão?

A prevalência de Distúrbio da Depressão, na população (no caso, mundial) em geral, variou de 1,9% até 25,0%, e a amostra apresentou prevalência de 92,9 %. Assim, estão distribuídas como segue: 72,5% no grau mínimo, 16,5% no grau leve, 3,7% no grau moderado e 0,2% no grau grave. Por conseguinte, esta hipótese também foi confirmada.

4.11.2 - Das Relações com o Trabalho

Os professores universitários da amostra apresentam desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho?

Os dados obtidos na Tabela 8 deste mesmo capítulo indicam que 41 professores universitários (8% da amostra pesquisada) obtiveram pontuação com resultado igual ou superior a um, o que representa desequilíbrio entre esforço e recompensa no ambiente de

trabalho. Representam, também que esses professores apresentam riscos de adoecimento decorrentes do estresse ocupacional. A situação de alto esforço e baixa recompensa no trabalho, que pode constituir-se em estresse crônico, é considerada também como um importante fator de risco para a saúde cardiovascular.

No entanto, como foi visto na Classificação dos Distúrbios, estes riscos foram avaliados como “Mínimos” para 27 professores (5,3% da amostra), “Leves” para 11 professores (2,1% da amostra), “Moderados” para 1 professor (0,2% da amostra) e “Graves” para 2 professores (0,4% da amostra). Além disso, estar em risco não significa que exista um relacionamento causal direto entre a situação e suas consequências, pois o professor pode estar em risco, mas não desenvolver problemas de saúde – pelo menos em curto e médio prazo – por causa disso.

Por conseguinte, a hipótese foi confirmada para somente 8 % da amostra pesquisada.

Os professores universitários da amostra apresentam supercomprometimento no trabalho?

Os dados obtidos na Tabela 9 deste Capítulo indicam que 54 professores universitários (10,6% da amostra) obtiveram pontuação com resultados acima do tertil superior a 19, o que pode indicar uma condição psicológica de risco com efeitos adversos à saúde. No entanto, como foi visto na Classificação dos Distúrbios, esses riscos foram avaliados como “Mínimos” para 33 professores (6,5% da amostra), “Leves” para 17 professores (3,3% da amostra), “Moderados” para 3 professores (0,6 % da amostra) e “Graves” para 1 professor (0,2 % da amostra).

Além disso, estar em risco não significa que exista um relacionamento causal direto entre a situação e suas consequências, pois o professor pode estar em risco, mas não desenvolver problemas de saúde – pelo menos em curto e médio prazo – por causa disso.

Por conseguinte, a hipótese foi confirmada para somente 11 % da amostra pesquisada.

4.11.3 - Do Distúrbio do *Burnout*

Os professores universitários pesquisados apresentam riscos para o desenvolvimento do Distúrbio de *Burnout*?

Analisando-se os dados do Distúrbio da Exaustão Emocional (principal componente do Distúrbio do *Burnout*, tanto é que apenas este primeiro distúrbio pode representar o último), verifica-se, na Tabela 10 – Classificação dos Escores dos Diversos Distúrbios, que apenas 1,6% da amostra não o apresentou. Isto significa que o restante (98,4%) da amostra apresenta o distúrbio em vários graus, a saber: Mínimo (30,2%), Leve (57,2%), Moderado (10,2%) e Grave (0,8%).

Por conseguinte, esta hipótese foi confirmada para 98,4% da amostra.

5 - DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, a prevalência geral do Distúrbio *Burnout* de 67,83%, em professores, foi mais alta do que o obtido na literatura pesquisada. Em diversos estudos com professores, a prevalência encontrada foi variável de 28,6% a 48,4%, em professores do ensino fundamental (CODO, 1999, FERENHOL e FERENHOL, 2002; CASTRO, et al., 2004; MORALES, et al., 2004; PACHECO e BERROCAL, 2005). CARLOTTO (2002) encontrou um nível médio de *Burnout* em professores universitários. Observa-se que, em muitos estudos, os autores não discriminam a prevalência.

Os resultados da presente pesquisa, em relação à prevalência da dimensão Exaustão Emocional (de 98,4%) foram altos, assemelhando-se aos resultados encontrados por FERENHOL e FERENHOL (2002), que obtiveram 98,5% em professores do ensino fundamental, enquanto os resultados obtidos em outros estudos com professores variaram de 30 a 46,6% (PACHECO e BERROCAL, 2005; CID e TORRES, 2004). CARLOTTO (2002) detectou uma frequência média de 2,21 em Exaustão Emocional. Em relação a Despersonalização, no presente estudo a prevalência foi de 59,2%, enquanto em outros estudos a prevalência variou muito, de 6% (HORN et al., 1999), 6% PACHECO e BERROCAL 68,5% (CODO, 1999), a 100% FERENHOL e FERENHOL (2002). Neste estudo, quanto ao distúrbio Falta de Realização Profissional a prevalência foi de 45,9%, resultado inferior aos obtidos por FERENHOL e FERENHOL (2002) - 90,2%. É importante ressaltar que o Distúrbio Falta de Realização Profissional teve como contribuinte o Distúrbio da Depressão.

Neste estudo, verificou-se que os contribuintes para com o Distúrbio da Exaustão Emocional foram os seguintes distúrbios: Despersonalização, Risco Esforço Recompensa, do Sono e Risco de Supercomprometimento. Confirmam, em parte, o citado por GIL-MONTE e PEIRÓ (1997), que afirmam que se tem obtido evidência empírica da relação significativa entre a síndrome de *Burnout* e a sintomatologia psicossomática em professores, o que indica falta de saúde. Percebe-se que o esgotamento físico se traduz por falta de energia, fadiga crônica, astenia, tédio geral, vulnerabilidade a doenças, freqüentes dores de cabeça, tensão muscular, dor, diversas perturbações somáticas e, inclusive perturbações do sono (MALASCH 1978; PERLMAN e HARTMAN, 1982; FRANÇA, 1987; CHALANT, 1990; REINHOLD, 1984; 2002; FRANÇA e RODRIGUES, 1996;

TAMAYO, 1997; GIL-MONTE e PEIRÓ, 1997; AUDÉTAT, 1998; MASLACH e LEITER, 1999; CODO e MENEZES, 1999; GUIMARÃES e FERREIRA JUNIOR, 2001; TAMAYO e TRÓCCOLI, 2002; CARLOTTO e GOBBI, 2002; CARLOTTO, 2003; BARONA, 2003; INOCENTE e REIMÃO, 2004; INOCENTE, et al. 2004; INOCENTE, 2004; MUÑOZ, 2004; MORAIS et al. 2004; MORALES et al. (2004).

Considerando-se como componente principal do *Burnout* o Distúrbio da Exaustão Emocional, verificou-se que, no presente estudo, a correlação resultante entre esse distúrbio e a variável Horas Trabalhadas por Semana foi positiva, mas fraca (0,07), e que a força de ligação entre as variáveis mencionadas foi mínima (0,49%). A presença do distúrbio, a partir da faixa de 5 a 10 horas até a faixa de 41 a 50 horas por semana foi sempre crescente. Por conseguinte, pode-se afirmar que a informação que segue é procedente. CARLOTTO (2002) encontrou uma correlação positiva entre *Burnout* e a variável carga horária desenvolvida semanalmente. No estudo desenvolvido por OGEDA et al., 2004, 40% dos professores com carga horária de 40 horas sentiam-se mais exaustos mentalmente.

Esta pesquisa verificou que uma das variáveis contribuintes, mas sem significância estatística para com o distúrbio da Despersonalização, foi o Tempo Total de Serviço como Docente de 16 a 20 anos. Se for considerado o Distúrbio da Exaustão Emocional, verifica-se que a correlação entre esse distúrbio e a variável Tempo Total de Serviço como Docente foi negativa, mas fraca (0,02), e que a taxa de ligação entre a variável e o distúrbio mencionado foi mínima (0,04%). Isso confirma, ainda que minimamente, dado que a correlação existente é fraca, o que é estabelecido a seguir, no que diz respeito à diminuição da vulnerabilidade ao estresse com o tempo de serviço como docente. COVOLAN (1999) assinalou que os psicólogos clínicos apresentaram uma diminuição da vulnerabilidade ao estresse com o passar do tempo, supondo que o profissional venha a adquirir mais domínio e segurança sobre sua prática. VAROLI (2002) detectou que, quanto maior o tempo de formado, menor a presença de *Burnout* em profissionais da Saúde Mental. CARLOTTO (2002) encontrou uma correlação negativa entre tempo de docência e *Burnout*. MUÑOZ (2004) detectou maior nível de *Burnout* em assistentes sociais com menos de 5 anos de experiência laboral.

Observa-se que os autores se posicionam de maneira diferente a esse respeito: alguns assinalam que o transcorrer dos anos propicia estratégias de enfrentamento eficazes na atividade profissional, e, para outros, o tempo leva a uma acentuação do desgaste, deixando o profissional mais vulnerável ao desenvolvimento do *Burnout* (BENEVIDES-PEREIRA, 2002d; MUÑOZ, 2004).

No que diz respeito às áreas de Ciências Humanas e Exatas, os resultados indicaram que os professores que trabalhavam nas duas áreas ao mesmo tempo apresentaram o menor nível do Distúrbio da Exaustão Emocional. Na pesquisa desenvolvida por CARLOTTO (2002), os professores das áreas de Ciências Humanas e da Saúde apresentaram maiores níveis de *Burnout* do que os da área de Ciências Exatas e Ciências Jurídicas, confirmando os achados da literatura que afirmam que a síndrome acomete, com mais frequência, profissionais envolvidos com o campo da Saúde e da Educação.

Verificou-se, neste estudo, que as variáveis independentes Área Acadêmica e Título Acadêmico foram contribuintes, mas sem significância estatística para com o Distúrbio da Exaustão Emocional. Como o professor procura sempre investimentos na carreira, pode-se incluir mais uma variável, a Pós-Graduação em Andamento. Pode ser demonstrado que, se essas variáveis forem submetidas a três análises de variância de um fator, os resultados serão os seguintes: para as três variáveis, a hipótese nula será rejeitada, isto é, há uma diferença ao nível de significância de 0,05, entre os níveis do Distúrbio da Exaustão Emocional e os Títulos Acadêmicos ($p = 0,0026$), Áreas Acadêmicas ($p = 0,0025$), e Pós-Graduação em Andamento ($p = 0,0038$). Como os dados dos Títulos Acadêmicos, das Áreas Acadêmicas e do Pós Graduação em Andamento, numa tabela de distribuição conjunta, estariam dispostos em ordem crescente de importância e de cima para baixo, uma inspeção nas mesmas, para os casos de distúrbios “moderados” e “graves”, revelaria que o que foi afirmado é procedente. Além disso, as correlações entre as variáveis independentes e o distúrbio mencionado são todas positivas, não estatisticamente significantes, mas fracas. HORN et al. (1999) detectaram que os professores que investiram mais na carreira apresentaram alta Exaustão Emocional.

Esta pesquisa apresentou os seguintes resultados, quanto à incidência dos seguintes distúrbios, entre os professores universitários da amostra: Exaustão Emocional (98,4%); Falta de Realização Profissional (45,9%); e Despersonalização (59,2%). CID e TORRES (2004), em seus estudos com professores do ensino secundário, detectaram que 46,6% apresentaram Exaustão Emocional, e 41,22%, Falta de Realização Profissional. FERENHOL e FERENHOL (2002), em pesquisa com docentes municipais, encontraram 98,5% apresentando Exaustão Emocional; 100%, Despersonalização; e 90,2%, Falta de Realização Profissional. No estudo desenvolvido por MORALES et al., (2004), com assistentes sociais, 50% apresentaram um alto nível de *Burnout* em alguma das escalas e 12% da amostra apresentaram altos níveis de *Burnout* em todas as escalas e um alto nível de ansiedade.

Nesta pesquisa, a correlação entre a variável independente Idade e o Distúrbio Exaustão Emocional resultou negativa, estatisticamente significante, mas fraca (0,10), e a força entre a variável e o distúrbio foi mínima (1%). Além disso, o distúrbio mencionado demonstrou ser maior quando a idade era da faixa de 36 a 40 anos, e menor, quando a faixa de idade era de mais de 55 anos. Por conseguinte, os achados do presente estudo, sobre o assunto, estão nas mesmas direções dos estudos mencionados a seguir. No estudo desenvolvido por BENEVIDES-PEREIRA (2002 c), os médicos mais novos tenderam a apresentar mais Exaustão Emocional que os de meia idade. CARLOTTO (2002) não encontrou diferença significativa entre a variável idade e Exaustão Emocional, mas observou que havia uma tendência de diminuição nos níveis de *Burnout*, à medida que a idade dos professores aumentava. Na pesquisa desenvolvida, com professores, por PEDRABISSI, et al. (1993), os resultados indicaram que houve uma correlação negativa entre a idade e a Exaustão Emocional em professores. BENEVIDES-PEREIRA (2002, b, c) não encontrou diferenças significativas, em pesquisas desenvolvidas com médicos e enfermeiros, relacionadas à idade e ao Distúrbio da Exaustão Emocional.

Este estudo não encontrou diferença significativa entre Sexo e Distúrbio da Despersonalização. Este último, em termos de frequências ou proporções relativas de ocorrências, também não foi afetado pela variável Sexo. Como contribuintes para com o distúrbio, foram relacionadas as seguintes variáveis, sem significação estatística: Tempo

Total de Serviço, Quantidade de Disciplinas que Leciona e Faixas de Idades. Por conseguinte, o Sexo é independente e não contribuiu para com o Distúrbio da Despersonalização. Esses resultados coincidem com os da pesquisa mencionada, de CARLOTTO (2002), que não encontrou diferença significativa entre Sexo e Despersonalização, em professores universitários. Nenhum dos sete distúrbios estudados neste trabalho tem dependência quanto à frequência de ocorrência para com a variável independente Sexo. No entanto, no que diz respeito à intensidade dos distúrbios, ficou demonstrado que, no caso da Exaustão Emocional, o distúrbio é mais intenso nas mulheres. MAFFEI (1992) encontrou, em seus estudos, uma correlação positiva entre ansiedade e sexo e concluiu que é provável que exista um acúmulo de funções, ligadas ao papel de mãe e esposa, que sobrecarregam o trabalho da mulher nas escolas superiores. Na Exaustão Emocional, os professores sentem que não podem dar mais de si mesmos, produzindo uma carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional. HORN et al., (1999) não detectaram diferenças entre sexo, quanto à Exaustão Emocional, em seus estudos com professores. Na pesquisa desenvolvida por VAROLI (2002), com profissionais da Saúde Mental, quanto à Exaustão Emocional, os resultados foram altos em mulheres. BENEVIDES-PEREIRA e MORENO-JIMÉNEZ (2002) não encontraram diferença significativa na comparação das médias, na dimensão Exaustão Emocional, estudadas em psicólogos, mas detectaram maior Exaustão Emocional em médicas. BENEVIDES-PEREIRA (2000c) encontrou, no grupo feminino, uma média mais alta em Exaustão Emocional do que em médicos. Para esse autor, a elevação da Exaustão Emocional, no sexo feminino, poderá ocorrer devido à dupla jornada de trabalho e à possibilidade de interferência entre as características da profissão e a questão de gênero, uma vez que algumas profissões são predominantemente femininas, como no caso da docência e enfermagem. PEDRABISSI e SANTINELLO (2000) encontraram maior Exaustão Emocional em professores universitários do que nos do ensino fundamental, sem discriminar o gênero. CARLOTTO (2002), em pesquisa com professores universitários, não encontrou diferença significativa entre sexo e Exaustão Emocional. MORALES e ROTGER (2004) não encontraram diferença significativa entre Exaustão Emocional e sexo, em assistentes sociais.

Na presente pesquisa, o Distúrbio da Despersonalização foi mais intenso em homens, o que concorda com o que é descrito na pesquisa de BENEVIDES-PEREIRA (2002 d), que detectou valores da escala de Despersonalização significativamente mais elevados em homens do que entre as representantes do sexo feminino enfermeiras. BENEVIDES-PEREIRA (2000c) encontrou valores médios ligeiramente mais elevados em Despersonalização em médicos do que em médicas. BENEVIDES-PEREIRA e MORENO-JIMÉNEZ (2002) encontraram médias mais elevadas em Despersonalização em psicólogos do sexo masculino. Para GIL-MONTE e PEIRÓ (1997), as explicações estariam atreladas ao processo de socialização do papel masculino e feminino. Enquanto a cultura enfatiza o papel feminino para a interdependência e habilidade nas relações interpessoais no cuidar dos outros, ao contrário, o homem não deve expressar emoções, descuidando da interdependência e habilidade nas relações interpessoais. De maneira semelhante, BENEVIDES-PEREIRA (2002 b) afirma que uma possível explicação estaria nos papéis socialmente aceitos, em que as mulheres expressam mais livremente as emoções, aliviando os sentimentos de raiva, hostilidade e indignação, enquanto nos homens essas emoções acabariam sendo expressas de forma inadequada, depois de atingir um nível insuportável.

Neste estudo, a variável Sexo resultou independente de todos os sete distúrbios estudados (incluindo o Distúrbio da Despersonalização). CARLOTTO (2002) não encontrou diferença significativa entre sexo e Despersonalização, em professores universitários. No entanto, VAROLI (2002) observou que 5,2% da amostra total revelaram o desenvolvimento de atitudes negativas, impessoais e de insensibilidade perante os pacientes, sendo maior a Despersonalização entre as mulheres. MORALES et al., (2004) não encontraram diferença significativa entre Despersonalização e sexo, em assistentes sociais.

No presente estudo, o Distúrbio da Exaustão Emocional foi mais intenso entre os divorciados(as) e menos intenso entre os viúvo(as). Como fica subentendido que nenhum desses dois tipo de Estado Civil pressupõe a existência de companheiro(a), fica difícil concordar ou discordar da afirmação contida nas pesquisas citadas adiante. BENEVIDES-PEREIRA (2002 c) encontrou uma predisposição maior à Exaustão Emocional em médicos que não possuíam um companheiro estável do que nos demais,

enquanto os casados sentiram-se mais realizados profissionalmente, porém tendendo a denotar maior propensão a atitudes de Despersonalização do que os sem cônjuge. Na pesquisa de BENEVIDES-PEREIRA (2002 d), com enfermeiros, o suporte social propiciado por um relacionamento estável, no caso de pessoas casadas ou de companheiros, não denotou interferência significativa nos dados obtidos, embora, inversamente ao comumente retratado, as médias de Exaustão Emocional e Despersonalização tenham sido mais elevadas entre os que viviam uma relação estável do que entre os demais.

No presente estudo, foi verificada a existência de relação da variável independente Estado Civil com os seguintes distúrbios, afetando mais: Depressão - solteiros(as); Desequilíbrio Esforço Recompensa - Divorciados(as); Risco de Supercomprometimento - solteiros(as); Falta de Realização Profissional - solteiros(as). Contudo, no que diz respeito às intensidades dos distúrbios mencionados, eles foram mais intensos para: os(as) viúvos(as), no caso do Distúrbio do Sono; os(as) desquitados(as), no caso do Distúrbio da Depressão; os(as) solteiros(as) no caso do Distúrbio do Desequilíbrio Esforço Recompensa; os(as) separados(as), no caso do Distúrbio de Supercomprometimento; os(as) divorciados(as), para o caso do Distúrbio da Exaustão Emocional; os(as) solteiros(as) e casados(as), no caso do Distúrbio da Falta de Realização Profissional; e, finalmente, os(as) solteiros(as), para o caso do Distúrbio da Despersonalização. CARLOTTO (2002) não identificou a relação entre estado civil e *Burnout* em professores universitários.

Em relação ao Distúrbio da Depressão, a prevalência de 92,9% foi alta nos professores universitários da amostra pesquisada: 72,5% apresentaram depressão mínima; 16,5%, depressão leve; 3,7%, depressão moderada; e, 0,2%, depressão grave. Considerando-se a depressão moderada e grave (3,9%), esses professores necessitam de tratamento especializado, devido aos riscos de depressão. No presente estudo, o Distúrbio da Depressão quanto ao estado civil dos professores foi mais intenso entre as viúvas e mais freqüente entre os solteiros. Em geral, a depressão apresenta predomínio em solteiros, separados, divorciados e desquitados e viúvos (GLASS et al. 1993; GLASS e MCKNIGHT, 1996; BRENNINKMEIJER, et al. 2000; YONKERS e STEINER, 2001 BRENNINKMEIJER, et al., 2001; IACOVIDES et al., 2003; DSM-IV-TRTM, 2002).

Nesta pesquisa, a correlação entre os distúrbios Falta de Realização Profissional e Depressão foi negativa, estatisticamente significativa, de valor médio (0,30); entre os Distúrbios da Despersonalização e da Depressão a correlação foi positiva, estatisticamente significativa, mas fraca (0,24). Dados semelhantes foram obtidos por BRENNINKMEIJER et al. (2001) que pesquisaram 160 professores da educação secundária - os resultados indicaram que a sintomatologia depressiva, Despersonalização e Falta de Realização Profissional se correlacionaram significativamente. O Distúrbio do Risco de Supercomprometimento foi um contribuinte do Distúrbio da Depressão.

Há muitas escolas de pensamento acerca da etiologia da depressão, incluídas a biológica, a genética e a psicossocial. Muitos fatores relacionados ao local de trabalho se associam ao último aspecto, conforme a literatura indica (SELIGMAN SILVA, 1992, 1994, 1995; NIEDHAMMER e SIEGRIST, 1998; 2000; FIO RELI, 2000; NIEDHAMMER et al. 2002; PATERNITI et al. (2002); IACOVIDES et al. 2003; ROBLES, et al. 2003; SIEGRIST, 2004; KLUSKA et al. 2004; INOCENTE e CAMARGO, 2004; CAMARGO e NEVES, 2004; RIGOLIN e CAMARGO, 2004), e a depressão é um dos problemas mais frequentes no local de trabalho (LASSER e KAHAN, 1998; BABA et al. 1999, INOCENTE e REIMÃO, 2002; CORDEIRO et al. 2003; INOCENTE e CAMARGO, 2004; CAMARGO E NEVES, 2004; RIGOLIN e CAMARGO, 2004).

Este trabalho teve como um de seus objetivos detectar a insônia e a queixas de sono dos professores universitários do Vale do Paraíba e os resultados obtidos foram relativos visto a pouca confiabilidade do questionário empregado. Reconhece-se a importância dos estudos na área dos Distúrbios do Sono, pela observação das associações que podem ser feitas entre as ocorrências dos diferentes distúrbios e os prejuízos para a qualidade de vida, redução do desempenho, aumento de acidentes, aumento da morbidade, associação com problemas clínicos e doenças psiquiátricas. Observou-se, nesta pesquisa, que 72,9% dos professores universitários apresentaram no mínimo uma queixa de sono. Esse resultado também foi alto, considerando-se o que, no estudo desenvolvido por GIGLIO (1988), 74% da população adulta da cidade de São Paulo apresentaram queixa de sono. A diferença entre os dois índices (1,1%) é pequena, e é possível considerar que há concordância entre as duas pesquisas, em relação às queixas de sono.

De maneira geral, o maior enfoque deste trabalho foram a Insônia e as queixas relativas ao sono, em professores universitários. Quanto à insônia, especificando-se o valor obtido, observou-se que a prevalência média de 59,7% foi alta, sendo: 58,6% insônia inicial; 57,1% insônia intermediária; e, 63,5% insônia final. A insônia é a queixa ou distúrbio do sono mais freqüente entre os problemas relacionados ao sono, com ocorrência de 40 a 70% na população. Levantamentos epidemiológicos em comunidades mostram que a prevalência de insônia varia entre 2% e 50% (HARA e ROCHA, 2004) e entre 12 e 76,3% (SOUZA, 2001).

Em estudos realizados na população nacional, com professores, a prevalência foi de 30%, em professores do ensino fundamental (INOCENTE; et al., 2001), e de 43,37%, em professores universitários (SANTI e OLIVEIRA, 2004), enquanto na população adulta da cidade de São Paulo foi de 50,6% (GIGLIO, 1988); 34,9% em estudantes universitários (SOUZA e GUIMARÃES, 1999); 19,1% nos habitantes da área urbana de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (SOUZA, 2001); 35,4% com a população da cidade de Bambuí, Minas Gerais (ROCHA et al., 2000); 40,8% na população negra rural da comunidade negra de Furnas do Dionísio, Mato Grosso do Sul (REIMÃO, 2000); 4,6% em indígenas Terenas, Mato Grosso do Sul (REIMÃO e SOUZA, 2000); 40,8% na comunidade negra de Furnas do Dionísio, Mato Grosso do Sul (REIMÃO, 2000); 38,9% na população da cidade de Bambuí, Minas Gerais, com a idade de mais de 60 anos (ROCHA et al., 2001); 56,5% em pacientes internados (COSTA et al., 2003); 33,7% na população adulta de São José do Rio Preto, São Paulo (DE MARCHI, et al., 2003).

Em pesquisas internacionais recentes, a prevalência variou de 18,6 a 23,6% (OHAYON e LEMOINE, 2004; FAVA, 2004; DOGHARAMJI, 2004; JANSON et al., 2005). As diferenças encontradas nos levantamentos epidemiológicos mencionados podem decorrer da ausência na uniformidade de definições de Insônia, do tipo de população estudada, dos instrumentos utilizados, das diferenças de idades nas amostras, do número total da amostra, da metodologia utilizada e, inclusive, das diferenças étnico-raciais. Tais diferenças podem influenciar pesquisas avaliativas sobre os padrões de sono.

Nos resultados do presente estudo, a variável independente Sexo não esteve relacionada (não dependeu) significativamente com nenhum dos sete distúrbios estudados. A correlação entre o Sexo e os Distúrbios do Sono foi positiva, estatisticamente não

significante, mas fraca (0,10); por conseguinte, a força de ligação entre a variável e o distúrbio foi mínima (1,0%). Todavia, os escores, isto é, a intensidade sono, e não a frequência de ocorrência, foi maior no sexo feminino, conforme demonstrado na Análise Isolada. O Distúrbio do Sono foi mais prevalente entre as mulheres nas seguintes pesquisas: SOUZA e GUIMARÃES, 1999; SOUZA, 2000; OLIVEIRA et al. 2004; HARA e ROCHA, 2004.

Este estudo demonstrou que os Distúrbios do Sono têm como um dos contribuintes com significância estatística o Distúrbio da Depressão. Estudos internacionais demonstram as possibilidades de relações entre insônia e depressão (FAVA, 2004; NAKATA et al., 2004; JANSON et al., 2005). Este achado é o mesmo apontado pela ACADEMIA AMERICANA DE MEDICINA DO SONO (2001), na Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono associados com os Distúrbios Mentais: as insônias ocorrem tipicamente em mais de 80% dos casos dos Distúrbios do Humor, principalmente nos Episódios Depressivos. Segundo REIMÃO (1997), a insônia não é uma doença, e sim a manifestação de outras doenças, e a mulher sempre tem mais insônia do que o homem, porque está mais sujeita à depressão. YONKERS e STEINER (2001) afirmam que o risco para o transtorno depressivo é duas vezes maior em mulheres do que em homens, e com possibilidades de elas apresentarem os seguintes problemas: desesperança, diminuição do interesse sexual, sentimentos de culpa, aumento do apetite e ganho do peso, e, ainda, aumento da comorbidade, quando comparadas aos homens, para fobia social, agorafobia, fobia simples e comer compulsivo.

LIMA e REIMÃO (2004) afirmam que as pessoas deprimidas experimentam o sono de latência REM encurtada, e que podem se sentir cansadas, independentemente do número de horas que durmam. A insônia é uma diminuição total ou parcial da quantidade e ou da qualidade do sono (SOUZA, 2000), com o comprometimento da vigília. Apresenta alto índice de prevalência na população geral e na terceira idade, sendo fator de risco para a depressão (ROSSINI, 2002). REIMÃO e SOUZA (2000) afirmam que as características do sono de uma determinada população refletem o processo de adaptação à demanda de um dado meio ambiente sob a influência psicossocial.

Outro resultado obtido no presente estudo foi quanto à insatisfação com o padrão de sono dos professores universitários (48,4%). Na população adulta de São Paulo, na amostra de GIGLIO (1988), ocorreu em quase um quarto da amostra de 1000 pessoas (25%). Uma possível explicação para a diferença encontrada, de 23,4%, entre as duas pesquisas, pode estar na atividade desenvolvida pelo professor sujeito ao estresse - esgotamento frente aos riscos psicossociais do trabalho.

Os professores da amostra relataram que tinham algum problema de sono (72,9%), apesar de as condições em que dormiam serem satisfatórias (94,5%). Portanto, a insatisfação para com os padrões de sono dos professores universitários da amostra pesquisada foi maior do que a da população adulta de São Paulo, população em geral, que atingiu 25% (GIGLIO, 1988). Uma possível explicação para os dados obtidos: o sono, nos professores da amostra, não seria reparador, por influência de algum dos seguintes distúrbios: insônia, parassônia, depressão, do *Burnout* e do estresse ocupacional, de maneira geral. No presente estudo, isso pôde ser observado, visto que os professores trabalhavam em horários diversos, em turnos diurnos (31,8%), em turnos noturnos (12,9%), e em ambos os turnos 47,0%). Eram de diferentes escalas de trabalho, desde as fixas (28,9%), escalas móveis (16,7%), ou ambas as escalas (0,6%).

Quanto à prevalência da Sonolência Diurna Excessiva, nesta pesquisa, a prevalência da sonolência excessiva diurna foi de 41,4% em professores universitários: 3,9% sofreram acidentes de carro, 0,4% sofreram acidentes de trabalho, 0,4% perderam o emprego, e 6% foram chamados à atenção devido à sonolência. Na amostra, a prevalência é maior do que na população geral, que varia de 0,3 a 15,2% (HARA e ROCHA, 2003; DE MARCHI, 2003). SOUZA et al. (2003) obtiveram 30,3% da prevalência da sonolência excessiva diurna em professores do ensino secundário, e concluíram que poderia dever-se à extensa carga horária laboral. SANTI e OLIVEIRA (2004) detectaram que 45% dos professores universitários sentiam ataques de sono durante o dia, 51% sentiam-se sonolentos e 7% sofreram acidentes de automóveis por causa do sono.

A prevalência da sonolência diurna excessiva observada em estudos populacionais variou de 0,3 a 25% (HARA et al. 2001). Na população adulta da cidade de São Paulo, foi de 18,9%; em adultos de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 16,8%; na

população de Bambuí, Minas Gerais, 16,5% (HARA et al. 2003). A sonolência diurna excessiva pode ser um sintoma de distúrbios crônicos do sono, principalmente narcolepsia, como a insônia. No professor, a sonolência diurna excessiva pode prejudicar suas atividades, principalmente em situações de atenção diminuída e monotonia, e provocando um grande impacto no estado de saúde, em termos de saúde pública (HARA, et al. 2001; OLIVEIRA et al., 2003). GIGLIO (1988) ressalta que, embora a sonolência diurna excessiva tenha consequências ameaçadoras à saúde, suas causas podem não ser percebidas, diferentemente do que ocorre com a insônia, que facilmente é associada a razões emocionais.

A questão sobre a procura de auxílio médico devido a problemas de sono foi respondida afirmativamente por 20% dos professores da presente pesquisa, similarmente aos resultados obtidos por GIGLIO (1988), 20% na população adulta de São Paulo. Considerando-se as diferentes queixas apresentadas pelos professores relacionadas ao sono e os efeitos adversos à saúde física e emocional, medidas educativas precisam ser implantadas, para oferecer à população melhores esclarecimento sobre o risco à saúde.

Quanto às Parassônias, na presente pesquisa detectou-se que as frequências relativas de ocorrência foram: roncar (46,3%), ranger os dentes (31,5%), acordar ansioso após pesadelo (28,4%), câibras (21,4%), dor de cabeça (20,6%), azia ou queimação no estômago (18,2%), taquicardia (10,0%), engolir ou sufocar (8%), acordar em pânico gemendo ou chorando (7,2%), paralisia do adormecer ou despertar (4,1%), andar (2,9%), crises de asma (2,2%), urinar sangue pela manhã (1,2%), crises epiléticas (0,4%). Os resultados obtidos, com relação à presença de roncos (46,3%), em professores universitários, foi maior que a obtida por GIGLIO (1988). Os roncos constituem-se motivos de preocupação, porque podem ser decorrentes da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono, usualmente associada a uma redução do oxigênio no sangue (ACADEMIA AMERICANA DE MEDICINA DO SONO, 2001). GIGLIO (1988) afirma que a presença de ronco foi de 35,5% na população adulta da cidade de São Paulo. Torna-se preocupante a diferença de 10,8% na presente pesquisa com os dados obtidos por GIGLIO em relação ao ronco. Conforme advertem MÓL e VALADARES (2004), essa síndrome não está incluída como fator de risco, pela Cardiologia.

Os resultados obtidos no presente estudo, com relação à presença de câibras (21,4%), foram muito próximos aos obtidos por GIGLIO (1988). A explicação para o fato, dada pelo estudo citado a seguir, parece ser satisfatória. A diferença entre as frequências dos dois estudos (2,8%) não sugere grande discrepância de resultados entre as pesquisas. GIGLIO (1988) afirma que a presença de câibras em seu estudo foi de 24,2% na população adulta da cidade de São Paulo, e sinalizou que, dentre as várias condições de trabalho investigadas, elas ocorrem mais nos indivíduos que trabalham em pé, quando comparados aos que trabalham sentados. O professor, em sala de aula, permanece mais em pé do que sentado.

O resultado obtido no presente estudo, com relação à presença de ranger os dentes (31,5%), foi alto, quando comparado com o da população adulta de São Paulo, que foi de 6,5% (GIGLIO, 1988) e com o da população adulta de São José do Rio Preto, que foi de 12,4% (DE MARCHI, 2003). Sabe-se que as causas do bruxismo são multifatoriais, principalmente em situações de estresse em que ocorrem alterações dos padrões habituais do sono (INOCENTE, et al., 2002), podendo estar relacionadas, especificamente, a situações de estresse ocupacional, por vezes enfrentado pelo professor universitário.

O resultado obtido no presente estudo, com relação à presença de dor de cabeça ou cefaléia (20,6%), foi alto e semelhante ao obtido por GIGLIO (1988), que afirma que a taxa de cefaléia, em seu estudo, foi de 19,9 %. A diferença de resultados entre as duas pesquisas foi pequena, havendo concordância nos resultados. MACIEL JUNIOR (2000) comenta que o quadro clínico complexo pode estar relacionado ao ronco, bruxismo, tempo de sono, apnéia do sono, movimentos periódicos.

O Distúrbio do Risco de Supercomprometimento e a variável independente Turno Alternado, nesta pesquisa, foram contribuintes do Distúrbio do Sono. Isso pode comprometer a qualidade de vida do professor. Em relação aos Distúrbios do Sono e Supercomprometimento, este último, adicionado à sobrecarga do trabalho, traduz-se em quantidade e qualidade, que se relacionam às mudanças bioquímicas, cognitivas e emocionais, provocando excessiva tensão (SIEGRIST, 2004 a; TALENTO, 1998; CODO, 1999; INOCENTE, 2000; INOCENTE, 2004; INOUE, 2000. HOSSIAN, 2003; GROEGER et al., 2004; NAKATA et al., 2004) e podendo interferir na qualidade do sono.

A média de horas dormidas por semana, pelos professores da presente pesquisa, foi de 6 horas e 3 minutos, quando deveriam dormir em torno de 8 horas por dia. Por conseguinte, os professores perdem cerca de 2 horas por dia de sono, em média. Já a média de horas dormidas em fins de semana, folgas e feriados foi de 8 horas e 18 minutos; portanto, o déficit semanal é de 9 horas e trinta minutos de sono, em média. Pode-se afirmar que os professores dormem pouco, o que corrobora a pesquisa de OGEDA et al. (2002), que afirmam que um grande número de professores sente, algumas vezes, dificuldades para se concentrar, perde o sono ou dorme poucas horas, além de tornar-se insensível ao relacionar-se com outras pessoas. Nos estudos desenvolvidos por esses autores, cerca de 117 professores, de uma amostra total de 353, relataram que perdiam o sono ou dormiam poucas horas.

O presente estudo revelou que os professores da amostra apresentaram doenças gastrointestinais (18,2%) e pressão alta (14,9%), o que pode ser explicado pelo desgaste físico e emocional a que eles estão sujeitos. O desgaste pode causar problemas físicos, como dores de cabeça, doenças gastrointestinais, pressão alta, tensão muscular e fadiga crônica, ansiedade, depressão e distúrbios do sono, aumento do uso de álcool e das drogas, exaustão e sentimentos negativos, que começam a afetar o relacionamento com a família e com os amigos (MASLACH e LEITER, 1999; REINHOLDS, 2004; BALLONE, 2004). Nesta pesquisa, a porcentagem de uso de drogas para dormir (15,7%) e uso de drogas para ficar acordado (5,5%) foi alta, como o obtido por SOUZA (2001), na população de Campo Grande (8,6%).

Verificou-se, nesta pesquisa, que os contribuintes para com o Distúrbio do Sono foram os distúrbios de Supercomprometimento, Depressão e Despersonalização, o que confirma, em parte, os resultados de BENEVIDES-PEREIRA (2002 c), que detectou que os médicos que revelaram dificuldade em conciliar o sono apresentaram maiores níveis de Exaustão Emocional e Despersonalização, bem como de menor Realização Profissional, em suas atividades laborais, do que os que não tinham insônia. A literatura consultada indica que as pressões de trabalho podem acarretar aumento de alterações físicas e emocionais e sono (GIL-MONTE e PIERÓ, 1997; NDOYE, 2000; GUIMARÃES e FERREIRA JUNIOR, 2000; ROCHA e INOCENTE e REIMÃO, 2002; CAMARGO e NEVES, 2004;

RIGOLIN e CAMARGO, 2004; CAMARGO e OLIVEIRA, 2004; INOCENTE E CAMARGO, 2004; MONCADA, 2004).

No que diz respeito à utilização do Questionário de Sono do Adulto (GIGLIO, 1988) para avaliar as queixas de sono para análise, observou-se que, após aplicar o instrumento na amostra e realizar o teste de confiabilidade, o resultado obtido não apresenta a confiabilidade que seria desejável num estudo rigoroso: a de que o Alfa de Cronbach fosse ao menos maior que 60% mas o mesmo resultou em 10,02%. Na presente pesquisa, justificou-se a utilização do instrumento da seguinte maneira: primeiro, na época da escolha do instrumento, este era o único questionário do sono validado no Brasil. A autora do questionário, GIGLIO (1988), durante o processo de validação do instrumento, em sua tese de doutorado, em relação à Análise Qualitativa, explicou que, o exame dos índices de concordância Kappa (K) das questões do questionário que puderam ser analisadas mostrou que, entre os 25 itens, 12 indicaram uma boa confiabilidade (valores maiores que 0,75), 12 indicaram uma confiabilidade moderada (valores de 0,5 a 0,75) e em apenas uma questão ela se apresentou ruim (valor menor que 0,50); No entanto, no trabalho citado não foi mencionada a aplicação do Alfa de Cronbach, que, no caso do presente estudo, é único para todo o questionário, e resultou em 10,02%. Alfa de Cronbach é medido a posteriori à realização da pesquisa, seja ela total ou piloto (houve um teste piloto para a aplicação dos instrumentos, mas nessa ocasião não se testou o Alfa de Cronbach, em função dos índices obtidos).

Quanto ao Distúrbio Desequilíbrio Esforço Recompensa, os resultados do presente estudo indicaram que 8% dos professores universitários da amostra estão em risco, e que, quanto maiores os escores do Distúrbio da Exaustão Emocional e do Distúrbio do Supercomprometimento, maiores são os seus escores. Ainda quanto ao Distúrbio Desequilíbrio Esforço Recompensa, os resultados foram altos, na amostra: na subescala Supercomprometimento no Trabalho em relação a competitividade – 80,4%; irritação desproporcional – 98,4%; e incapacidade de se retirar do trabalho – 99,2%. Foram considerados, sempre, os escores mais altos obtidos na pesquisa. Estes resultados confirmam que o estresse ocupacional, principalmente o desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho, pode ser um fator de risco para o professor universitário.

(NIEDHAMMER e SIEGRIST, 1998; NIEDHAMMER e et al., 2000 a, b; BAKKER, et al., 2000; NDOYLE, 2000; ROBLES et al., 2003; INOCENTE, 2004; KLUSKA et al., 2004; FONTAINE, et al., 2004; SIEGRIST, 2002; 2004 a, b; SIEGRIST, et al., 2004; GUIMARÃES e MARTINS, 2002; GUIMARÃES et al., 2004 a; GUIMARÃES e FREIRE, 2004; FERNÁNDEZ-LÓPEZ et al., 2004; ÁSBERG et al., 2004).

O modelo Demanda- Controle enfatiza que a situação mais negativa para a saúde se caracteriza por altas exigências psicológicas e baixo controle no ambiente de trabalho (KARASEK, 1998).

Embora o professor responda à exigência social de ser um bom profissional, atrelado à auto-exigência de competência profissional (BAPTISTA e CODO, 1999), no presente estudo, 92% dos professores universitários estavam satisfeitos com os seus trabalhos, semelhantemente aos estudos de REINHOLD (1984), em que os professores consideraram a profissão altamente estressante, mas estavam satisfeitos com o trabalho, e também semelhantemente aos estudos de CODO et al. (1999) que encontraram 90% da amostra satisfeitos, apesar das condições, muitas vezes, desfavoráveis, dos professores do 1º e 2º graus. CODO e BAPTISTA (1999) concluíram, nos seus estudos, que os professores ganham tão mal, vivem tão mal, mas gostam de seu trabalho. PEDRABISSI e SANTINELLO (2000) concluíram que os professores universitários estavam satisfeitos com seus trabalhos, em virtude do suporte suficientemente eficaz obtido dos diretores. O mesmo não aconteceu com os professores do ensino fundamental.

Como o nível de satisfação no trabalho foi medido por intermédio do Distúrbio Desequilíbrio Esforço Recompensa, e o nível do Burnout, pelo Distúrbio da Exaustão Emocional, os resultados do presente trabalho mostraram que o Distúrbio Exaustão Emocional contribui para com o Distúrbio Desequilíbrio Esforço Recompensa, e vice-versa. Além disso, há uma relação direta entre os dois distúrbios mencionados (quanto maior a intensidade de um, maior a intensidade do outro). Esses resultados são confirmados pelos estudos de CARLOTTO (2002). A nova configuração do trabalho docente pode conduzir a situações de enriquecimento e satisfação, e, quanto maior o nível de satisfação no trabalho, menores são os níveis de *Burnout*. No entanto, nos últimos anos, diversos estudos com base no Modelo ERI (SIEGRIST, 2004) demonstram que, quando há

falta de recompensas com relação ao *status*, estima e salário, ocorre um desequilíbrio que poderá conduzir à Exaustão Emocional.

No presente estudo, foi verificado que os Distúrbios Desequilíbrio Esforço Recompensa e Supercomprometimento, que mediram a carga de trabalho excessiva, o Regime de Trabalho Dedicação Integral foi maior (em intensidades e proporções afetadas) em ambos os distúrbios. O regime de trabalho de dedicação integral está relacionado com os distúrbios mencionados. Então, de certo modo, abstraindo-se o específico período de tempo, o afirmado a seguir pode ser explicado por SAMPAIO e GUIMARÃES (2004), que ressaltam que, quando a carga de trabalho é muito grande, excede as habilidades do trabalhador quando submetido a uma demanda maior, num específico período de tempo. O Modelo Demanda-Controlle adverte que, nos trabalhos com altas exigências, pouco controle e baixo apoio social representam maior risco para a saúde.

Os resultados do presente estudo indicam que 11% dos professores universitários da amostra estão em risco, quanto ao Distúrbio de Supercomprometimento no Trabalho. Verificou-se que, quanto maiores os escores do Distúrbio Desequilíbrio Esforço e Recompensa, maiores serão os escores do Distúrbio de Supercomprometimento no Trabalho. De acordo com O Modelo ERI de SIEGRIST (NIEDHAMMER e SIEGRIST 1998; NIEDHAMMER et al. 2000; KLUSKA et al. 2004; SIEGRIST, 2004), o esforço no trabalho deve ser acoplado por apropriadas recompensas que promovam sentimentos de bem-estar no professor, aumentando o grau de sua auto-eficácia e auto-estima. O ambiente de trabalho adequado apresenta contingências que podem prevenir o *distress*.

Assim, a discrepância entre esforços gastos e recompensas recebidas no trabalho é considerada como determinante fundamental das reações de tensão que provocam reações emocionais e fisiológicas e de seus efeitos adversos à saúde (GUIMARÃES E MARTINS, 2002; GUIMARÃES et al. 2004). Dessa maneira, pode-se pensar que essas condições acabam por contribuir para a manifestação da Síndrome de *Burnout*, que é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos do trabalho (MASLACH, 1998). Por sua vez, o *Burnout* provocaria um enfraquecimento e um desgaste de energia, provocados por exigências auto-impostas ou externas, um estado de estresse físico, psíquico e emocional que acabaria influenciando a

motivação, as atitudes, as relações do professor no ambiente de trabalho e com os alunos (AUDÉTAT, 1998). NDOYE (2000) detectou, em seu estudo, a insatisfação do professor quanto: à gestão administrativa, ao número elevado de alunos em sala de aula, aos programas sobrecarregados, às reuniões, à pressão para publicar, ao baixo salário, à falta de material pedagógico, salas, móveis, equipamentos e bibliotecas.

Em conformidade com o Modelo ERI, os fatores intrínsecos do trabalho relacionados ao Distúrbio de Supercomprometimento são: necessidade de aprovação, competitividade, irritabilidade e inabilidade de retirar-se do trabalho. Neste estudo, esses fatores apresentaram os seguintes valores modais: necessidade de aprovação - 25,1%); competitividade - 33,5%) ; irritação desproporcional - 22,9%); e, dificuldade em separar-se do trabalho - 33,5%). Os fatores de recompensas no trabalho referentes à necessidade de aprovação atingiram (61,3%) da amostra. Esses resultados são concordantes com os obtidos por INOCENTE (2000), em pesquisa desenvolvida com professores universitários, na qual 64% da amostra apresentaram o fator aprovação como sendo uma variável importante no exercício profissional. Os autores posicionam-se de maneiras diferentes, frente a essa necessidade que se constitui de: uma melancolia em professores (MACHEL, 1988); crença irracional de ter o amor e a aprovação dos outros ELLIS (1970); pessoas ansiosas se centram em aceitação, competência e controle (BECK e EMERY, 1985); falta de assertividade (FENSTERHEIM e BAER, 2002; INOCENTE e GUIMARÃES, 2004). Segundo BERAQUET et al. (2004), um baixo nível de auto-estima é um dos fatores causadores dos transtornos fisiológicos e psicológicos, apresentando uma função moderadora em relação aos estressores do trabalho.

6 - CONCLUSÃO

Nesta pesquisa correlacional, mediram-se as relações entre as variáveis e os distúrbios. Quanto ao poder generalizador, os resultados obtidos nesta pesquisa só podem ser generalizados para as cidades paulistas do Vale do Paraíba, no Estado de São Paulo, onde foram coletados os dados da amostra, entre 510 professores universitários. Quanto ao limite de alcance dos resultados, no cálculo do tamanho da amostra, o erro máximo permitido foi de 5 %, e em todos os testes estatísticos aplicados o nível de significância exigido também foi de 5 %. É reconhecido que o trabalho sobre os distúrbios foi feito de um modo global, representado pelos seus respectivos escores. Foi realizada a classificação dos Distúrbios do Sono, do Risco Esforço e Recompensa, do Risco de Supercomprometimento em 5 categorias: Inexistente, Mínimo, Leve, Moderado e Grave. No caso do Distúrbio do Sono, houve necessidade de criação de um procedimento próprio de atribuição de escores. Empregaram-se técnicas estatísticas para as Ciências Sociais, por meio dos Modelos Visuais Lineares Generalizados de Regressão Múltipla (VGLM) e do modelo Linear Poisson com Função de Ligação Logarítmica (sigla inglesa VGLZ). Sua utilização permitiu à pesquisadora analisar as informações de maneira visual (por meio de gráficos).

Não é pretensão deste estudo ser exaustivo ou definitivo quanto aos diversos distúrbios que acometem professores universitários. Primeiro, porque a amostra é representativa de apenas uma parcela dos professores universitários do Estado de São Paulo. Segundo, porque, neste estudo, só foram incluídas as escolas particulares da região do Vale do Paraíba. É também reconhecido que o trabalho foi feito sobre os distúrbios de um modo global, representados pelos seus respectivos escores. Quanto às hipóteses, as que foram confirmadas são:

Os professores universitários da amostra apresentam, em relação à população em geral, níveis mais elevados de prevalência dos Distúrbios do Sono (Insônia e Queixas de Sono). A hipótese foi confirmada, no caso dos Distúrbios (99,8% da amostra), da Insônia Inicial (58,6% da amostra), da Insônia Intermediária (59,4% da amostra), da Insônia Final (64,5% da amostra) e Queixas de Sono: Problemas (72,9% da amostra), roncos (46,3% da amostra).

Os professores universitários da amostra apresentam, em relação à população em geral, níveis mais elevados de prevalência dos distúrbios da Depressão.

Os professores universitários pesquisados apresentam desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho. Esta hipótese foi confirmada para 8% da amostra pesquisada.

Os professores universitários da amostra apresentam supercomprometimento no trabalho. Esta hipótese foi confirmada para 11% da amostra pesquisada.

Os professores universitários pesquisados apresentam riscos para o desenvolvimento do Distúrbio do *Burnout*. Esta hipótese foi confirmada para 98,4% da amostra pesquisada.

Quanto ao objetivo geral:

A influência que o nível de esforço-recompensa exerceu na saúde mental dos professores universitários, com relação ao surgimento dos Distúrbios do *Burnout*, da Depressão e do Sono, foi comprovada. O mesmo não aconteceu para o nível de supercomprometimento.

Quanto aos seis objetivos específicos, todos eles foram atingidos.

O Distúrbio de maior relevância deste estudo foi o do *Burnout*, que envolveu 98,4 % da população pesquisada, sendo mais prevalentes nos professores universitários do que na população em geral.

Também são mais prevalentes nos professores que na população em geral os Distúrbios do Sono e da Depressão.

No que diz respeito especificamente ao Distúrbio do Sono, 72,9% dos professores têm algum problema de sono. A média obtida em relação aos três tipos de insônia atingiu 60,5% da amostra, e a principal parassônia foi o ronco, para 46,3% da amostra.

Concluindo, percebe-se que há evidência de que os fatores psicossociais do trabalho influenciam a saúde e o bem-estar do professor em função do baixo controle sobre o conteúdo das tarefas, das altas exigências psicológicas, do baixo apoio social dos

companheiros/diretores e da falta de recompensas no trabalho. No ambiente de trabalho em que ocorrem esses desequilíbrios, os professores universitários ficam vulneráveis ao desenvolvimento do *Burnout*, depressão e distúrbios do sono.

Considerações Finais: Resumo dos Distúrbios que Merecem Intervenção

São de dois tipos as intervenções propostas neste estudo, a saber: pontual e geral. Na intervenção pontual, tratar-se-ia apenas dos professores mais afetados por um dado distúrbio, e, na intervenção geral, seriam envolvidos todos os professores universitários abrangidos pela área estudada.

❖ **Intervenções Pontuais:** Os distúrbios que seguem merecem esse tipo de atenção: Distúrbio do Sono; Distúrbio da Depressão; Distúrbio do Risco Esforço Recompensa; e Distúrbio do Risco de Supercomprometimento.

❖ **Intervenções Gerais:** Os seguintes distúrbios (todos componentes do Distúrbio do *Burnout*), dada a sua intensidade e frequência entre os professores das cidades paulistas do Vale do Paraíba, merecem pronta atenção e intervenção de órgãos de Saúde Pública e Privada com responsabilidades sobre os professores(as) universitários(as): Exaustão Emocional; Despersonalização; e Falta de Realização Profissional.

❖ Sugestões de Intervenção: a respeito do Distúrbio do *Burnout*

As sugestões aqui apresentadas estão englobando os Distúrbios da Exaustão Emocional, Distúrbio da Falta de Realização Profissional e Distúrbio da Despersonalização. Sugere-se às Organizações de Saúde Pública e Privadas, com ingerências na parte de Ensino Superior Público e Privado, o seguinte: trabalhos de prevenção e intervenção da síndrome de *Burnout* com professores universitários, em face dos resultados aqui expostos. Torna-se necessário informar a esses docentes sobre o que é o *Burnout*, suas conseqüências pessoais e organizacionais, para que eles possam administrar as situações estressantes no trabalho. Tal necessidade advém do fato de a grande maioria dos professores participantes

da pesquisa desconhece o assunto *Burnout*, o que exigiu que a pesquisadora explicasse o termo no momento de o professor assinar o termo de consentimento de uso dos questionários. Medidas preventivas no ambiente universitário poderão reduzir o *Burnout*, evitando a sua generalização no ambiente familiar e do trabalho, uma vez que é considerado, por alguns autores, como contagioso, tomando proporções maiores do que se possa visualizar. No entanto, é importante que as intervenções dirigidas para preveni-lo sejam planificadas e desenhadas segundo o componente específico que se pretenda corrigir: reduzir o risco de Exaustão Emocional, prevenir a Despersonalização e aumentar a sensação de Realização Profissional, considerando-se o enfoque multidisciplinar do Distúrbio

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, K.L.; RAMOS, S.L.S.; BAUMGARDT; KRISTENSEN,C.H. Estresse ocupacional e síndrome de Burnout no exercício profissional da Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 22, 22-29, 2002.

ABUD, M.J.M. **Professores de ensino superior: características de qualidade**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.p. 13-39.

ALHO FILHO, J.L. Agressividade, depressão e o sono no idoso. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Avanços em Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina. 2001, p.71-80.

ALHO FILHO, J.L. Transtornos de humor e do sono nos idosos. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Sono normal e doenças do sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2004, p.162-166.

ALMEIDA, A.M.; LOTUFO NETO, F. Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 25, 4, 2003.

ÁLVAREZ, M.P.; MONTEZ, J.M.G. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. **Psicothema**, vol.13, nº3, 493-510, 2001.

AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE (ICSD) . **International Classification of Sleep Disorders**, revised: Diagnostic and coding manual. Chicago: Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2001, p. 15-259.

AMORIM, C. Síndrome de *Burnout* em fisioterapeutas e acadêmicos de fisioterapia: um estudo preliminar. In: BENEVIDES-PEREIRA, A.M.P. (Org.). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.93-104.

ANDRÉ, C.; LÉGERON, P. Thérapies cognitives de l'anxiété seule et de la phobie sociale. Paris: **Psychologie Française**, 38, 231-240, 1993.

ANDRIOLA, W. B.; CAVALCANTE, L. R. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. **Psicol. reflex. crit**;12 (2):419-28, jul.-dez. 1999.

ARAÚJO, A.B. **Estresse e Trabalho: os assistentes sociais na mira do *Burnout***. São Paulo: 2004. (Dissertação - Mestrado – Pontifícia Universidade Católica).

ARAÚJO, T.M.; GRAÇA, C.C.; ARAÚJO, E. Estresse ocupacional: contribuições do modelo demanda-controle. **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol.8, n.4, p. 1-13. Rio de Janeiro, 2003 a.

ARAÚJO, T.M.; AQUINO, E.; MENEZES, G; SANTOS, C.O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, vol.37, n.4, 1-11. São Paulo, Aug.2003 b.

AREIAS, M.E.Q. **Saúde Mental, Estresse e Trabalho dos Servidores de uma Universidade**. Campinas: 1999.(Tese - Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas).

AREIAS, M.E.Q; COMANDULE, A.Q. Transformações no mundo do Trabalho: a inserção da Qualidade Total. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.229-247.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV- TRTM)**. 4^a.ed. Texto revisado. Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000; 845p.

AUDÉTAT, M.C. LE Burn out chez les enseignants. **Educateur**, 16 octobre, no^o 11,1-3, 1998.

AUDÉTAT, M.C. Le Burlird Social Psychologin out chez les enseignants. **Educateur**, 19, 11-98, 2000.

AVILÉS, J.M. Los profesionales de la docencia son uno de los colectivos com más posibilidades de sufrir estrés. **JANO ON-LINE**, 1-5, 2004.

BABA, V.V.; GALPEIN, B.L.; LITUCHY, T.R. Occupationalmental health: a study of work related depression among nurses in the Carabbean. **International Journal of Nursing Studies**, 36; 163-69, 1999.

BAKKER, A.B.; SCHAUFELI, W.B. Burnout contagion among teachers. **Journal of Applied Social**, p. 2289-2308, 2000.

BAKKER, A.B.; KILLMER, C.H.; SIEGRIST, J.; SCHAUFELI, W.B. Effort-reward imbalance and Burnout among nurses. **Journal of Advance Nursing**, 31, 884-891, 2000.

BALLONE, G.J. Síndrome de Burnout. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 05 de agosto de 2004.

BANDURA, A. **Modificação do Comportamento**. Tradução Eva Nick. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979, p.3-128.

BAPTISTA, M.N.; MORAIS, P.R.; CALAIS, S.L.; INOCENTE, N.J. Depressão e Burnout; similaridades e diferenças. In: BRANDÃO, M.Z.; CONTE, M.F.; BRANDÃO, F.S.; INGBERMAN, Y.K.; SILVA, V.L.M; OLIANI, S.M. (Orgs.). **Sobre Comportamento e Cognição**. Santo André: ESEtec, 2004, p.77-82.

BARONA, E.G. Análisis pormenorizado de los grado do Burnout y técnicas de afrontaminento del estrés docente en profesorado universitario. **Anales de Psicología**. Junh; 19(1): 145-158, 2003.

BASTIEN, C.; GUAY, B.; RADOUCO-THOMAS, M; LEBLANC, J. BLAIS, F. Insomnie chronique et sevrage des benzodiazépines chez les aînés. Disponível em: <http://www.acfa.ca/congres/congres70/C1367.htm>. Acesso em: 29/05/2004.

BATISTA, S.A; CODO, W. Crise de identidade e sofrimento. In: CODO, W. (Org.). **Educação: carinho e trabalho**. Burnout, a síndrome as desistência do educador pode levar a falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 60-85.

BATISTA, S.A.; ODELIUS, C.C. Gestão democrática nas escolas e Burnout. In: CODO, W. (Org.). **Educação: carinho e trabalho**. Burnout, a síndrome as desistência do educador pode levar a falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999, p.333-337.

BATISTA, S.A.; MAGALHÃES PINTO, R.S. Segurança nas escolas e Burnout em professores. In: CODO, W. (Org.). **Educação: carinho e trabalho**. Burnout, a síndrome as desistência do educador pode levar a falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 312-323.

BECK, A.; WUARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, G. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry** 4: 53-63, 1961.

BECK, A.; EMERY, G. **Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective**. New York: Basic Books, 1985, p. 1-12.

BECK, A.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. São Paulo: Zahar, 1982, p.5-16.

BECK, A.; KUYKEN, W. Terapia cognitiva: abordagem revolucionária. In: ABREU, C.N. ; ROSO, M. (Cols.). **Psicoterapias cognitiva e construtivistas: novas fronteiras da prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2003, p.2-20.

BECKERS, D.G.; VAN DER, L. D.; SMULDERS. P.G.; KOMPIER, M.A.; VAN VELDHOFEN, M.J.; VAN YPEREN, N.W. Working overtime hours: relations with fatigue, work motivation, and the quality of work. **J Occup Environ Med**. Dec;46(12):1282-9, 2004.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M. Burnout, por quê? Uma introdução. In: BENEVIDES-PEREIRA, A.M.P. (Org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002 a, p.13-20.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.P. *Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho*. BENEVIDES-PEREIRA, A.M.P.(Org.). In: **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002b, p. 21-91.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.P. O adoecer dos que se dedicam à cura das doenças. *Burnout em grupo de médicos*. BENEVIDES-PEREIRA, A.M.P. (Org.). In: **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002c, p.105-130.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.P. As atividades de enfermagem em hospital: um fator de vulnerabilidade ao Burnout. BENEVIDES-PEREIRA, A.M.P.(Org.). In: **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002d, p.133- 156.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.P.; MORENO-JIMÉNEZ, B. O Burnout em um grupo de psicólogos brasileiros. BENEVIDES-PEREIRA, A.M.P.(Org.). In: **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.157-185.

BÉRARD, L. Considérations sur l'invalidité en santé mentale. **Bull de l'Association des Médecins du Travail du Quebec**, 1994, p. 4-16.

BERAQUET, M.I.G.; AREAIS, M.E.Q.; STROILI, M.H.; TEIXEIRA, L.N. A importância do auto-conceito e da auto-estima nas organizações. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.103-127.

BERAQUET, M.I.G.; GUIMARÃES, L.A.M.; AREAIS, M.E.Q. Crise Social, Trabalho e Saúde Mental. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 249-264.

BIXLER, E.O.; KALES, A.; SOLDATOS, C.R. Sleep disorders encountered in medical practice: a National survey physicians. **Behavioral Sciences**, 1: 13-21, 1979.

BLAIS, F.C.; GENDRON, L.; MIMÉAULT, V.; MORIN, C.M. Evaluation de l'insomnie: validation de trois questionnaires. **L'Encéphale**, n. VI, 442-446, 1997.

BLASE, J. J. "A social-psychological grounded theory of teacher stress and Burnout". **Educational Administration Quarterly** (18, 4) 93-113. 1982.

BORGES, L.H. Trabalho e doença mental: reconhecimento social do nexo trabalho e doença mental. In: SILVA FILHO, J.F. e JARDIM, S. (Orgs.). **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997, p.193-201.

BORGES, L.O.; PEREIRA, A.L.S.; MACHADO, E.A.P., SILVA, W.S. **A Síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais públicos universitários**. **Psicol. Reflex. Crit.**, 15, 1, p-189-200, 2002.

- BOUCHARD, S.; BASTIE, C.; MORIN, C.M. self-efficacy and adherence to Cognitive-Behavioral Treatment Insomnia. **Behavioral Sleep Medicine**, vol.14, Dec, 187-199, 2003.
- BOURBONNAIS, R.; BRISSON, C.; MALENFANT, R.; VEZINA, M. Health care restructuring work environment and health of nurses. **Am J Ind Med**, Jan: 47 (1): 54:64, 2005.
- BRENNINKMEIJER, V; VAN YPEREN, N.W.; BUUNK, B.P. Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? **Personality and Individual Differences**, 30, 873-880, 2001.
- BRENNINKMEIJER, V; VAN YPEREN, N.W. About the advantages and disadvantages of a unidimensional approach in Burnout research: when and how may we combine the burnout dimensions into a single concept. Disponível em: <http://www.ub.rug.nl/eldoc/dis/ppsw/v.brenninkmeijer/c2.pdf>. Acesso em: 18 de agosto de 2004
- BREWER, E.W.; SHAPARD, L. Employee Burnout: a meta-analysis of the relationship between age or years of experience. **Human Resource Development Review**, vol.3, nº 2, 102-123, 2004.
- BULGARI, M.L.; FREITAS, M.L. Sono, professor e desempenho profissional. In: REIMÃO, R. (Org.). **Avanços em Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001, p.431.
- BUMPUS, J.F. Career vitality of professors: a cognitive restructuring model: **Annual Meeting of the Western Psychology Association**. São Francisco: Washington: Viewpoints, CA, Apr, 27-30, 1983, p-1-25.
- BURGER, A. Épuisement professionnel (Burnout). **Méd. et Hyg.** , 46, 2614-2615, 1988.
- BUYSSE, D.J.; MORIN, C.M.; REYNOLDS, C.F. Sleep disorders. In: GABBARD, G. **Treatments of Psychiatric Disorders**. Washington: American Psychiatric Press, 1995, p.2.397 – 2445.

BYRNE, B. Burnout: investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary and university educators. **Teaching & Teacher Education**, 7, 2, 197-209, 1991.

BYRNE, B. The Maslach Burnout Inventory: Testing for factorial validity and invariance across elementary, intermediate and secondary teachers. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, 66,3, 197-213, 1993.

CAETANO, D.; STELA, F. Prevenção da depressão em um centro de atenção primária. **J. Bras. Psiq.**, 39, supl.1, 5S-8S, 1990.

CAMARA, C. **La crise professionnelle des enseignants: des outils pour agir**. Versailles: CRPD, 2002, p.1-9.

CAMARGO, D.A. Psicofarmacologia e trabalho. In: SOUZA, J.C.; CAMARGO, D.A. (Orgs). **Psicofarmacologia e equipe multidisciplinar**. Campo Grande: UCDB, 2002, p.155-156.

CAMARGO, D.A.; NEVES, S.N.H. Transtornos Mentais, Saúde Mental e Trabalho. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol., III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 23-42.

CAMARGO, D.A.; OLIVEIRA, J.I. Transtornos neuropsiquiátricos nas intoxicações ocupacionais. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol., III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 95-17.

CAMPOS, C.R.; INOCENTE, N.J.; ALVES, O.D.; GUIMARÃES, L.A.M.; AREIAS, M.E. Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol., III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 63-77.

CARLOTTO, M.S.; GOBBI, M.D. **Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho?** Disponível em: <file:///A:/Curso%20PSICOLOGIA%20-%20ULBRA.htm>. Acesso em: 01-07-02.

CARLOTTO, M.S. Síndrome de *Burnout* e satisfação no trabalho: um estudo com professores universitários. In: BENEVIDES-PEREIRA. (Org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p.187-212.

CARLOTTO, M.S. Síndrome de Burnout e Gênero em docentes de instituições particulares de ensino. **Revista de Psicologia da UnC**, vol.1, n.º1, p. 15-22, 2003 a.

CARLOTTO, M.S. Burnout e o trabalho docente: considerações sobre a intervenção. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, ano 1, n.º1, p. 12-18b, Ago 2003 b.

CARMONA, J.G. Depresión y sueño: um imbrica do binomio. **Interpsiquis**, 2001(2).

CARVALHO, M.M.B. **O professor: um profissional, sua saúde e a educação na saúde na escola**. São Paulo, 1995 (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo).

CARVALHO, D.Q. **Enquanto a primavera não vêm ou a loucura de ser professora**. Campinas, 1997. (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).

CASADEI, A.; SOARES, O.; VERSELLI, P.; NAINUDEL, L.; PAUSA, C.; SANDOVAL, M.C. Síndrome de agotamiento profesional (Bur-out) en medicos de la ciudad de Buenos Aires. **Estrés y Salud**, 3, p. 1-6, Julio-Agosto, 2000.

CASTRESANA, D.A. . Burnout en los profesionales de las atención a las drogodependeências. Area de educación, prevención y servicios sociales. **Martes**, 2 p. 107-113, 2003.

CASTRO-CORDEIRO, J.A., GUILLÉN, I., GALA, F.J., LUPIANI, M., BENÍTEZ, A.; GÓMEZ, A. (2003). Prevalencia del síndrome de Burnout en los maestros. Resultados de una investigación preliminar. **Psicología.com**, 7(1). Acesso em: 30 Outubro, 2003. Disponível em: www.psiquiatria.com.

CERVENA, K., DAUVILLIERS, Y.; ESPA, F.; TOUCHON, J.; MATOUSEK, M.; BILLIARD, M.; BESSET, A. Effect of cognitive behavioural therapy for insomnia on sleep architecture and sleep EEG power spectra in psychophysiological insomnia. **Journal of Sleep Research**, 4 December, vol.13, 385-393, 2004.

CHALANT, J.F. Théories du stress et psychopathologie du travail. **Prevenir**, (20): 117- 126, 1990.

CHARTRAND, P. **Tension au travail et consommation de médicaments psychotropes**. Laval, 2003. (Maître ès Sciences – Université Laval).

CHERNISS, C. **Professional Burnout in human service organizations**. New York: Praeger, 1980, p.2-7.

CHERNISS, C. Long-term consequences of *Burnout*: an exploratory study. **Journal of Organizational Behavior**, 13, p.1-11, 1992.

CID, L.R.G.; TORRES, S.J. El malestar docente: un estudio empírico y comparativo. **INTERPSIQUIS**, 1-5, 2004.

CIFUENTES, M.; IBIETA, J.L. Neurosis profesional. **Rev. Chil. Neuro Psiquiat** 35: 329-335, 1997.

CODO, W. (Org.). **Educação: carinho e trabalho**. Burnout, a síndrome as desistência do educador pode levar a falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999, 430p.

CODO, W.; BATISTA, A.S. O outro como produto. In: CODO, W. (Org.). **Educação: carinho e trabalho**. Burnout, a síndrome as desistência do educador pode levar a falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999, p.384-389.

CODO, W.; MENEZES, I.V. O que é Burnout? In: CODO, W. (org.) **Educação: carinho e trabalho**. Burnout, a síndrome da desistência do educador que pode levar a falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999, p.237-254.

CORSI, J.P. L'Adaptation au changement: stress et épuisement. Programme d'aide au employés. **Cahier Santé**, 2, 14-21, 2001.

CORDES, C. L., E DOUGHERTY, T.W. A review and integration of research on job *Burnout*. **Academy of Management Review**, 18, 4, p.632- 636, 1993.

COSTA, M.V.C.; CHIARI, D.; BITARÃES, J.; SANTOS, V.; FUZIKAVA, C.; COSTA, A.L.; HARA, C.; ROCHA, F.L. Prevalência de insônia em pacientes internados em hospital geral – Estudo IPSEMG. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Distúrbios do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2003, p.120-123.

COVOLAN, M.A. Stress ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo. In: LIPP, M. **Pesquisas sobre Stress no Brasil: saúde, ocupação e grupos de risco**. Campinas: Papyrus, 1999, p.225-240.

CULEBRAS, A. Insomnia. In: CULEBRAS, A. **Clinical handbook of sleep disorders**. Boston, Butterworth- Hinemann, 1996, p. 119-54.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: ARTMED, 2000, p.190-195.

DANIEL, J.; SCHULLER, I.S. Burnout in teacher's profession: age, years, of practice and some disorders. **Studia Psychologia**, 42, 1-2, 2000.

DANTAS, J.; MENDES, R.; ARAÚJO, T.M. Hipertensão arterial e fatores psicossociais no trabalho em uma refinaria de petróleo. **Rev. Bras. Med. Trab.**, Belo Horizonte, vol.2, n.1, p.55-68, 2004.

DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. **Estratégias cognitivo-comportamental para intervenções em crises: tópicos especiais**. Campinas: Psy, 1995, p. 2-13.

DATTILIO, F.M.; PADESKY, C. A. **Terapia Cognitiva com casais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.21- 46.

DAY, C. A relação da avaliação com a reflexão, a aprendizagem e a mudança do professor. In: ESTRELA, A.; NÓVOA, A. **Avaliações em educação: novas perspectivas**. Porto: Ed. Porto, 1999, p.95-114.

DEITOS, T.F.H.; STASS, C.G.; LIMA, G.L. ; LOPES, S.A.; ANTONELLO, F.; NASCIMENTO, L.I.; GASPARY, J.F. Estresse de depressão: alterações neuroendócrinas e consequências imunológicas. **Inform. Psiq.** 15(3): 89-93, 1999.

DE MEIS, L.; VELLOSO, A.; LANES, D.; CARMO, M.S.; DE MEIS, C. The growing competition in Brazilian science: rites of passage, stress and *Burnout*. **Braz J Med Biol Res** 2003 Sep;36(9):1135-41.

DE MARCHI, N.A.; REIMÃO, R.; TOGNOLA, W.A.; CORDEIRO, J.A. Prevalência da Insônia na População Adulta de São José do Rio Preto - SP. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Distúrbios do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2003, p.240.

DE MARCHI, M.S.A.; REIMÃO, R.; TOGNOLA, W.A.; CORSEIRO, J.A. Análise da prevalência da insônia na população adulta de São José do Rio Preto, Brasil. **Arq. Neuro. Psiquiatr.**, set, vol. 62, n.35, p. 764-768, 2004.

DEL PORTO, J.A. Conceito de depressão e seus limites. In: LAFER, B.; ALMEIDA, O.P.; FRÁGUAS JÚNIOR, R; MIGUEL, E.C.. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Arte Médica, 2000, p.20-28.

DESVIAT, M. La Psiquiatria Comunitaria la Salud Mental en el proximo milenio. I **Congresso Virtual de Psiquiatria** - 01 fevereiro-15 marzo, 1-2, 2000.

DOGHARAMJI, K. Assessment of excessive sleepiness and insomnia as they relate to circadian rhythm sleep disorders. **J.Clin Psychiatry**, 2004, 65 Suppl 16:17-22.

DOUGHER,M; HACKBERT,L. A behavior-analitic of depression and a case report using. **The Behavior Analyst**, 1994, 17, 321-334.

DRUTMAN, J. Burnout o el “incendio” de los trabajadores de la salud. **Revista Odontolgia Ejercicio Profisional** - 02, nº 18, octubre, 2001, p.1-6.

DUALIBI, K. Estresse e sono. In: REIMÃO, R.(Ed.). **Sono, sonho e seus distúrbios**. São Paulo: Frontis, 1999, p.1-8.

DUALIBI, K.; SANTOS, M.E.S.B. Tratamento da insônia em pacientes deprimidos. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Distúrbios do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2003, p.105-110.

DUHAIME, M.; LEPAGE, N. Quand l'organisation du travail conduit à l'épuisement professionnel. **Cahier Santé**, n.8, 1-3, 2000.

EDINGER, J. WOHLGEMUTH, W.; RADTKE, R. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia. **JAMA**, 285, 1856-1864, 2001.

ELLIS, A. **Como viver com neuróticos: no trabalho ou no lar**. Tradução de I. S. Leal. São Paulo: Brasiliense, 1970, p. 3-10.

ESPIE, C.; INGLIS, S.; HARVEY, L., Predicting clinically significant response to cognitive behavior therapy for chronic insomnia general practice: analysis of outcome data at 12 months post-treatment. **J. Consult Clin Psychology**, 58-69, 2002.

ESTEVE, J.M. **O mal-estar-docente: a sala de aula e a saúde dos professores**. São Paulo: EDUSC, 1999, p.170.

EVERS, W.J.; BROUWERS, A.; TOMIC W. Burnout and self-efficacy on teachers beliefs when implementing na innovative educational system in the Netherlands. **Br J Educ Psychol**; 72 (Pt2): 227-43, Jun.,2002.

FARBER, B. A. **Crisis in education**. Stress and *Burnout* in the american teacher. São Francico:Jossey-Bass,1991, p.2-9.

FARBER, B.A. Treatment strategies for different types of teacher Burnout. **J Clin Psychol**. May;56(5):675-89, 2000.

FAVA, M. Daytime sleepiness and insomnia as correlates of depression. **J Clin Psychiatry**, 2004, 65 suppl 16:27-32.

FEDERATION DE ENSEMANZA DA ESPANHA. (FEDERAÇÃO DE ENSINO DA ESPANHA). el estrés causa una de cada cuatro bajas laborales entre los profesores de la comunidad valenciana. Disponível em: <http://fete.ugt>. Acesso em: 10/08/2004.

- FENELL, M.J.V. Depressão. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.M.M.; KIRK, J.; CLARCK, D.M. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997, p.241-331.
- FENSTERHEIM, H.; BAER, J. **Não diga sim quando quer dizer não**. Rio de Janeiro: Record, 2002, p.2-26.
- FERENHOF, I.A.; FERENHOF, E.A. Burnout em professores. **Revista Científica – Avaliação e Mudanças**. São Paulo, v.4, n.1, 131-151, 2002.
- FERREIRA, M.C. Inventário de Depressão de Beck, adaptação brasileira. **Boletim CEPA**, 25-32, 1997.
- FERREIRA, M.C.; MENDES, A.M. “Só de pensar em trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**, 61 (1), 93-104, 2001.
- FIGLIOLI, J.O. **Psicologia para administradores**. São Paulo: Atlas, 2000, p.
- FITCHEN, C.S.; LIBMAN, E.; CRETI, L.; AMSEL, R. L’insomnie et le vieillissement: les aspects de procédure. **Actes du Colloque de l’ A.R.C.**, 1-6 1994.
- FISHER, S. **Stress in academic life**. Society for Research into Higher Education. Bingham: Open University Press, 1994.
- FLETT, G.L.; HEWITT, P.L.; HALLETT, C.J. Perfectionism and job stress in teachers. **Canadian Journal of School Psychology**, vol.11 (1), 32-42, 1995.
- FONTAINE, J. MASCAGNI, T.; MANGELSCHOTS, S.; KITTEL, F., GODI, I. Impacts des changements organisationnels sur le stress au travail, la somatisation, la biologie et l’absentéisme. Disponível em: www.belspo.be/belspo/home/publ/pu.. Acesso e: 11 de agosto de 2004.
- FRANÇA, H.H. A síndrome de *Burnout*. **Revista Brasileira de Medicina**, 44 (8). Ago., p. 197, 1987.

FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, A.R. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 1996, 133p.

FRANCOS, A.D. *Burnout: um modelo de estrés laboral*. In: GÁNDARA, J.J. **Estrés y trabajo**. Madrid: Cauce, 1998, p.89-136.

FREEMAN, A.; OSTER, C.L. Terapia cognitiva da depressão. In: CABALLO, V. (Org.). **Manual para o tratamento cognitivo-cognitivo dos transtornos psicológicos**. São Paulo: Santos, 2003, p.524-554.

FREUDENBERG, H.J. Staff Burn-out. **Journal of Social Issues**, vol. 30 (1), 159 – 165, 1974.

FREUDENBERGER, H.J. El estrés y el agotamiento, y sus implicaciones en el medio ambiente de trabajo. In: ORGANIZATION INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Enciclopédia de Salud Y Seguridad en el Trabajo**, 1998, p.5.17-5.19.

FRIEDMAN, I.A. *Burnout* in teachers: Shattered dreams of impeccable professional performance. **Psychotherapy in Practice**, vol. 56(5), 595-606, 2000.

GALLEGO, A.; RÍOS, F. El síndrome de Burnout o el desgaste profesional. **Rev. Assoc. Neuropsiquiatria**, vol. XI, n 39, 1991.

GÁNDARA, J.J. **Estrés y trabajo: el síndrome de Burnout**. Madrid: Cauce, 1998, 209p.

GARAY, A. Distúrbios do sono devidos ao trabalho em turnos. REIMÃO, R. **Sono: estudo abrangente**. 2ª.ed. São Paulo: Atheneu, 1996, p.390-391.

GARCIA, M.S.G.; GARCIA, S.M.O. Demandas pro estrés laboral en um centro de Salud mental. **Psiquiatria Notícias** 6 (3), 2004.

GEHMEYER, A. Burnout. Disponível em: <http://www.fini.uni-passau.de/worterklaerung/burnout.html>. Acesso em: 05/006/2004.

GIGLIO, S.B.; NEUMAN, B.R.G. & TUFIK, S. Avaliação dos distúrbios do sono: elaboração e validação de um questionário. **Rev. ABP- APAL**, 9 (1): 9-14, 1987.

GIGLIO, S.B. **Estudo da ocorrência das queixas de insônia, de insônia excessiva diurna e das relativas às parassônias na população adulta da cidade de São Paulo.** São Paulo,. 1888. (Tese - Doutorado – Escola Paulista de Medicina).

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** São Paulo: Atlas:, 1995, 206p.

GIL-MONTE, P; PIERÓ, J.M. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.** Madrid: Síntesis, 1997, 137p.

GILL, A.F.; EDWARDS, D.; BURNARD, P. Stress, Burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systemetic review. **International Journal of Social Psychiatry.** Vol.50(1): 54-65, 2004.

GLASS, D.C.; Mc KNIGHT, J.D. & VALDIMARSDOTIR, H. Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. **Journal of Counselling and Clinical Psychology.**, vol. 61 (1), 147 – 165, 1993.

GLASS, D.C.; MCKNIGHT, J.D. Perceived control, depressive symtomatology, and professional Burnout: a review of evidence. **Psychology and Health**, 11-23-48, 1996.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. ; BATISTA, M. L.; MENDONÇA, M. G. V. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Cad. Saúde Pública**;17(3):607-16, maio-jun, 2001.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. Fatores de estresse no trabalho de operadores de centrais de atendimento telefônico de um banco em São paulo. **Rev. Bras Med Trab.** Belo Horizonte, v.1,n.1, p.31-39, Jul-St, 2003.

GIRDINO, D.A.; EVERLY, G.S.; DUSEK, D.E. **Controlling stress and tension.** Allyn & Bacon, Needham Heights, MA, 1996, p.3-15.

GONGORA, M.A.N. **Depressão: Teorias da Aprendizagem e Construção de uma Escala Brasileira para avaliá-la.** Campinas, 1982. (Dissertação – Mestrado- Pontificia Universidade Católica de Campinas).

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck – propriedades psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN,C; ANDRADE, L.; ZUARDI, A.W. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 1999, p.89-95.

GOUVEIA, J.A.P. Fatores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão. Coimbra, 1990. (Tese – Doutorado – Universidade de Coimbra).

GRASSO, L. La insatisfaccion laboral del docente. Disponível em: [http://www.ubp.edu.Universidade de Coimbra\).ar/investigacion/revistas/revista6/art2.html](http://www.ubp.edu.Universidade de Coimbra).ar/investigacion/revistas/revista6/art2.html). Acesso em: 18 de agosto de 2002.

GROEGER, J.A.; ZYLSTRA, F.R.H.; DYK, D. **Journal of Sleep Research**, 13, Dec, 4, 2004, p.359-372.

GUERRA, B; NIETO, G.; CABALLERO, V.; REQUENA, J.L.; MORA, M.M.; RIVERO, E.J.; BARRAGAN, B. Cuando la expectativa de la enfermedad mental es el declive. **Interpsiquis**, 2000 (1), p 2-6.

GUILLÉN, J.; SANTAMARÍA, E.(1999). Evaluación del nivel de Burnout en una muestra de trabajadores del área de tratamiento de un Centro Penitenciario. **Revista Española Sanip Penit**, 1, 68-72, 1999.

GUIMARÃES, L.A.M. **Saúde mental e trabalho em um segmento do operariado da indústria extrativa de mineração de ferro**. Campinas, 1992. (Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

GUIMARÃES, L.A.M.; CARDOSO, W.L.C.D.; GRUBITS, S.; MARTINS, D.A. Prevalência de Transtornos mentais no ambiente de trabalho. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol I. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p.61-72.

GUIMARÃES, L.A.M.; CARDOSO, W.L.D.; INOCENTE, N.J.; BAPTISTA, R.A.M.; FERRAZ, D.P.A.FIGUEIREDO, A; GUIMARÃES, P.M. Psicofarmacologia e Interdisciplinaridadede . In: SOUZA, J.C.; CAMARGO, D.A. (Orgs.) **Psicofarmacologia e Equipe Multidisciplinar**. Campo Grande: UCDB, 2002, p.182-192.

GUIMARÃES, L.A.M; FERREIRA JUNIOR, M. Condições ligadas ao trabalho. Trabalho. In: FRÁGUAS JUNIOR, R., FIGUEIREDO, J.A B. **Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas: depressões secundárias**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000, p.303-310.

GUIMARÃES, L.A.M.; MARTINS, D. A. O Modelo Teórico de Estresse Ocupacional: Desequilíbrio entre Esforço – Recompensa no Trabalho (ERI). Aula ministrada no **Laboratório de Saúde Mental e Trabalho**. Campinas: UNICAMP, 2002.

GUIMARÃES, L.A.M.; CARDOSO, W.L.C.D. Atualizações sobre a síndrome de Burnout. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.43-61.

GUIMARÃES, L.A.M.; FREIRE, H.B.G. Sobre o Estresse Ocupacional e suas repercussões na saúde. **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.29-54.

GUIMARÃES, L.A.M.; SIEGRIST, J.; MARTINS, D.A. Modelo teórico de Estresse Ocupacional: Desequilíbrio entre Esforço-Recompensa no Trabalho (ERI). In: GUIMARÃES, L.A.M. e GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol II. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2004 a, p.69-83.

GUIMARÃES, L.A.M; TEIXEIRA, L.N. Efeitos do trabalho em turnos na saúde mental do trabalhador. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.181-190.

GUIMARÃES, L.A.M; CAMARGO, D. A; CAETANO, D. Assédio sexual no trabalho: Aspecto Psicológico-Psiquiátricos. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004 b, p.265-280.

GUIMARÃES, L.A.M; TEIXEIRA, A; CAMARGO, D. A. Violência no trabalho. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004 c, p.245-264.

GUIMARÃES, L.A.M.; ZARONI, M; MARTINS, D.A. - Validação brasileira do Questionário ERI (Effort reward- imbalance)- **concluída**. Em fase de redação do artigo.

GUILLIN, J.C.; ZOLTOSKI, R.K.; SALIN-PASCUAL, R. Ciência Básica do Sono. In: HAMMOND, O.W.; ONIKAMA, D. At risk teachers. **PREL**, abril, 1997, p.1-6.

HARA, C.; ROCHA, F.L.; LIMA-COSTA, M.F. Sonolência excessiva diurna epidemiologia e impacto. In: REIMÃO, R.(Ed.). **Avanços em Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001 a., p.73-77.

HARA, C.; ROCHA, F.L.; LIMA-COSTA, M.F. Prevalência e fatores associados a sonolência excessiva diurna – resultados do Projeto Bambuí. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Distúrbios do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2003, p.433-434.

HERNÁNDEZ, M.F.F. El insomnio. **Atención Primaria y Salud Mental**, 5 (2), 2002.

HEWITT, P.; FLETT, G.; EDIGER, E.; NORTON, R.; FLYNN, C.A. Perfectionism in Cchronic and state symptoms of depression. **Canadian Journal of Behavioural Science**, 30:4, 234-242, 1998.

HORN, J.E.V.; SCHAUFELI, W.B.; ENZMANN, D. Teacher Burnout and lack of reciprocity. **Journal of Applied Social Psychology**, 1999, 29, 1, p. 91-108.

HOSSIAN, J.L.; REINISH, L.W.; KAYUMOV, L.; BHUVA, P.; SHAPIRO, C.M. Underlyng sleep pathology may cause chronic high fatigue in shift-workers. **Journal of Sleep Research**. Sep, vol.12, 3, 223-231, 2003.

IACOVIDES, A.; FOUNTOULAKIS, K.N.; KAPRINIS, S.; KAPRINIS, G. The relationship between job stress, Burnout and clinical depression. **Journal of Affective Disorders**, 75, 209-221, 2003.

INOCENTE, J.J. **L'épuisement professionnel chez les chirurgiens dentistes; stress et syntomatologie anxio-depressive**. Bordeaux, 2004: Master 2 Recherche – Université Victor Segalen, 2004.

INOCENTE, N.J. **Estados depressivos e situações de trabalho dos professores universitários**. Campinas, 2000. (Dissertação – Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).

INOCENTE, J.J.; INOCENTE, N.J.; REIMÃO, R. **Estudo preliminar de qualidade de vida e insônia em professores do ensino fundamental**. Apresentação na Sessão de Temas livres, II Encontro Brasileiro de Pesquisadores de Qualidade de Vida. Campinas: UNICAMP, no dia 30/11/2001.

INOCENTE, N.J.; REIMÃO, R. Transtornos do humor e insônia. In: REIMÃO, R.(Ed.). **Avanços em Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001 a., p.153-159.

INOCENTE, N.J.; REIMÃO, R. Técnicas da terapia cognitivo-comportamental aplicadas à insônia. In: REIMÃO, R.(Ed.). **Avanços em Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001 b, p.205-210.

INOCENTE, J.J.; INOCENTE, N.J.; REIMÃO, R. Bruxismo, sono e aspectos emocionais. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Tópicos selecionados de Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2002, p.209-213.

INOCENTE, N.J.; REIMÃO, R. Distúrbios do sono em trabalhadores em turnos e noturnos. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Tópicos selecionados de Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2002 a, p.99-105.

INOCENTE, N.J.; REIMÃO, R. Depressão no trabalho e sono. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Tópicos selecionados de Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2002 b, p.117-121.

INOCENTE, N.J.; REIMÃO, R. *Burnout* e sono. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Distúrbios do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2003, p.89-91.

INOCENTE, N.J.; CALAIS, S.L.; MORAIS, P.R.; BAPTISTA, M.N.; REIMÃO, R. Insônia e tratamento comportamental. In: BRANDÃO, M.Z.; CONTE, M.F.; BRANDÃO, F.S.;

INGBERMAN, Y.K.; SILVA, V.L.M; OLIANI, S.M. (Orgs.). **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ESEtec, 2003, v. 12, 234-241.

INOCENTE, N.J.; REIMÃO, R. Burnout em professores: alterações do sono. In: BRANDÃO, M.Z.; CONTE, M.F.; BRANDÃO, F.S.; INGBERMAN, Y.K.; SILVA, V.L.M; OLIANI, S.M. (Orgs.). **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ESEtec, 2004, p.91-95.

INOCENTE, N.J.; CAMARGO, D.A. Contribuições para o diagnóstico da depressão no trabalho. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol., III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.131-144.

INOCENTE, N.J; GUIMARÃES, L.A.M. Habilidades sociais no trabalho. **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol., II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.129-146.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. Dados Estatísticos. Sistemas de consulta aos dados estatísticos do Inep. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/estatisticas/números/brasil09.htm>. Acesso em: 01-10-2003.

ITO, L.M.; LOTUFO NETO, F.; ROSO, M.C.; WIELENSKA, R. Depressão. In: ITO, L.M. (Org.). **Terapia cognitivo- comportamental para transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p.91-103.

ITO, L.M.; LOTUFO NETO, F. Terapia cognitivo-comportamental para depressão. In: LAFER, B.; ALMEIDA, O.; FRÁGUAS JUNIOR, R. ; MIGUEL, E.C.(Cols.). **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, p.226-231.

JANSON, C.; NORBACK, D.; OMENAAS, E.; GISLASON, T.; NYSTROM, L.;LINDBERG, E.; et al., Insomnia is more common among subjects living in damp buildings. **Occup Environ Med.**, 2005 Feb, 62(2): 113-8.

JARDIM, S.R. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria. Neurologia e Medicina Legal**, n.74, jul./set., 2000.

JOHNSON, P. Stress and sepression in the workplace: two sides of the same coin. **Academy of Managerial Communications Journal**, V.1, n.1, 14-22, Spring, 1997.

JORNAL A TRIBUNA. Dois em cada 10 professores no Acre estão doente. (19/02/2002).

JOCA, S.R.L.; PADOVAN, C.M.; GUIMARÃES, F.S. Estresse, depressão e hipocampo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, vol.25, supl.2; p.46-51, 2003.

JURADO, .D; GURPEGUI, .; MORENO, O.; DE DIOS LUNA, J. School setting and teaching experience as asrisk factors for depressive symptoms in teachers. **European Psychiatric**, vol.13, n.2, 78-82, 1998.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 493-544.

KLAPAN, H.I.; SADOCK, B. **Tratado de Psiquiatria**. Tradução de Andrea Callefí et al.- 6.ed. Porto Alegre, 2002, p. 1141.

KARACAN, I.; THORNBY, J.I.; ANCH, M.; BOOTH, G.H.; WILLIAMS, R.L.; SALIS, P.J. Dose related sleep disturbance induced by cofee and caffeine. **Clinical Pharmacology and Therapeutics**, 20 (6): 682-689, 1976.

KARASEK, R. El Modelo de Demandas/Control: enfoque social, emocional y fisiologico del riesgo de estres y desarrollo de comportamientos activos. . In: ORGANIZATION INTERNACIOANAL DEL TRABAJO. **Enciclopédia de Salud Y Seguridad en el Trabajo**, 1998, p.33.7-34.16.

KIMBERLY, Y.; STEINER, M. **Depressão em mulheres**. São Paulo: Lemos, 2001, 138p.

KLUSKA, K.M.; LASCHINGER, H.K.S.; KERR, M.S. Staff, nurse empowerment and effort-reward imbalance. **Nursing Leadership**, v.27, n.1, 2004.

KORINFELD, D. Crónicas del malestar docente. Buenos Aires: **Centro de Publicaciones Educativas Y Material Didáctico**, 2000, p.1-13.

KRIPKE, D.F.; GARFINKEL, L.; WIGARD, D.L.; KLAUBER, M.R.; MARLER, M.R. Mortality associated with sleep duration and insomnia. **Arch Gen Psychiatry**, 59: 131-136, 2002.

KUPER, H.; SINGH-MANOUX, A.; SIEGRIST, J.; MARMOT, M. When reciprocity fails: effort-reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. **Occupational and Environmental Medicine**, 59: 777-784, 2002.

KYRIACOU, C.; SUTCLIFFE, J. Teacher stress: prevalence, sources, and symptoms. **British Journal Educational Psychology**, 48, p.159-167, 1978.

KYRIACOU, C. Teacher stress and Burnout: an international review. **Education Research**. Vol.29, number 2, June, 1987, p. 146-151.

LAFER, B. Abordagem dos transtornos de humor resistentes aos tratamento convencionais. **III Fórum de Psiquiatria do Interior Paulista**. Anais. Águas de Lindóia, p.17-34, 2000.

LAFER, J ; KAHN, J.P. Depression. In: ORGANIZATION INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Enciclopédia de Salud Y Seguridad en el Trabajo**, 1998, p.5.10-5.12.

LAFLEUR, J. **Le Burnout**: questions et réponses. Montréal: Editions Logiques, 1999, p.23-34.

LAMONTAGNE, Y. **La mi-carrière et solutions**. Guy Saint-Jean Edituer, 1995, p. 1- 10.

LASSER, J.; KAHN, J. Depression. Organization Internationale de Trabajo, **Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo**. 1998, 34.86.

LEÓN, L.M.; IGUTI, A.M. Saúde em tempos de desemprego. In: GUIMARÃES. L.A.M.; GRUBITS, S. **Série Saúde Mental e Trabalho**. Vol. 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p.239-258.

LEWINSOHN, P.M. A behavioral approach to depression. In: FRIEDMAN, R.J.; KATZ, M.M. **The psychology depression**: inovate treatment and methods in psychopatology. New York: Wiley, 1974.

- LEWINSOHN, P.M.; GOTLIB, I.H.; HAUTZINGER, M. Tratamento comportamental da depressão unipolar. In: CABALLO, V. (Coord.) **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos**. Vol.1: Transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos. São Paulo: Santos, 2003, p. 231-237.
- LIMA, M.V.,O. Terapia Cognitiva da Depressão. **J. Bras. Psiq.**, 39, supl1, 79S-82S, 1990.
- LIMA, C.V.O.; DERDYCK, P.R. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão. In: RANGÉ, B.(Org.). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: uma diálogo com a Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001, p.491-498.
- LIMA, A.P.; REIMÃO, E. Padrões de sono em pessoas com depressão. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Sono normal e doenças do sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2004, p.258.
- LINDEMAN, S.; LÄÄRÄ, E.; VUORI, E.; LÖNNQVIST, J. Suicides among physicians engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admissions to hospital and contributory causes of death. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, vol.96, n.1, 68-71, 1997.
- LINTON, S.J. Does work stress predict insomnia? A prospective study. **British Journal of Health Psychology**, 9, 127-136, 2004.
- LIPP, M.N.; MALAGIRS, L.N. Manejo do stress. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas: Psy, 1995, p.279-292.
- LIPP, M.N.; MALAGIRS, L.N. O stress emocional e seu tratamento. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001, p.475-490.
- LIPP, M.N. (2002). O stress do professor de pós-graduação. In: LIPP, M.N. **O stress do professor**. In: Lipp, M.N. (Org.) Campinas: Papirus, 2002, p.55-62.

- LOAYZA, H.; PONTE, M.P.; CARVALHO, C.G.; PEDROTTI, M.R.; NUNES, P.V.; SOUZA, C.M.; ZANETTE, C.B.; VOLTOLINI, S.; MARCIAQ, L.F. Association between mental health screening by self-report questionnaire and insomnia in medical students. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, June, vol.59, no.2A, p.180-18, 2001.
- LOTUFO NETO, F.; YACUBIAN, J.; SCALCO, A.Z.; GONÇALES, L. Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos. In: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001, p.275-286.
- MACIEL JÚNIOR, J.A. Cefaléia e sono. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Temas de Medicina do Sono**. São Paulo: Lemos, 2000, p.173-178.
- MACHELL, D. F. **A discourse on professorial melancholia**. Washington: Viewpoints, 1998, p.1-17.
- MCGRATH, J.E. Stress and behavior in organizations. In: DUNNETTE, M.D. **Handbook of Industrial and Organizational Psychology**, 1976, p.1351-1395.
- MACMHON, K.M.A.; ESPIE, C.A. Multiple Delivery Methods for Treating Insomnia. Self-help and cognitive behavioral therapy have been proven to be effective methods for treating chronic insomnia. **Sleep Review**, 1-4; 2001.
- MAFFEI, E.F. **Ansiedade em professores universitários: um estudo exploratório**. São Paulo, 1992.(Dissertação – Mestrado – Universidade de São Paulo).
- MANBER, R.; LOEWY, D.; BLACK, J.; KUO, T.; PALOMBINI, L.; KOESTER, U. The Efficacy of Cognitive Behavioral Treatment for Insomnia in a Tertiary Clinical Setting. **Sleep**, vol.24, Abstract supplement, 1-6 2001.
- MARTIN, L.H.; CAMPOS, F.R. Estudio sobre el síndrome de burnout en los funcionarios de vigilancia penitenciaria. **Interpsiquis**, 1-6, 2002.

MARTINS, A.; COELHO, R.; BARROS, H. Impacto do stress da época de exames e sintomatologia depressiva numa amostra de estudantes universitários. **Rev. Psiquiat. FMP** III Série (XIX) 3-4 Jul-Dez., 1997.

MARTINS, D.A. Programas de prevenção ao alcoolismo no trabalho. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.217-243.

MASLACH, C. **Job Burnout: how people cope**. Public Welfare, spring, p.56-5, 1978.

MASLACH, C. *Burnout: a multidimensional perspective*. In: SCHAUFELI, W.B., MASLACH, C.; MAREK, T. (Eds.) **Professional Burnout: Recent developments in theory And research**. New York: Taylor & Francis, 1993, p.19-32.

MASLACH, C., LEITER, M. P. **The truth about Burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it**. San Francisco: Jossey-Bass, 1997. MASLACH, C.; JACKSON, S. E. Burned-cops and their families. **Psychological Today**. May, 1997. pp.58-62.

MASLACH, C.; JACKSON, S. The measurement of experienced *Burnout*. **Journal of Occupational Behavior**, 2, p.99-113, 1981.

MASLACH, C. Burnout. **Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo**. Organization Internacionale de Trabajo, 1998, 34.86.

MASLACH, C; LEITER, M.P. **Trabalho: fonte de prazer ou desgaste?** Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papirus, 1999, 227p.

MATTOS, M.G. **Vida no trabalho e sofrimento mental do professor de educação física da escola municipal: implicações em seu desempenho e na sua vida pessoal**. São Paulo, 1994. (Tese - Doutorado - Universidade de São Paulo).

MAUSNER-DORSCH, H.; EATON, W.W. Psychosocial environment and depression: epidemiologic assessment of demand-control model. **Am J. Health**, 90:1765-70.

MENDES, R. Aspectos Conceituais na Patologia do Trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995, p.35-47.

MENEZES, I.V.; SORATTO, L. Burnout e suporte social. In: CODO, W. (org.) **Educação: carinho e trabalho**. Burnout, a síndrome da desistência do educador que pode levar a falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999, p.267-271.

MENEZES, P.R.; NASCIMENTO, A.F. Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida. In: In: LAFER, B.; ALMEIDA, O.; FRÁGUAS JUNIOR, R. ; MIGUEL, E.C.(Cols.) **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, p.29-36.

MENTA, S.A.; GUIMARÃES, L.A.M. Um modelo teórico sobre o estresse ocupacional: o desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho – ERI. In: SOUZA, J.C.; GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. **Interdisciplinaridade em Saúde Mental**. Campo Grande: UCDB, 2000, p.268.

MIMEAULT, V.; MORIN, C.M. Self-Help Treatment for Insomnia: Bibliotherapy with and without guida. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Vol. 67 (4), 1999 a, p. 511-519.

MIMEAULT, V.; MORIN, C.M. Efficacy of a self-help treatment for insomnia with and without professional guidance. **Sleep**, vol. 21, 1999 b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Lista de doenças relacionadas ao trabalho (Portaria n.º1339/GM, 18/11/1999). Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2000.

MOJA, C.G. Estrés y trabajo. GÁNDARA, J.J. **Estrés y trabajo: el síndrome de Burnout**. Madrid: Caude, 1998, p.15-88.

MÓL, J. VALLADARES NETO, D.C. Síndrome da apnéia obstrutiva do sono (SAOS) e infarto do miocárdio (IM). In: REIMÃO, R. (Ed.). **Sono normal e doenças do sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2004, p.61-64.

MONCADA, S. Factores psicosociales y estrés: prevención y riesgos. Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. INSTITUTO SINDICAL DE TRABAJO, AMBIENTE. Espanha: Paralelo, 2002, p. 1-39.

MORAIS, P.R.; BAPTISTA, M.N.CALAIS, S.L.; INOCENTE, N.J. Psicologia do Estresse e da síndrome de Burnout. In: BRANDÃO, M.Z.; CONTE, M.F.; BRANDÃO, F.S.; INGBERMAN, Y.K.; SILVA, V.L.M; OLIANI, S.M. (Orgs.). **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: ESEtec, 2004, p.96-110.

MORALES, G.; GALLEGO, L.M.; ROTGER, D. La incidencia y relaciones de la ansiedad y el Burnout en los profesionales de intervención en crisis y servicios sociales. **INTERPSIQUIS**, p.1-8, 2004.

MOREIRA, M.N. Sono, ansiedade e qualidade de vida em universitários das áreas humanas e exatas em São Paulo. (WHOQOL-100). In: REIMÃO, R. (Ed.). **Avanços em Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001, p.99-111.

MOREIRA, M.N. ; DOMINGUES, N.M.O. Insônia, ansiedade e depressão. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Avanços em Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001, p.219-235.

MUCHINSKY, P.M. Psicologia organizacional. Tradução de Ruth Gabriela Bahr. São paulo: Pioneira, 2004, p.332-364. Psychology applied to work.

MUÑOZ, J.B. Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile. **PSIQUIATRIA.COM.**, 6(4), 2002.

MUÑOZ, J.B. Modos de afrontamientos que utilizan las Asistentes Sociales de las Municipalidades y Consultorios de atención primaria en Salud de las comunas de las Condes y de Santiago que están proclives o que presentan el Síndrome de Burnout. **PSIQUIATRIA.COM.**, 8(3), 2004.

MUNTANER, C., EATON, W.W.; DIALA, C.; KESSLER, R.C.; SORLIE, P. Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups psychiatric disorders. **Soc Sci Med**, dec: 47 (12): 2043-53, 1998.

- NAKATA, A.; HARATANI, T.; TAKAHASHI, M.; KAWAKAMI, N.; ARITO, H.; KOBABAEJASHI, F. et al., 2004. Association of sickness absence with poor sleep and depressive symptoms in shift workers. **Chronobiology International**, 21 (6): 899-912, 2004.
- NEVES, M.Y.R. Processo de trabalho docente e sofrimento psíquico. Organização do Trabalho e Saúde Mental. 2ª. Ed. **Cadernos IPUB**, Vol1, Número 2, 1996, p.67-73.
- OHAYON, M. Epidemiological study on insomnia in the general population. **Sleep**, 19 (3): 333-46, 1997.
- NIEDHAMMER, I.; SIEGRIST, J. Facteurs psychosociaux au travail et maladies cardiovasculaires l'apport du modèle Déséquilibre Efforts/ Récompenses. **Révue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, 46: 398-410, 1998.
- NIEDHAMMER, I.; SIEGRIST, J.; LANDRE, M.F.; GOLDBERG, M.; LECLERC, A. Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/ Récompenses. . **Révue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, 48, 419-437, Paris: Masson, 2000 a.
- NIEDHAMMER, I.; DAVID, S. BUGEL, I.; CHEA, M. Catégorie socioprofessionnelle et exposition aux facteurs psychosociaux au travail dans un cohorte professionnelle. **Revue Travailler**, 5, 23-45, 2000 b.
- NDOYE, A .K. L'(in)satisfaction au travail du professeurs du second degré du Sénégal. **Revue des Sciences de l'Éducation**, 26 – 8, 2000.
- OHAYON, M. Epidemiological study on insomnia in the general population. **Sleep**, 19 (3): 333-46, 1997.
- OHAYON, M.; VECCHIERINI, M.F. Somnolencia diurna y declive cognitivo. **Archives of Internal Medicine**, ENE; 162 (2), 2002.
- OHAYON, M.M.; LEMOINE, P. Daytime consequences of insomnia complaints in the french general population. **Encephale**, May-Jun; 30 (3):22-227.

OLIVEIRA, J.C.F.; ROSSINI, S.; PROENÇA, C.; VASCONCELLOS, A.L.; DAL ROVERE, H.H.; COELHO, A.T.; LORENZINI, L.M.; REIMÃO, R. Sonolência diurna excessiva: aspectos clínicos. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Sono normal e doenças do sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2003, p.37-42.

OLIVEIRA, J.C.F.; ROSSINI, S.; VASCONCELLOS, A.L.; DAL ROVERE, H.H.; COELHO, A.T.; LORENZINI, L.M.; TENENBOJM, E.T.; REIMÃO, R. Aspectos clínicos da insônia do idoso. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Distúrbios do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2004, p. 159-161.

OLIVEIRA, J.C.F.; REIMÃO, R. Insônia, depressão e qualidade de vida em idosos. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Sono normal e doenças do sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2004, p. 167-171.

OGEDA, C.R.D.; PEDROZA, D.M.; DALLAGRANA, E.T.; SANTOS, R. Burnout em professores: a síndrome do século XXI. Disponível em: <http://www.presidentekennedy.br/rece/trabalhos-num2/artigo05.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre, OMS, 1993, 351p.

OULLET, M.C.; VALLIÈRES, A.; BELLEVILLE, G.; BASTIEN, C.; MORIN, C.M. Le traitement behavioral-cognitif de l'insomnie associée à d'autres psychopathologies. **Anais Eletrônico**. Congrès annuel de la société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, novembre, 2000.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. La prevention premaine des troubles mentaux, neurologiques et psychosociux. Genève: OMS, 1999, p.12-17.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genève: World Health Organization, 2001, 173p.

PACHECO, N.E.; BERROCAL, P.H. Examen de las relaciones entre inteligencia emocional, salud mental y burnout en profesores de secundaria: um estudio piloto. **INTERPSIQUIS**, 2005.

PATERNITI, S.; NIEDHAMMER, I.; LANG, T.; CONSOLI, S.M. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms: **British Journal of Psychiatry**, Ago;181, 2002.

PEDRABISSI, L.; ROLLAND, J.P.; SANTINELLO, M. Stress e Burnout among teachers in Italy and France. **Journal Psychology**, 127 (5); 529-535, 1993.

PEDRABISSI, L.; SANTINELLO, M. Le stress professionnel (Burnout) chez les enseignant de l'école primaire et du premier cycle de l'enseignement superieur. **Publication Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della sociazzazione**. Universita di Padova, 2000.

PEREIRA, C.A.A.; ENGELMANN, A. Um estudo da qualidade de vida universitária no trabalho entre docentes da UFRJ. **Arq. Bras. Psicol**;45(3/4):12-48, jul.-ago. 1993.

PERLMAN, B.; HARTMAN, A.E. Burnout: sumary and future research. **Human Relations**, 35, 4, p.283-305, 1982.

PORCU, M.; FRITZEN, C.V. & HELBER, C. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Maringá Psiquiatria. **Rev Psiquiatria na Prática Médica**. Vol. 33, número 4, out. dez., 2000.

RAU, R. Job strain or health work: a question of task desing. **J. Occup Health Psychology**, Oct, 9 (4): 322-38, 2004.

REIMÃO, R. **Durma bem: dicas para uma noite de sono feliz**. São Paulo: Atheneu, 1997, p. 7-14.

REIMÃO, R. **Padrões e distúrbios do sono em adultos da comunidade negra e isolada de Furnas do Dionísio (MS)**. São Paulo, 2000. (Tese – Livre-Docência – Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo).

REIMÃO, R.; SOUZA, J.C. **Sono do Indígena Terena**. Campo Grande: UCDB, 2000, p.1-8.

REINHOLD, H.H. **Stress ocupacional do professor I**. Campinas, 1984. (Dissertação – Mestrado - Instituto de Psicologia Pontificia Universidade Católica de Campinas).

REINHOLD, H.H. O Burnout. In: LIPP, M. (Org.). **O stress do professor**. Campinas: Papirus, 2002, 136p.

RIBAS, R.H.; GÓMEZ, J.V.C.; RODÉS, J.E.R. Abordaje del insomnio en el enfermo pulmonar. **Psiquiatria Noticias**, 3 (4), 1-2, 2001.

RIESE, H.; VAN DOORNEN, L.J.; HOUTMAN, I.L.; DE GEUS, E.J. Job strain in relation ambulatory blood pressure, heart rate variability among female. **Scand J. Work Environ Health**, Desc, 30 (6): 447-85, 2004.

RIGOLIN, A; CAMARGO, DA. **Dano moral e dano psíquico no trabalho**. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol III. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 281-300.

RIVERA, J.L.G.; CUEVFAS, C.; MONTERREY, A. Estudio epidemiológico de los transtornos del sueño en la población general. **PSIQUIATRIA.COM.**, 1(3), 1997.

ROBLES, M.D.; FÉRNANDEZ-LÓPES, J.A.; HÉRNÁNDEZ-MEJIA, R.; CUETO-ESPINAR, A.; RANCAÑO, I.; SIEGRIST, J. 2003. Evaluación del estrés laboral en trabajadores de um hospital público español. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo “Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa”. **Med Clin (Barc)**, 120 (17): 652-7, 2003.

ROBYN E. W.; SCOTT B. M. Relationship perfectionism, dysphoria and hostile, interpersonal behaviors. **Journal of Social and Clinical Psychology**, 21(1), 2001.

ROCHA, F.L. Insônia e ansiedade. In: REIMÃO, R. **Sono, sonho e seus distúrbios**. São Paulo: Frontis, 1999, p.29-42.

ROCHA, F.L. **Um estudo com base populacional de hábitos de sono, prevalência e insônia fatores associados a insônia**. Brasília, 2000. (Tese - Doutorado- Universidade de Brasília).

ROCHA, F.L.; UCHOA, E.; GUERRA, H.L.; FIRMO, J.O.A.; VIDIGAL, P.G.; LIMA-COSTA, M.F. Insônia em idosos: prevalência e fatores associados. Resultados do projeto Bambuí. In: REIMÃO, R.(Ed.). **Avanços em Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001 a., p.81-91.

ROCHA, C.R.S. Sono e estresse na adolescência. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Sono normal e doenças do sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2004, p.152-155.

RODRIGUES, A.L.; GASPARINI, A.C.L.F. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: via estresse e trabalho. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 93-108.

ROSEN, I.M.; BELLINI, L.M.; SHEA, A. Sleep behaviors and attitudes among Internal Medicine Housestaff in a U.S. University-Based Residence Program. **Academic Medicine**, 79:407-416, 2004.

ROSSINI, S.R.G. Aspectos psicológicos da insônia no idoso. In: REIMÃO, R. **Sono, sonho e seus distúrbios**. Frôntis Editorial, 1999, p. 53-59.

ROSSINI, S.R.G. Insônia nos quadros de fibromialgia. In: REIMÃO, R. **Temas de Medicina do Sono**. São Paulo: São Paulo: Lemos Editorial, 2000, p.97-104.

ROSSINI, S.R.G.; REIMÃO, R.; LEFEVRE, B. *et al*. Insônia crônica em trabalhadores contaminados por mercúrio inorgânico: aspectos psicológicos e adaptativos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, mar. 2000, vol.58, no.1, p.32-38.

ROSSINI, S.R. **Estudo da relação entre insônia, equilíbrio adaptativo e função Alpha**. São Paulo: 2001 (Tese – Doutorado _ Universidade de São Paulo).

ROSSINI, S.R. Report on the relationship among insomnia, adaptative balance and alpha function (abstract). Thesis. São Paulo. **Arq Neuro-Psiquiatr**, 60, nº1, São Paulo, Marc 2002 a.

ROSSINI, S.R. Insônia crônica no idoso: a vigília infernal. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Tópicos selecionados de Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2002 b, p. 131-141.

RUTTER, H.; HERZBERG, J.; PAICE, E. Stress in doctors and dentists who teach. **Med Educ**. Jun;36(6):543-9, 2002.

SAAVEDRA, C.; MATINEZ, D. **Malestar docente**. Malestar docente: analisis y propuestas de acción. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico .Tomo 30, 4-9, sep-oct, 1999.

SAMPAIO, A.L.P.; GUIMARÃES, L.A.M. Modelo Teórico Esforço—Distress de Marianne Frankenhauser e o conceito de carga de trabalho. In: In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Série Saúde Mental e Trabalho**, vol II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 85-99.

SANTI, M.A ; OLIVEIRA, M.N. Sono, ansiedade e qualidade de vida. In; REIMÃO, R. (Ed.). **Sono normal e doenças do sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2004, p.131-137.

SARASON, I.G.; LEVINE, H.M.; BASHAM, R.B.; SARASON, B.R. Assessing social suport: The social support questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology** 44, 127-139, 1983.

SATO, L. Trabalho como categoria explicativa dos problemas psicossomáticos e de saúde mental. In: WOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C.; ARANTES, M.A.A.C.(Orgs.). **Psicossomática II: psicossomática e psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998, p. 150-170

SCARFONE, D. **Travail, chômage et santé mentale**. Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale. Gaëtan Morin Éditeur, 1988, p. 35-48.

SCHAUFELI, W.; BUUNK, B.P. **Handbook of work and Health Psychology**. London: Wiley, 1996, 1-7.

- SCHMIDT, I.T. **Stress Ocupacional no Ambiente Acadêmico**. São Paulo, 1990. (Tese – Doutorado -Universidade de São Paulo).
- SCHNELLE, J.F.; CRUISE, P.A.; ALESSI, C.A.; LUDLOW, K.; AL-SAMARRAI, N.R.; OUSLANDER, J.G. Sleep hygiene in physically dependent nursing home residents: behavioral and environmental interventio implications. **Sleep**, vol.21, n.5, 1998.
- SCHONFELD, I.S. Psychological distress in a sample of teachers. **Journal of Psycology**, 124 (3), p. 321-338, 1989.
- SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: MENDES, R. (Org.) **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990, p.289-310.
- SELIGMANN-SILVA, E. Repercussões das condições de trabalho na vida familiar. **J. Bras. Psiq** (supl 2) 255-275, 1990 b.
- SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e trabalho. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R.(Orgs.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental e trabalho. 3^a. Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1992, p.217-288.
- SELIGMANN-SILVA, E. A Interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: SILVA FILHO, J.F.; JARDIM, S. (Orgs.). **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Corá , 1997, p.180-173.
- SHEPARD, S.R. **Um estudo exploratório sobre Depressão e Desamparo Adquirido em estudantes universitários**. São Paulo, 1983. (Tese - Doutorado – Psicologia Clínica - Pontificia Universidade Católica de São Paulo) .
- SHINOHARA, H. Transtornos do humor. In: RANGÉ, B (org.) **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva. Transtornos psiquiátricos**. Campinas: Editora Psy, 1995, p. 175-184.
- SHINOHARA, H. Técnicas selecionadas da prática da terapia cognitiva. In: ABREU, C.N.; ROSO, M. (Col.s). **Psicoterapias cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2003, p.125-145.

SIEGRIST, J. Épidémiologie inter-disciplinaire: obstacles et promesses. revue d'épidémiologie et de santé publique. **Epidemiology and Public Health**. Volume 50 supplément,n.4,octobre,2002.

SIEGRIST, J. The model of effort-reward imbalance. Disponível em: <http://www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology/eri/theorie.htm#theoreticalbackground>. Acesso em: 11-10-2004a.

SIEGRIST, J. Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé. revue d'épidémiologie et de santé publique. **Epidemiology and Public Health**. Volume 50, supplément n.4, p. 15, 2004b.

SIEGRIST, J.; MARMOT, M.; STARKE, D.; NIEDHAMMER, I. The measurement of effort-reward imbalance at work: european comparison. **Social Science and Medicine**, vol. 58, nº 8, pp. 1483-1499, 2004 a.

SIEGRIST, J.; STARKE, D.; CHANDOLA, T.; GODIN, I.; MARMOT, M.; ; NIEDHAMMER, I.; PETER, R. The measuring of effort-reward imbalance at work: European comparisons. **Soc Sci Med**, Apr, 58 (8): 1483-99, 2000 b.

SILVA FILHO, J.F. Trabalho e doença mental. In: Cadernos do IPBUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ. **Organização de Trabalho e Saúde Mental**, v.1, nº2, 2ª.ed., 1996, 121p.

SILVA, F.P.P. Burnout: um desafio à saúde do trabalhador. PSI, v.2, n.1, p.22, junho. Disponível em:<http://www.2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>. Acesso em: 23/03/2004.

SILVA, A.C.; SOUZA, J.C.; REIMÃO, R. Insônia, depressão e suicídio em populações indígenas. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Tópicos selecionados de Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2002, p. 123-126.

SILVANY NETO, A.; ARAÚJO, T.M.; LIMA, B.G.C.; DUTRA, F.R.D.; PAIVA, L.C.L.; SARNO, M.M. Condições de trabalho e saúde em professores da rede particular de ensino na Bahia: estudo piloto. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, nº 91/92, vol.24, 1998.

SKOVHOLT, T.M. The resilient practitioner: Burnout and self-care strategies for consulators, therapists, teachers and health professionals. **Meedham Heihhts**, MA: Allyn and Bacon, 45-59, 2001.

SLEEPNET. Sleep disorders. Disponível em: <http://www.sleepnet.com/disorder.htm>. Acesso em: 11-10-2004.

SMITH, M.I.; PERLIS, M.; PARK, A.; SMITH, M.S.; PENNINGTON, J.; GILES, D.E. & BUYSSE, D.J. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. **American Journal of Psychiatry**, ENE, 159, 2002.

SORATTO, L.; RAMOS, F. Burnout e relações sociais no trabalho. In: CODO, W. (org.) **Educação: carinho e trabalho**. Burnout, a síndrome da desistência do educador que pode levar a falência da educação. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 272-277.

SORIANO, J. B.; WINTERSTEIN, P. J. Satisfação no trabalho do professor de educação física. **Rev. Paul. Educ. Fis**;12(2):145-59, jul.-dez. 1998.

SÖDERSTRÖM, M.; EKSTEDT, M.; ÅKERSTEDT, T.; JENS NILSSON, J.; AXELSSON, J.

Sleep and sleepiness in young individuals with high burnout scores. **Journal Sleep**, nov; 27(7),2004.

SOUZA, J. C. Estudos Epidemiológicos da insônia. In: REIMÃO, R. (Ed.) **Temas de Medicina do sono**. São Paulo: Lemos, 2000, p. 93-95.

SOUZA, J.C.; GUIMARÃES, L.A.M. **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande, Ed. UCDB, 1999, 194p.

SOUZA, J.C. **Insônia e uso de hpnóticos na população geral de Campo Grande, MS**. Campinas, 2001. (Tese - Doutorado – Universidade Estadual de Campinas –UNICAMP).

SOUZA, J.C.; REIMÃO, R. Sono Diurno (Sesta) em professores secundaristas. In: TOGNOLA, W.A.; REIMÃO, R.; LISO, E.(Eds). **Tópicos Seleccionados de Neurologia**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2001, p.449-450.

SOUZA, J.C.; MAGNA, L.A. & REIMÃO, R. Insônia e uso de hipnóticos na população geral: atualização. In: REIMÃO, R. (Ed.) **Tópicos selecionados de Medicina do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2002, p.113-115.

SOUZA, J.C.; MAGNA, L.A.; REIMÃO, R. Excessive daytime sleepiness in Campo Grande general population, Brazil. **Arq. Neuro-Psiquiatr**, 60 (3 A), 2002.

SOUZA, J.C.; REIMÃO, R.; BARROS, N.H.; ALMEIDA, J.N.; CAMPOZANO, T.A.; REZENDE, T.M.; RODRIGUES, C. Sonolência diurna excessiva em professores. In: REIMÃO, R.(Ed.). **Distúrbios do Sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2003, p. 233.

SOUZA, J.C.; REIMÃO, R. Epidemiologia da insônia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n.1, p.3-7, 2004.

SOUZA, M. F. M. ; SILVA, G. R. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**;32(1):50-8, fev. 1998.

SOUZA, M. M. **Avaliação polissonográfica de pacientes ambulatoriais portadores de transtornos do humor**., Londrina, 1999 (Dissertação - Mestrado - Universidade Estadual de Londrina).

SOUZA, M.M. et al. Alterações do sono nos transtornos do humor e de ansiedade. In: REIMÃO, R. (Ed.) **Sono, sonho e seus distúrbios**. São Paulo: Frôntis, 1999, p.43-52.

SELYE, H. **Stress: a tensão da vida**. Tradução de Frederico Branco. 2ed. São Paulo: IBRASE, 1965, p. 7- 54. Título original: The stress of life.

STELLA, C.R.A.V.; MATOS, E.G.M. Análise da qualidade do sono em pacientes com pânico em atendimento no NATA-HC UNICAMP. In: REIMÃO, R. (Ed.). **Sono normal e doenças do sono**. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2004, p.259-260.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. Estresse. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001p. 178-183..

TALENTO, B. Crise afeta saúde de professores baianos. **Estado de São Paulo**: 22 de outubro de 1998.

TAMAYO, M.R. **Relação entre a Síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. Brasília, 1997. (Dissertação – Mestrado- Universidade de Brasília).

TAMAYO, M.R.; TRÓCCOLI, B.T. Exaustão emocional; relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. **Estudos de Psicologia** (Natal) vol. 7 no. 1 Natal Jan. 2002.

TENÓRIO, L.R. **Formação em saúde do trabalhador: especialização técnica e formação política**. In: SILVA FILHO, J.F. e JARDIM, S. (Orgs.). **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997.

THORTON, P.I. The relation of coping, appraisal, and Burnout in mental health workers. **The Journal of Psychology**. Vol. 126 (3). 261-271, 1992.

TOLOSA, D.E.R. **Estudo da organização do trabalho, sentimentos, valorização e expectativa profissional de professores de 1º e 2º graus da cidade de Jundiaí (SP)**. Campinas: 2000. (Tese - Doutorado- Universidade Estadual de Campinas).

TRIAS, S. El malestar docente. **Educación**. Porto Alegre. AnoXXI, nº35, agosto, p.93-105,

TURNIPSEED, D.L. Anxiety and Bournot.in the health care work environment. **Psychology reports**, 82, 627- 642, 1998.

TYSSEN, R.; VAGLUM P.; GRONVOLD, N.T.; EKEBERG, O. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. **Medical Education**. Vol. 34, Issue 5 Page 374, May 2000.

VANAGAS, G.; BIHARI-AXELSSON, S. Interaction among general practitioners age and patient load in the prediction of job strain, decision latitude and perception of job demands. A cross- sectional study. **BMC Public Health**. 2004 Dec 07;4(1):59.

VAROLI, I. **O sofrimento dos que tratam**: Burnout em profissionais da Saúde Mental na região do ABC. São Bernardo do Campo, 2002. (Dissertação – Mestrado – Universidade Metodista de São Paulo).

VEGA, J. La depresión. Asociación Psiquiátrica Peruana. Disponível em: <http://www.app.org.pe/depression.ht>. Acesso em: 11-06-2004.

VÉZINA, M. et al.. Pour donner un sens au travail. **Bilan et Orientations du Québec**. Québec: Gaëtan Morin Editeur. La Comité de la Santé Mentale du Québec, 1992, p-15.

VICENÇ, J. Expertos reclaman el reconocimiento del síndrome de “estar quemado” en el trabajo como enfermedad profesional. **Jano On-line y agencias**, 1-3, 2001.

VICENT, N.JK.; WALKER, J.R. Perfeccionism and chronic insomnia. **Journal of Pshychosomatic Research** 49, 349-354, 2000.

WANG, Z; LAN, Y.; EANG, M.. A study on the resources coping with occupational stress in teachers. **Zhonghua Yu Xue Za Zhi**, Nov; 35 (6): 381:3, 2001. (PubMed).

WITTER, G. Produção científica e estresse do professor. In: LIPP, M.N. (2002). O stress do professor de pós-graduação. In: LIPP, M.N. **O stress do professor**. In: Lipp, M.N. (Org.) Campinas: Papirus, 2002, p.127-134.

WITTER, G. Professor-estresse: análise da produção científica. **Psicologia Escolar e Educacional**, 2003. Vol. 7, Número 1 (33-46).

WOLLWESHEIM, J.P. Depression and chronic fatigue inthe workplace. **Occup Med Oct-Dec**, 8(4):787-95, 1993.

WILSON KG; ERIKSSON MY; D'EON JL; MIKAIL SF; EMERY PC. El trastorno depresivo mayor y el insomnio en el dolor crónico. **Clinical Journal of Pain**, mar, 18(2), 2002.

WOLLWESHEIM, J.P. Depression and chronic fatigue inthe workplace. **Occup Med Oct-Dec**, 8(4):787-95, 1993.

WRIGHT, J. Terapia cognitiva e farmacologia combinadas no tratamento da depressão. In: FREEMAN, A.; DATTILIO, F.M. **Compreendendo a terapia cognitiva**. Tradução de Magda Maria Carbajal. Campinas: Psy, 1998, 448p.

YONKERS, K.; STEINER, M. **Depressão em mulheres**. Tradução de Martin Dunitz. 2^a.ed. São Paulo: Lemos, 2001 138p.

ZAR, J.H. **Biostatistical Analysis**. New Jersey: Fourth Edition, 1998, p. 663.