

NANCY JULIETA INOCENTE

**ESTADOS DEPRESSIVOS E SITUAÇÕES DE
TRABALHO DOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS**

Campinas

2000

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE



Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área Saúde Mental da aluna **Nancy Julieta Inocente**.
Campinas, 16 de fevereiro de 2000

Wilma Lúcia C. D. Cardoso
Profa. Dra. Wilma Lúcia C. D. Cardoso
Orientadora

NANCY JULIETA INOCENTE

***ESTADOS DEPRESSIVOS E SITUAÇÕES DE
TRABALHO DOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS***

*Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas,
área de Saúde Mental.*

ORIENTADOR: Prof.a Dra. Wilma Lúcia Castro Diniz Cardoso

Campinas

2000

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

200010286

UNIDADE BC
N.º CHAMADA:
IUNICAMP
INT
V.º 41834
PREÇO 278/00
C. D.
FRECO 051100
DATA 05-08-00
N.º CPD

CM-00142788-1

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

In7e Inocente, Nancy Julieta
 Estados depressivos e situações de trabalho dos professores
 universitários / Nancy Julieta Inocente. Campinas, SP : [s.n.], 1999.

 Orientador : Wilma Lúcia Castro Diniz Cardoso
 Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
 Ciências Médicas.

 1. Depressão mental. 2. Saúde mental. 3. Psicopedagogia. 4.
 Terapia comportamental. I. Wilma Lúcia Castro Diniz Cardoso. II.
 Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
 III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Wilma Lucia Castro Diniz Cardoso

Membros:

1. *Memir, Bays A. L. i.*

2. *Anguinaças*

3. *UCCB Cardoso*

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 16/02/00

DEDICATÓRIA

À assistente social, Professora Doutora Clorinda Maria da Luz Mansano Queda. Dentre os meus inúmeros professores, foi quem precocemente percebeu minha vocação para o ensino de uma forma concreta, convidando-me a ser professora de Psicologia da Faculdade de Serviço Social pertencente à Instituição Toledo de Ensino de Bauru, SP, em 1973, onde era chefe do Departamento de Serviço Social.

Vinte e quatro anos se passaram desde então, mas a imagem daquela professora, que, além da competência acadêmica, aliava à “finesse”, o amor à profissão e aos seus alunos, permanece viva no meu pensamento, e tem me servido de inspiração e modelo, durante estes anos todos.

A ela, todo o meu carinho através deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me forneceu sabedoria, paciência e saúde necessárias à concretização deste estudo.

Ao Pedro, meu marido, pela renúncia à minha presença, incentivando a continuidade da tarefa, ajudando na análise estatística.

Aos meus filhos, Janine, Bruno e Clara pela compreensão das ausências.

Aos meus pais, Clara e João Baptista Mattei, que me permitiram fazer dois cursos universitários sem impor condições ou exigir resultados ou performances.

À querida e saudosa irmã Sissi, que ficaria orgulhosa pela concretização dos meus objetivos. Aos irmãos Elvio Alcio e Sinval Cesar, pelo incentivo contínuo.

À Professora Doutora Wilma Lucia Castro Diniz Cardoso, por ter sido mais que uma presença na tarefa nada fácil de pesquisar, analisar, concluir e escrever os resultados de um trabalho de pesquisa científica. Através de seu auxílio, a busca do conhecimento tornou-se agradável, estimulante e enriquecedora.

Ao Professor Doutor Messias Borges Silva, da Faculdade de Engenharia Química de Lorena, pelo grande auxílio na revisão geral da parte estatística.

Ao Professor Mestre Adriano Siqueira da Faculdade de Engenharia Química de Lorena, pelas sugestões apresentadas por ocasião da realização da análise estatística.

À Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade de Taubaté, ao Centro Universitário Salesiano Unidade Lorena e Universidade do Vale do Paraíba, agradeço pela política de incentivo à formação de docentes.

Às bibliotecárias do Centro UNISAL, UNIVAP e UNITAU pelo interesse e presteza na procura do material de investigação, fundamental para a presente pesquisa.

Aos Professores Anézio Cláudio Bernardes e Brasilina Peixoto Soares, pelas orientações por uma escrita mais adequada ao trabalho científico.

Aos professores, sujeitos desta investigação que, corajosamente, dignaram-se a escrever seus pensamentos, emoções e problemas (material, este sim, essencial para a realização e conclusão da pesquisa).

*"Os homens não são perturbados pelas coisas,
mas sim pelas visões que têm delas".*

Epicteto, no "Enchiridion"

RESUMO	<i>i</i>
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Formulação do problema.....	7
1.2. Objetivos.....	7
1.2.1. Objetivo geral.....	7
1.2.2. Objetivos específicos.....	7
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	9
2.1. Conceitos e evolução histórica da depressão.....	9
2.1.1. Conceitos de depressão na abordagem psicanalítica.....	13
2.1.2. Conceitos da depressão na abordagem fenomenológica – existencial.....	24
2.2. Articulação entre psicopedagogia, terapia cognitivo – comportamental e depressão.....	59
2.2.1. Psicopedagogia.....	59
2.2.2. Depressão em professores universitários sob o ponto de vista da terapia cognitivo – comportamental.....	83
3. MATERIAL E MÉTODOS	92
3.1. Pré – amostra.....	93
3.2. Amostra.....	93
3.3. Procedimento.....	94
3.4. Instrumentos.....	95
3.4.1. Questionário de dados de identificação da amostra.....	95
3.4.2. Questionário para verificação de estados depressivos.....	95
3.4.3. Questionário das situações de trabalho.....	96

3.5. Aspectos estudados.....	99
3.6. Estados depressivos e situações de trabalho.....	100
3.6.1. Estados depressivos.....	100
3.6.2. Situações de trabalho.....	101
3.7. Recursos humanos e materiais.....	102
3.7.1. Recursos humanos.....	102
3.7.2. Recursos materiais.....	103
3.8. Análise e processamentos dos dados.....	103
3.8.1. Análises de fatores.....	103
3.8.2. Análise estatística não paramétrica.....	103
3.8.2.1. Teste Kolmogorov – Smirnov de uma amostra.....	104
3.8.3. Análise estatística descritiva.....	104
3.8.4. Coeficiente de correlação linear (r).....	104
3.8.4.1. Como interpretar o valor das correlações.....	105
3.8.5. Coeficiente de correlação (r^2).....	105
4. RESULTADOS.....	106
4.1. Detalhamento das características da amostra.....	107
4.1.1. Dados da amostra.....	107
4.1.2. Situações de trabalho.....	107
4.1.2.1. Estabelecimento de critérios.....	109
4.1.3. Estados depressivos.....	109
4.1.3.1. Estabelecimento de critérios.....	110
4.2. Aplicação de testes K-S.....	111
4.3. Resultados da análise estatística.....	111

4.3.1. Da redução de fatores.....	111
4.3.2. Comentários sobre os resultados do teste K-S.....	111
4.3.3. Resultados classificados por estados e depressivos e situações de trabalho.....	112
4.3.3.1. Quanto aos estados depressivos (ED).....	112
4.3.3.2. Quanto as situações de trabalho (ST).....	117
4.3.4. Resultados classificados por fatos de interesse.....	127
4.3.4.1. Influências dos fatores de interesse (FI) sobre os estados depressivos e situações de trabalho.....	127
4.3.4.2. Graus de influência de cada classe relevante de fator de interesse sobre os estados depressivos e situações de trabalho.....	128
4.3.5. Resultados da análise das situações de trabalho desencadeantes de estados depressivos.....	134
4.3.6. Resultado do cálculo da estimativa da taxa de depressão dos professores universitários.....	138
4.3.7 Resultados da verificação do potencial de generalização da presente pesquisa.....	139
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	140
5.1. Quanto ao tipo de amostragem realizada.....	141
5.2. Quanto ao tamanho da amostra.....	141
5.3. Quanto aos estados depressivos.....	142
5.4. Quanto às situações de trabalho.....	151
5.5. Fatores que foram menos assinalados pela população amostral.....	159
5.5.1. Quanto aos estados depressivos.....	159
5.5.2. Quanto às situações de trabalho.....	160

5.6. Estimativa da taxa de depressão dos professores universitários.....	162
5.7. Sugestões.....	163
6. CONCLUSÃO.....	168
6.1. Quanto ao objetivo geral.....	168
6.2. Quanto aos objetivos específicos.....	170
6.2.1. Caracterização dos aspectos pessoais e profissionais dos professores universitários.....	170
6.2.2. Verificação quanto ao ambiente universitário ser ou não desencadeante de estados depressivos.....	170
6.2.3. Verificação dos estados depressivos existentes na amostra.....	171
7. SUMMARY.....	175
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	178
9. ANEXOS.....	199

LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1: Coeficientes de correlação linear e de determinação dos estados depressivos.....	134
Tabela 2: Coeficientes de correlação linear e de determinação das situaçõesde trabalho.....	136

RESUMO

O objetivo da presente estudo foi investigar, através de uma pesquisa exploratória, como o professor se sente em relação ao seu ambiente acadêmico, e os possíveis estados depressivos decorrentes.

Utilizou-se de uma pré-amostra composta por 20 professores para verificação da validade do instrumento. A amostra estudada foi de 50 professores universitários, de ambos os sexos, pertencentes a três unidades de ensino superior localizadas no Vale do Paraíba que atenderam às áreas acadêmicas de ciências exatas, humanas e biológicas.

Empregou-se, como instrumentos, três questionários, elaborados pela autora da pesquisa, denominados de Questionário de Dados de Identificação da Amostra (QDIA), Questionário de Situações de Trabalho (QST) e Questionário para Verificação dos Estados Depressivos (QVED).

A análise dos resultados foi feita mediante a utilização do programa de computador "Statistica", da "StatSoft" e a aplicação do Teste Estatístico Kolmogorov-Smirnof para dados que assim o permitiram.

A amostra apresentou as seguintes características quanto às mais frequentes: **idade**, entre 36 a 45 anos; **sexo**, masculino; **estado civil**, casado; **horas trabalhadas por semana**, 41 a 50 horas; **categoria docente**, professores assistentes; **área acadêmica**, ciências humanas; **tempo de serviço**, de 6 a 10 anos; **regime de trabalho**, parcial; **título acadêmico**, mestre.

A Situação de Trabalho revelou ser possível o desencadear de estados depressivos da população amostral nos seguintes casos: procura fazer o seu trabalho com perfeição (84%); sente que os outros não têm competência para trabalhar consigo (76%); sente-se extremamente preocupado com a opinião alheia sobre o seu desempenho no trabalho (76%); sente que tem ficado cada vez mais em estresse no seu trabalho (82%); pensa que o problema está mais na instituição escolar/universitária (80%); a instituição escolar/universitária perturba o seu desempenho como professor (74%).

Os Estados Depressivos que afetaram a amostra pesquisada foram os seguintes: desânimo (64%); melancolia (50%); tristeza (56%); irritação (74%); ansiedade (76%); baixa auto-estima (56%); estresse (74%); perfeccionismo (98%) e crítico (92%).

As conclusões obtidas deste estudo, devido à limitação no número da amostra, não possibilitaram a sua generalização. Formularam-se, a partir dos resultados obtidos, estratégias baseadas na Abordagem Cognitivo-Comportamental e na Psicopedagogia, para a prevenção da Saúde Mental dos professores universitários.

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um dos transtornos de comportamento usualmente mais encontrados e um dos temas de pesquisas mais analisados. A este respeito, nos últimos anos, vários estudos relevantes (Gongora, 1982; Gouveia, 1990; Kohlenberg e Tsai, 1994; Guelfi e Calabria, 1998) foram desenvolvidos em situação de clínica .

A palavra “depressão” é originada do latim “depressionem” que, segundo a CID-10 (Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento, OMS, 1993, p. 117) traz a seguinte característica: *“o indivíduo sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer e energia reduzida levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída”* .

A existência da depressão é antiga como demonstra o relato no livro de Jó, do Velho Testamento (Bíblia Sagrada, 1989, p. 615 , 618 , 619), cerca de 1500 anos antes de Cristo:

“Por que não morri no seio materno, por que não pereci saindo de suas entranhas ? Por que dois joelhos para me acolherem, por que dois seios para me amamentarem Ou então, como o aborto escondido, eu não teria existido, como as crianças que não viram o dia” (p. 615) ... Apenas me deito, digo: “ Quando chegará o dia?” Logo que me levanto: “Quando chegará a noite?” E até à noite me farto de angústias (p.618) ... “ Minha carne se cobre de podridão e de imundícia, minha pele racha e supura. E por isso não reprimirei a minha língua, falarei da angústia de meu espírito, queixar-me-ei na tristeza de minha alma . Por que não toleras meu pecado e não apagas a minha culpa? Eis que vou logo me deitar por terra, tu me procurarás, já não existirei” (p. 619).

Historicamente, o conceito da depressão começou a ser relacionado com o termo “melancolia”, introduzido pelo antigo médico grego Hipócrates que classificou o tipo melancólico como “propenso à tristeza, de comportamento taciturno e circunspecto”. A melancolia seria acarretada pelo acúmulo de bile negra no organismo e utilizava de purgativos para expulsá-la do corpo (Nardi, 1998).

Amiralian (1986) apresenta as concepções que procuram explicar o comportamento dos indivíduos excepcionais, em pré-científicas e científicas. Nas concepções pré-científicas, a compreensão e o tratamento destes indivíduos eram influenciados por valores culturais e éticos. Na Idade Antiga, doença mental era encarada como conseqüência de forças naturais, provocadas por maus espíritos. Como tentativas de cura, realizava-se a abertura do crânio do paciente para “a saída dos espíritos”.

Na Idade Média, havia a crença nas maldições e nos feitiços, sendo que a tentativa de cura ocorria pelo “exorcismo” ou por intermédio das bruxas .

No Renascimento, começou o questionamento dos maus tratos e foi com o Dr. Phillipe Pinel , na França, que os doentes mentais foram soltos de suas correntes, recebendo, então um tratamento mais humano, denominado de “científico ”, ao buscar soluções científicas para os problemas .

A síndrome depressiva afeta grande parte da população mundial, incapacitando o indivíduo nas áreas de relacionamento social e do trabalho. Segundo a Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica (Boletim do Programa D/Art), a depressão é um dos quatro distúrbios mais comumente diagnosticados. Contudo, no Brasil, não há dados sobre a sua freqüência, sem levar em conta que a maioria das pessoas não reconhece o quadro depressivo e tampouco procura o tratamento adequado.

Nos últimos anos, a psicologia tem apresentado um interesse crescente pela depressão em função de suas conseqüências adversas na saúde física e mental do indivíduo e por ser um transtorno grave e freqüente (Beck et al., 1982; Willis, 1980; Kaplan, Sadock e Grebb, 1997; Nardi, 1998).

Como doença profissional, é uma das perturbações freqüentes, porém de caráter camuflado. Aparece como um dos seguintes produtos de nosso tempo: a superagitação, a preocupação com a produção e o culto ao sucesso.

No Brasil, podemos destacar Seligmann Silva (1992, 1994, 1995), que afirma que a organização do trabalho pode produzir impactos sobre a saúde física e mental do trabalhador. Dentre os autores que se preocupam com a saúde mental do trabalhador,

destacamos Dejours (1992; 1994; 1997), que desenvolveu estudos sobre a Psicodinâmica do Trabalho, analisando os processos psíquicos envolvidos na relação saúde-doença, confrontados pelo sujeito na realidade do seu trabalho. Segundo este autor, quanto mais a organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho, menores são as possibilidades de mudá-lo e, correlativamente, o sofrimento aumenta.

Alguns autores enfatizam o papel do estresse ocupacional e da depressão no comportamento do professor universitário. O estresse ocupacional está relacionado com o “status” social profissional e que quanto mais elevada a posição no trabalho, tanto maior a sensação de ameaça. Por isso, torna-se freqüente em profissionais que exercem determinadas funções como executivos, empresários, advogados, jornalistas e entre os professores (Kyriacou e Sutcliffe, 1978; Couto, 1987; Bumpus, 1983; Machell, 1988; Brunet, 1999).

Bumpus (1983) e Machell, (1988), também destacam que é possível o professor desenvolver um quadro de depressão decorrente de seu exercício profissional. A base da depressão, em professores, seria, então, desenvolvida por profissionais que sentem obrigação de produzir bem e com muita exatidão. Neste caso, haveria um esforço concentrado para levar deveres a sério, não aproveitando os fins-de-semana como lazer, e sim como uma oportunidade a mais de colocar o trabalho em ordem. Outra situação é que, ao invés de se sentir criativo na profissão, o professor desenvolva o medo de não atingir a produção exigida, sendo colocado no ostracismo. O professor também pode estar dominado pela ambição profissional de obter apenas sucesso; de sempre alcançar prestígio e ser extremamente reconhecido pelo seu trabalho.

Existe, ainda, a possibilidade de que, na sua atividade docente, não seja ou não esteja valorizado da maneira que interpretou ou desejou, começando a surgir as decepções causadoras de um duro golpe na vida do indivíduo. A desilusão pode, ainda, levá-lo a encarar-se como um injustiçado, crescendo o desinteresse pela profissão que antes era extremamente reforçadora, isto é, o professor acometido de depressão não mais se identifica com seu trabalho.

Neste trabalho procuraremos analisar como os professores universitários percebem a sua situação de trabalho docente e o possíveis estados depressivos decorrentes. Utilizaremos, para isso, do suporte teórico da Psicologia Comportamental, conhecida por alguns estudiosos de Cognitivo-Comportamental. Dentre eles, podemos destacar Beck e Freeman, 1993; Rimm e Masters, 1983; Lazarus, 1980; Campos, 1995, para entendermos a depressão em professores universitários, fazendo um recorte com a Psicopedagogia, nossa outra área de especialização. A Psicopedagogia, numa leitura preventiva e também terapêutica, lida com as condições de aprendizagem, com os elementos que nela atuam - professores/alunos - e faz uma articulação com a saúde mental, ressaltando a importância dessa leitura para o entendimento do processo ensino-aprendizagem, no qual estão envolvidos os sujeitos de nossa pesquisa.

A terapia cognitivo-comportamental é um modelo psico-educacional de terapia de enfrentamento de habilidades, em oposição a um modelo de cura (Dattilio e Freeman, 1995, a). O ideal é que os pacientes submetidos à terapia adquiram habilidades para enfrentar, de modo mais eficiente, seus próprios pensamentos e comportamentos disfuncionais.

Justificamos esta articulação por entendermos que Beck et al. (1982), um terapeuta cognitivo-comportamental, enfatiza a influência de psicólogos do desenvolvimento, como Piaget, na formulação teórica da Terapia Cognitivo-Comportamental, principalmente em relação à formação de esquemas. Os esquemas são estruturas que orientam e organizam o processamento de informações e a compreensão da experiência de vida (Dattilio e Freeman, 1995a).

Os esquemas estão em constante estado de mudança e evolução. Os dados ambientais e a experiência só são considerados pelos indivíduos na medida em que eles podem utilizá-los em termos da sua experiência subjetiva. Os auto-esquemas tornam-se seletivos, na medida em que o indivíduo pode ignorar os estímulos do ambiente. Semelhante à teoria piagetiana, há um processo ativo e evolucionário em que todas as percepções e estruturas cognitivas são aplicadas a novas funções (assimilação), enquanto novas estruturas cognitivas são desenvolvidas para servir as novas funções em novas situações (acomodação). Alguns indivíduos insistem em utilizar velhas estruturas sem adaptá-las às

novas circunstâncias em que estão envolvidas - usam-nas sem avaliar sua adequação, podendo falhar na acomodação ou na construção de novas estruturas (Beck et al., 1982; Dattilio & Freeman, 1995, a).

Para Beck, et al. (1982), o afeto e o comportamento do indivíduo são largamente influenciados pelo modo como ele estrutura o mundo; suas cognições baseiam-se em esquemas. Explicita, ainda, que as características do pensamento depressivo parecem análogas às descritas por Piaget. Significa que o paciente depressivo tende a encarar suas experiências como privações totais (não dimensionais) e irreversíveis (fixas), categorizando-se como um perdedor (categórico, arbitrário) e como condenado (déficit irreversível de caráter).

Em levantamento geral de trabalhos referentes aos professores do ensino universitário brasileiro, não foi encontrada a variável central do tema - a depressão. Porém, alguns estudos conduzidos com professores no Brasil enfocando: estresse ocupacional do professor (Reinhold, 1984), estresse no ambiente acadêmico (Schmidt, 1990), ansiedade em professores universitários (Maffei, 1992) confirmam a presença de depressão no meio universitário. Por outro lado, em nossa experiência como professora universitária, temos encontrado colegas às vezes suspirando profundamente, com a fisionomia cansada, irritadiços, perdendo ou ganhando peso em excesso, mal humorados, tristes, desmotivados e alguns, muito agitados. Estas situações conduzem-nos a inferir que tais comportamentos mostram alguns sinais de estados depressivos confirmados, em sua maioria, por comentários verbais que caracterizam desânimo, auto-estima rebaixada e perda de esperanças.

Assim, acreditamos ser de real importância, neste estudo, refletir sobre este tema de maneira a lidar com os dois lados da questão: a saúde mental do professor, através do estudo dos estados depressivos, e a influência da situação de trabalho sobre o seu comportamento de facilitador do conhecimento.

1.1. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA:

As idéias e os resultados dos estudos da introdução, acima exposta, fornecem a possibilidade de que se pergunte o seguinte:

A maneira como o professor universitário interpreta a situação de trabalho poderá ocasionar estados depressivos ?

1.2. OBJETIVOS:

1.2.1. Objetivo geral:

Investigar como o professor universitário se sente em relação ao ambiente acadêmico e em relação à sua realização pessoal e profissional.

1.2.2. Objetivos específicos:

- (1) - Caracterizar o aspecto pessoal e profissional de professores universitários.
- (2) - Verificar se o ambiente universitário é ou não desencadeador de estados depressivos.
- (3) - Verificar, caso existam, como se apresentam os estados depressivos na população pesquisada.

***2.REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA***

2.1. CONCEITOS E EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA DEPRESSÃO

No presente capítulo nos propomos a analisar as contribuições teóricas disponíveis sobre o assunto “depressão” partindo dos aspectos gerais, passando por diferentes abordagens, até chegar à compreensão do fenômeno depressão no professor universitário. Apesar de não ser o nosso objetivo explorar, exaustivamente, as demais abordagens, acreditamos que o conhecimento teórico da depressão em outras teorias que não a nossa, irá enriquecer este trabalho, além de nos levar a uma compreensão mais totalizadora do indivíduo acometido pela depressão em seu ambiente acadêmico.

As definições mais recentes da depressão estão contidas na CID-10 (Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento, 1993, da Organização Mundial da Saúde) e DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 1995, da Associação Psiquiátrica Americana) e são denominadas de Transtornos do Humor. Nestes, a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou afeto, normalmente acompanhada por uma alteração no nível global de atividade.

Os principais tipos de transtornos do humor (afetivos), segundo a CID-10 (OMS, 1993), são os Transtornos Afetivos Bipolares e Episódios Depressivos, assim descritos:

(a)- Transtornos Afetivos Bipolares são caracterizados por episódios repetidos, nos quais o humor e os níveis de atividade estão significativamente perturbados. Consistem, algumas ocasiões, de uma elevação do humor e aumento de energia e atividade (mania ou hipomania) e, em outras, de um rebaixamento do humor e diminuição de energia e atividade (depressão). Os episódios maníacos começam abruptamente e duram, em média, 4 meses. As depressões tendem a durar em média 6 meses. Em ambos, os episódios se seguem a eventos estressantes.

(b)- Episódios Depressivos podem ser leves, moderados ou graves. O indivíduo sofre de humor deprimido, perda de interesse e de prazer e energia reduzida, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. A pessoa apresenta cansaço marcante após esforços leves. Outros sintomas são: concentração e atenção reduzidas, auto-estima e

autoconfiança reduzidas, idéias de culpa e de inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído.

No Transtorno Depressivo do DSM-IV (APA, 1995), a depressão é vista como um transtorno que tem como característica predominante o distúrbio do humor, o qual, por sua vez, é subdividido em: Transtornos Bipolares e Transtornos Depressivos. Os primeiros são caracterizados por um ou mais episódios de mania ou hipomania, geralmente acompanhados por episódios de Depressão Maior. Os segundos são caracterizados por um ou mais episódios depressivos sem história de episódios maníacos ou hipomaniacos.

Os critérios de diagnóstico do Transtorno da Personalidade Depressiva, no DSM-IV (APA, 1995), indicam a presença de pelo menos cinco, dos nove sintomas seguintes: o humor deprimido; a diminuição do interesse ou do prazer; a perda ou ganho de peso; a insônia ou hipersonia; a agitação ou retardo psicomotor; a fadiga ou perda de energia; o sentimento de inutilidade ou culpa excessiva; a diminuição da capacidade de pensar ou de se concentrar; e os pensamentos de morte.

Podemos observar que os critérios estabelecidos pela CID-10 (OMS, 1993), para o Episódio Depressivo são bastante semelhantes aos do DSM-IV (APA, 1995) para o Transtorno Depressivo, o que permite avaliar, de maneira mais uniforme, os estados depressivos em diversos países.

É importante diferenciar depressão endógena da depressão reativa. A depressão reativa surge como reação a acontecimento estressante do meio ambiente em um indivíduo predisposto. Trata-se de uma reação a situações de perda, muito subjetiva (Mendels, 1972).

No decorrer da vida, segundo Delliti (1984), várias situações podem desencadear o surgimento de depressões reativas, conforme o tipo de indivíduo: no adolescente, pela crise de identidade; na mulher de meia idade, que aprendeu apenas os papéis de mãe, esposa e dona de casa e que sente que perdeu a funcionalidade com o crescimento dos filhos; e no adulto, a perda do trabalho ou do sucesso. Alguns fatores sociais, em função das limitações econômicas, levam algumas pessoas à profunda depressão.

As depressões endógenas, assim denominadas por virem de dentro do organismo, são relativamente independentes das situações ambientais, mas são associadas a uma predisposição genética.

Segundo Mendels (1972), há dois tipos de depressão endógena : a unipolar e a bipolar.

Na depressão bipolar, chamado de maníaco-depressivo, o quadro se alterna com fases de euforia (mania) e fase depressiva. Repetidamente, a pessoa passa por períodos de profundo desânimo, estado neutro, estado de mania hiperativo, volta à prostração passando pela neutralidade.

A depressão endógena unipolar consiste em uma alternância regular entre desânimo profundo e neutralidade, sem ocorrência de mania. As depressões endógenas respondem, com freqüência, ao tratamento com drogas, podendo, ainda, serem de natureza hormonal e predispostas geneticamente, apresentando sintomas mais graves do que a depressão reativa.

O interesse a respeito da depressão tem sido grande entre diferentes profissionais, devido às altas taxas de prevalência dos sintomas depressivos em crianças, adolescentes e adultos, sendo mais freqüentes em mulheres do que em homens. Além disso, há evidências de que a incidência da depressão está aumentando mundialmente. Estudos realizados, em diferentes culturas e classes sociais, apontam ocorrências similares de depressão. O alto grau de suicídio justifica um tratamento precoce e preventivo desse ato extremo sendo que, devido a uma variedade de razões de ordem pessoal, social e religiosa, muitas tentativas de suicídio são ignoradas; outras, nem reconhecidas.

A gravidade da depressão varia muito, segundo este autor e, enquanto alguns vivem razoavelmente bem, cumprindo suas responsabilidades mas sem motivação para fazer além do necessário, outros ficam completamente incapacitados.

Pode acontecer também, segundo ele, que a depressão esteja mascarada, recebendo, neste caso, o nome de “depressão latente”, “criptodepressão ” ou “equivalente depressivo”, sendo comum entre os adolescentes, pós-adolescentes e idosos.

Matos (1992) cita vários autores que estudaram pacientes pertencentes a esse quadro e que apresentaram as seguintes queixas: cefaléia, cansaço geral, vertigens, diminuição do peso, doenças abdominais, calafrios, dor lombar, sudorese, transtorno do apetite e do paladar, tremores, zumbido nos ouvidos; sem revelar qualquer base física para esses sintomas.

Alguns autores relacionam a depressão com o uso de álcool e drogas (Willis, 1980; Ferreira Jr., 1990; Seligmann Silva, 1995; Lacerda, 1999); Azevedo, 1999), como uma das formas mais frequentes de se ocultar a depressão. Observa que um número bastante grande, especialmente de pessoas de meia-idade, utiliza-as numa tentativa de escapar ao desamparo difuso da depressão. Estabelece-se, então, um círculo vicioso no início do desenvolvimento da depressão: quando a pessoa se sente desanimada e triste e descobre que alguns “drinks” melhoram o seu mau humor, passa a utilizá-los, freqüentemente, na tentativa de se sentir mais disposta .

Seu desenvolvimento pode ocorrer por predisposição genética e alterações bioquímicas do cérebro (o que não nos propomos a tratar neste trabalho), produzindo sintomas orgânicos que requerem uma combinação de psicoterapia com medicação.

A depressão pode vir acompanhada de ansiedade. Kaplan, Sadock e Grebb (1997) esclarecem que a ansiedade é um sinal de alerta, que serve para avisar sobre um perigo iminente e possibilita a tomada de medidas para enfrentar a ameaça. A ansiedade é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga ou de origem conflituosa, acompanhada por sintomas autonômicos, como cefaléia, palpitações, diarreias, tonturas, hipertensão, inquietação, formigamento das extremidades, tremores, desconforto abdominal, freqüência, retenção e urgências urinárias. Ainda estes autores advertem sobre pessoas que apresentam transtorno misto com sintomas tanto de depressão como de ansiedade, resultando num comprometimento significativo para o indivíduo afetado.

Estudaremos, ainda, os referenciais psicanalíticos, fenomenológicos-existenciais e comportamentais, buscando uma compreensão desses fenômenos, ressaltando a teoria cognitivo-comportamental, área em que desenvolvemos nossa experiência clínica e na qual apoiamos esta pesquisa.

2.1.1. Conceitos de depressão na abordagem psicanalítica.

Na análise conceptual, Amaral Dias e Nunes Vicente (1984), enfatizam que, na depressão, a perturbação do humor não é específica por si só e que existe um “*continuum*” de variação do humor, a saber: a tristeza, a infelicidade associada a sentimentos de desespero e a diminuição da auto-estima, apenas se tornam significativas num determinado conjunto de sintomas.

Para Vaz Serra (1972, p.108), uma depressão pode ser definida como uma situação clínica que, “*surgida do entrecruzamento de fatores predisponentes com fatores precipitantes, desencadeou uma alteração semi permanente na regulação do humor, perspectivas e mecanismos primitivos de defesa biológica do indivíduo*”.

Em uma definição mais recente da depressão, Castellazi (1995, p. 9), esclarece que o termo “depressão” se refere a uma “*gama de estados emocionais, seu uso abrange um continuum*”. Para o autor, a depressão vai desde a normalidade com sentimentos passageiros de tristeza existencial, ao sofrimento mais prolongado por luto normal pela perda de uma pessoa querida ou pela ruptura de uma relação significativa, até a própria síndrome de um grave estado psicológico com sentimento da perda da vontade de viver, acabando por comprometer, seriamente, um comportamento construtivo.

Segundo Paiva (1982), para a Teoria Psicanalítica, conflitos na evolução emocional e sexual da criança repercutem, consideravelmente, na vida adulta. Assim, um trauma ocorrido em uma das fases instintivas na evolução emocional da criança, como falta de afeto da mãe, poderá ocasionar, no futuro, os mais diversos transtornos, inclusive com repercussão na conduta social.

A criança é um ser dependente que necessita de amparo, daí a importância das relações com os objetos para as satisfações instintivas. Um dos mais importantes objetos que existe é a mãe e, na relação mãe-filho, esta é chamada de relação primitiva do objeto.

O seio é o primeiro objeto capaz de provocar uma ativação prazerosa no lactente. No tocante a esse assunto, Freud desenvolveu o conceito de “*experiência de satisfação*”, que é caracterizada da seguinte maneira, conforme Bleichmar (1989): no primeiro momento,

haveria a tensão biológica vivenciada pelo lactente como desprazer, chamada de “*tensão de necessidade*”. Após, pela presença de um objeto externo adequado, por exemplo, o seio que provê o alimento, a necessidade se satisfazer, ficando essa experiência inscrita no psiquismo como experiência de satisfação, que aparece como a representação complexa para a qual tende o desejo, definido por Freud como o movimento que vai do pólo do desprazer ao pólo do prazer.

A experiência da satisfação não alcança o prazer somente através do equilíbrio do meio externo que produz alimento, mas se obtém, simultaneamente um gozo erógeno como a estimulação da zona bucal, dos lábios, da língua, da bochecha. Também, quando o bebê mama, olha o rosto da mãe, é tocado por ela e recebe o seu calor. Essas experiências fazem parte da “experiência da satisfação” e do desejo em que ela se constitui.

A depressão despertou o interesse de vários psicanalistas e cabe a Karl Abraham (1911, cit. in Amaral Dias e Nunes Vicente, 1984, p. 24) a primeira tentativa de sua compreensão analítica, rotulada como “*melancolia*”, apontando que esta surgiria devido a “**uma disposição dominada pelo ódio produzindo uma incapacidade de amar**”, em que os desejos de vingança e de violência apareceriam no aparelho psíquico sob a forma de um sentimento doloroso de imperfeição pessoal.

Para Abraham, a criança, já na primeira infância experimentaria uma depressão primária, relacionando, então, a do adulto com a da primeira infância. Ele acreditava que, em um adulto, a depressão era reativação de experiência similar experimentada quando criança. Assim, como resultado de uma experiência desagradável na infância, a criança sentiria ódio dos pais, principalmente da mãe, mas isso precisaria ser reprimido, ocorrendo, então, na depressão, não apenas a perda de amor, mas também a repressão da reação instintiva de perda.

O interesse de Freud pela depressão aparece em um artigo intitulado “*Luto e Melancolia*”, publicado em 1917, no qual ele faz um paralelo entre estes dois sentimentos. Para Freud (1983, p. 275), “**o luto é uma reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido como o país, a liberdade, ou o ideal de alguém**”.

A melancolia também pode constituir reação à perda de um objeto amado, em que se pode reconhecer que existe uma perda mais de natureza ideal.

Segundo Freud (1983, p. 277), "*o objeto talvez não tenha morrido, mas tenha sido perdido enquanto objeto de amor*". Explica que em ambas ocorre um profundo e doloroso desânimo, renúncia ao mundo exterior, perda da capacidade de amar e inibição de toda a atividade, mas na melancolia, como agravante do quadro, ocorreria a perda da auto-estima e o empobrecimento do "eu".

Para Amaral Dias e Nunes Vicente (1984), Freud parte da comparação entre o estado melancólico e o estado normal de luto, mostrando que, nos dois casos haveria uma reação à perda do objeto, embora seja difícil reconhecer o que foi perdido na melancolia. Ainda esclarecem esses autores que o processo melancólico é diferente do processo de luto, porque, primeiramente haveria um investimento libidinal do objeto de amor. A seguir, com a perturbação desta relação, a libido ficaria livre e, não sendo investida, retrair-se-ia no Eu, estabelecendo uma identificação do Eu com o objeto abandonante/abandonado.

Decorrente deste processo, haveria um conflito entre o Eu e aquela parte do Eu modificada pela identificação. Conseqüentemente, através desta identificação defensiva, o melancólico ficaria censurando-se e auto-recriminando-se, dirigindo, contra ele mesmo toda a agressividade inicialmente dirigida ao objeto.

A perda de um objeto de amor, considerada por Freud como essencial no desenvolvimento da depressão, não significa, necessariamente, a morte de fato, podendo ser a diminuição do amor ou segurança oferecidas por uma pessoa significativa (em geral, pai ou mãe), num período crucial do desenvolvimento.

Segundo Freud, é esta perda que origina a depressão que pode ser, então, considerada como uma falha no processo normal de luto ou de elaboração de perda.

O fenômeno da depressão infantil foi estudado por Melaine Klein (1982), postulando que toda criança, em seu desenvolvimento normal, dos seis aos oito meses de vida, passa por duas posições. A primeira, chamada esquizo-paranóide, que se estende desde o nascimento até os três, quatro ou cinco meses de vida, exprime a atitude da criança perante

a frustração causada pela mãe, vendo essa frustração como forma de perseguição. A segunda, chamada depressiva, estabelece-se por volta da metade do primeiro ano de vida, ocorrendo quando a criança se sente culpada por sua raiva contra a mãe.

Amaral Dias e Nunes Vicente (1984), referindo-se à abordagem kleiniana, evidenciam que a posição depressiva é a fase em que a criança reconhece um objeto inteiro e se relaciona com esse objeto. Isto significa que, com a modificação de sua percepção, reconhece, primeiramente, a mãe; em seguida, o pai, depois, o seu ambiente.

Neste reconhecimento da mãe como objeto inteiro, reconhece os seios, mãos, face e olhos; no plano dos sentimentos, reconhece que, às vezes, a mãe e ela própria, podem ser boas ou más, presentes ou ausentes, amadas ou odiadas. Ainda, esclarecem esses autores, este reconhecimento implica na descoberta, pela criança, de sua extrema dependência da mãe e do ciúme dos outros.

É muito importante para o desenvolvimento da criança, em sua vida primitiva, a presença de uma pessoa protetora, que lhe sirva de apoio contra os temores do mundo exterior. Assim, para Klein (1982), outras pessoas que não sejam os pais, como um pajem bondoso, um irmão, irmã, tia, tio podem, em certas circunstâncias, assumir o papel de “boa” mãe ou de “bom” pai.

A criança pode apresentar os impulsos destrutivos de gritar, morder, como reação tanto à frustração, como à perda do prazer do seio. Ela agride a mãe mas, se esta for boa e paciente, se canalizar para fora essa agressividade, aliviará a criança. Se for hostil e pouca afetuosa, fará voltar à criança essa agressividade, acumulando-a, o que poderá se voltar contra a própria criança, tornando-a deprimida.

Na literatura, encontramos outro trabalho sobre a observação do comportamento infantil. Spitz (1979) observou o efeito direto na criança, entre os seis e oito meses, da perda do contato físico com a mãe, ao serem institucionalizadas .

Os estudos de Spitz concordam com os apontamentos de Freud (Amaral Dias e Nunes Vicente, 1984): as experiências de separação e privação materna desencadeiam a perda do objeto maternal, provocando o aparecimento da depressão anaclítica, hospitalismo

ou marasmo, podendo se originar de diferentes circunstâncias. Principalmente, se o afastamento da mãe ocorresse quando esta mantinha um bom relacionamento com o filho de seis a dezoito meses. É importante observar que, ao contrário, se o relacionamento é fraco ou negativo, a síndrome tendia a não aparecer.

Ainda Spitz (1979) enfatiza que a sintomatologia das crianças separadas de sua mãe é semelhante aos sintomas da depressão no adulto, destacando que a perda do objeto de amor, tanto no adulto como na criança, é o fator determinante do quadro.

As observações de Spitz sobre o efeito da separação prematura da mãe foram confirmadas nos estudos desenvolvidos por Bowlby (1985) sobre apego, em crianças entre doze meses e três anos, as quais estavam apegadas à figura da mãe e foram colocadas com estranhos.

A reação inicial é de protesto e de esforço para recuperar a mãe. Ela chorará muito alto, sacudirá o berço na expectativa de que a mãe volte. O desespero surge, torna-se apática e retraída.

Bowlby salienta, ainda, que o padrão de distúrbio depressivo desenvolvido por uma pessoa depende do padrão de experiências infantis.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) comentam que o comportamento de apego persiste por toda a vida em crianças, adolescentes e adultos. Enfatizam que a baixa auto-estima, fraco relacionamento social e a vulnerabilidade emocional ao estresse estão associados com apegos menos seguros, no primeiro ano de vida.

Winnicott (1987), por seu lado, assinala os efeitos nocivos da separação da mãe e do ambiente familiar para os bebês. Mostra que, quando não há manifestação de aflição pela perda, pode ocasionar um distúrbio depressivo, pois a capacidade de luto ocorre como uma reação madura à perda.

Berthoud (1997), ao comentar sobre a formação de vínculos, esclarece que o bebê desenvolve *“sentimentos de autoconfiança e confiança básica do mundo, em função da estrutura vincular básica, deste apego inicial, desta primeira história que fica inscrita em sua história de vida”* (p.18). Pontua ele que, através de uma relação especial, o bebê se humaniza e desenvolve sua autonomia como um ser único e social.

Amaral Dias (1988), em estudos experimentais, decorrentes de situações de emergências em sua prática clínica, observou a forma como o investimento da relação materna era correlativo ao ajustamento, no interior da mãe, da relação com a criança que ela própria foi. Ainda alerta para o modo como um bebê pode perceber a retração do campo da consciência da mãe (depressão) e, em consequência, apreender a inexistência de um espaço psíquico para ele mesmo na interação, e reagir de acordo com essa situação.

Como vimos, os vários estudos, acima citados chamam a atenção à perturbação emocional que se segue à experiência de perda da figura materna. Também se observa que quanto mais íntima a relação afetiva entre a mãe e a criança, anterior à separação, mais severa será a reação imediata da criança, proporcionando efeitos para o desenvolvimento da depressão

Um conceito importante dentro da abordagem psicanalítica, para o entendimento da depressão, refere-se ao narcisismo .

O posicionamento da teoria psicanalítica sobre o narcisismo origina-se do mito de Narciso, que se apaixona pela beleza de sua própria imagem .

Significa que a pessoa tomou a si próprio como objeto de amor, que construiu atributos de ideais de perfeição. A perda de um objeto pode dar origem à depressão ao se tratar de algo que fosse um ideal para o sujeito que sofria a perda .

Freud (1983), ao diferenciar luto normal de melancolia, considerou que, na melancolia, o objeto perdido havia sido escolhido de acordo com o tipo de eleição narcisista.

Eleição narcisista, denominada assim por Bleichmar (1989, p.107), ou escolha de um objeto, assim denominada e entendida por Freud, no sentido de que uma pessoa pode amar *“o que ela própria é (isto é, ela mesma), o que ela própria foi, o que ela própria gostaria de ser, alguém que foi uma vez parte dela mesma”*.

Bleichmar (1989) cita que, para Freud, a eleição narcisista abarca tanto a eleição que se realizou à imagem e semelhança do ego, como a que se realizou para elevar a auto-estima, a vivência de perfeição, de plenitude, de onipotência, isto é, a hiperestimação de si mesmo.

Amaral Dias (1988) chama a atenção para um tipo particular de identificação denominada de “identificação narcisista ao objeto”, como consequência de um trabalho de luto não resolvido, que produz uma incapacidade de discriminação entre o “self” e o objeto.

Freud, citado por Bleichmar (1989), ao se referir ao narcisismo infantil, destaca a vivência prazerosa da criança de sentir-se especial, perfeita, de que sua beleza, sua inteligência e todas as suas qualidades, longe de serem questionadas, são hiperestimadas.

Assim, o amor do narcisismo se caracteriza pela idealização, pela valorização das qualidades do sujeito. Para Bleichmar (1989), essas valorizações são provenientes de uma ordem simbólica que é exterior ao indivíduo, a da cultura. Significa que a representação valorizada de si é construída na intersubjetividade. Essencialmente, a existente entre o sujeito e os personagens significativos da sua infância. Considera-se que a criança toma do adulto os conceitos, a representação de si mesmo e, principalmente, as estruturas do pensamento, um modo de raciocinar, de implicar logicamente, de organizar os dados.

Por isso, quando se diz que o seu desejo é o desejo do outro, ou a representação de si é a que vem do outro, significa que foi introjetado um desejo ou uma representação determinada que passa a ser tomada como própria .

Na construção da representação que o sujeito faz de si mesmo, portanto, está incluído juízo de valor, que varia segundo a cultura ou microcultura familiar e, como em toda escala, existem pontos que são os de máximo valor, constituindo o ego ideal.

Este, segundo Bleichmar (1989, p. 44), seria a ***“representação de um personagem que possuiria os atributos de máxima valorização (como beleza, poder, coragem, inteligência)”***.

E assim como a escala das valorizações, na qual está situado o ego ideal, tem pontos máximos, há pontos de estimulação mínima. Para se conceber algo perfeito, há de se ter a representação do imperfeito. O ego ideal e seu negativo encontram-se situados no mesmo eixo, nos pólos dos mesmos, podendo existir pontos intermediários entre um e outro.

No entanto, algumas pessoas excluem as posições intermediárias da escala, funcionando com uma lógica binária, tudo ou nada, em que o afastamento da identificação com o ego ideal da perfeição - seja física, mental ou moral - pode ser vivido como a queda na identificação com o negativo do ideal do ego, que é não valer nada, isto é, ocorre um colapso.

O colapso narcisista pode surgir da comparação de uma distância entre o ego ideal e o negativo, como o produzido no momento de triunfar, já que esse é um triunfo para um observador externo e não para o sujeito, como também, frente aos êxitos atingidos por outra pessoa, pois o triunfo do outro o coloca como se fosse o negativo do ego ideal .

Bleichmar (1989) esclarece que o narcisismo se constitui na hipervalorização da representação de si mesmo, sendo um componente essencial de todo ser humano, pois ninguém pode escapar à construção de modelos ideais e ficar situado com relação a eles.

No entanto, adverte ele que nem todos são narcisistas da mesma maneira, pois não existiria uma categoria que fosse o seu oposto. Assinala uma tendência que constitui o centro da categoria, que seria a preocupação pela valorização, pela auto-estima. Assim, o narcisista codifica tudo em função do valor que tenha: é ou não é perfeito .

Outro conceito importante, dentro da abordagem psicanalítica, é a tensão narcisista, definida por Bleichmar (1989, p. 91), como “ *um ideal que, no caso de ser satisfeito, permite sentir-se perfeito, valioso. Se esse ideal não é cumprido, o sujeito não se sente amado, eleito, preferido, sentindo-se relegado ante um suposto rival triunfante* ”.

Em situações de tensão narcisista, o indivíduo pode buscar uma compensação nos ganhos externos - posições, status, prêmios, triunfos, poder - para conseguir que a realidade exterior lhe devolva a identificação com o ego ideal.

A compensação pode também ocorrer no nível de fantasia, com identificações imaginárias e com exibicionismo, combatendo-se a tensão narcisista. Mas, se as compensações frente à tensão ou os diferentes mecanismos de defesa fracassam por algum motivo, nesse caso, produz-se, então o colapso, que é a causa da depressão, caracterizada como depressão narcisista .

A depressão culposa, proveniente de um sentimento de culpa, é caracterizada com o seguinte ideal: “*não danificarás*”, “*não prejudicarás*” e, como afirma Bleichmar (1989, p. 83):

“ ... é o estado doloroso que alguém experimenta, consciente ou inconscientemente”, quando se representa a si mesmo como infrator de uma norma, preferencialmente que proíba danificar, prejudicar ou fazer alguém sofrer, em síntese, que proíba a agressão; e quando esta norma é aceita como legítima e forma parte do ego ideal ”.

Quando a pessoa passa a ter uma representação de si mesmo como produtora de algum dano, pode construir-se pela via da identificação - sem que na realidade tenha agredido - ou como consequência de ações ou fantasias que tenham caráter agressivo .

É de se observar que, uma vez construída a representação que danificou algo, pode-se reagir com medo do castigo, da retaliação. É chamada de culpa persecutória - ou sentir pena pelo dano causado e desejar repará-lo - chamada de posição depressiva, ou, também, sentir ódio contra si mesmo pelo dano causado, buscando o castigo do culpado, neste caso, de si mesmo.

Conforme se observa, o sujeito interiorizou um vínculo caracterizado de que se reage castigando quem se afastou da norma, fazendo com que o superego se converta no representante deste personagem punitivo. Neste caso, surge a auto-acusação como resposta agressiva à representação que o sujeito faz de si mesmo como agressor, levando-o a considerar-se como incapaz, estúpido, inútil, tudo o que constitui uma resposta agressiva à frustração de não cumprir com o ego ideal narcisista. Visto dessa maneira, a auto-acusação é um tipo de castigo que alguém se aplica por não ser como deveria, no ideal da norma moral (agressividade) ou da perfeição física ou mental, quer dizer, na área do narcisismo.

Outro tipo de depressão ocorreria por perda simples de objeto, o penar pelo objeto em que o desejo é entrevisto como irrealizável, não se atingindo algo pretendido, mantendo-se a fixação ao desejo. Bleichmar (1989) afirma que, embora se diferenciem as categorias de depressões em: depressão narcisista, cujo ideal é a perfeição; depressão

culposa, cujo ideal é o de “*não danificarás*”; depressão por perda simples de objeto, que se constituiria no luto pela perda do objeto - para o citado autor, numa certa pessoa, poderão coexistir elementos dessas variáveis, originando a depressão mista.

Assim, na depressão culposa, o sujeito pode se sentir mal porque não cumpriu o seu ideal narcisista de ser bondoso. Na depressão por perda simples do objeto, o central é o penar, mas podem ocorrer sentimentos de culpa, que são microepisódios melancólicos.

Bleichmar (1989) também discute que a depressão narcisista e a culposa são aplicáveis tanto aos quadros de neurose como psicose, assumindo formas próprias como uma articulação de estruturas, de modo que a depressão poderá ter um lugar em qualquer tipo de personalidade, quer dizer, articular-se com estruturas de personalidade histérica, obsessiva, fóbica, etc.

Este autor ainda esclarece que, numa personalidade psicótica, poderão existir particularidades que a distingam da neurótica como, por exemplo, no conteúdo da auto-acusação, na espera delirante de castigo, ou, inclusive, na autopunição que chegue ao suicídio.

Na depressão narcisista, a diferença entre o ego ideal - o modelo - e o ego considerado como real pode ser criada pelas metas elevadas, ou pelas desvalias do ego representação.

Ainda, o mesmo autor diferencia a Depressão Narcisista em subclasses: alguns indivíduos não apresentam um ideal elevado, aspiram a realizações modestas mas possuem uma pobre imagem de si; outras pessoas apresentam sempre uma distância não obtida entre o ego ideal e o ego representação, pela importância das metas de perfeição que são almejadas. Aqui, a representação do ego é sempre pobre, em contraste com o fim perseguido. Finalmente, a pessoa manifesta a sua intencionalidade agressiva contra si mesmo por construir, simultaneamente, um ego elevado e o ego representação diminuído.

Bleichmar (1989) observa que nem o ego ideal nem o ego representação são organizações estáveis da personalidade, construídos, ativamente, em função das oscilações do ódio ou do amor que o sujeito tinha por si a cada momento.

Quanto à depressão culposa, as subclasses consistem em: pessoas com elevados ideais de não agressão e qualquer coisa que façam as situa como agressivas e, portanto, culpadas; as que ficam identificadas com a representação de si como a de alguém mau, agressivo, deduzindo que devam ter agredido e, finalmente, aquelas pessoas que, pela agressividade da consciência crítica, criam sempre uma brecha entre o ideal de não agressão e a representação do ego como transgressor da norma.

A depressão culposa, segundo Bleichmar (1989), pode começar porque o sujeito se vê como agressivo ou porque vê o objeto como danificado. A pessoa que apresenta este tipo de implicação lógica, ao se encontrar ante um objeto danificado, mesmo sentindo que não o agrediu, pode se sentir culpada se não fizer nada para repará-lo.

Outra condição, para que se sinta como se o objeto estivesse perdido ou danificado, ocorre quando a representação que se faz do mesmo não alcança os níveis que se poderiam considerar normais. Isto acontece quando se representa o objeto, realística ou fantasiosamente, como danificado, infeliz, morto, irreparavelmente ausente. Na depressão por morte de alguém significativo, em que, inconscientemente, o ideal do ego é elevado, como a fantasia de vida eterna, a depressão resulta da realização do anseio dessa vida eterna.

Concluindo, percebemos que nos conceitos apresentados, através dos mais variados autores psicanalíticos (Abraham, Amaral Dias, Freud, Klein, Sptiz, Bowlby, Winnicot), observou-se que a relação mãe-filho precisa ser calorosa para produzir desenvolvimento emocional sadio. Percebe-se, ainda, que o vínculo inicial entre mãe-filho constitui um apego que servirá de modelo para o estabelecimento de relacionamentos posteriores. Daí a sua importância, porque, ao se configurar em um vínculo não satisfatório, poderá provocar reação de ansiedade e, em alguns casos, até de depressão.

Também, o posicionamento de Bleichmar, com base no pensamento freudiano, muito contribui no estudo da depressão, principalmente quando esclarece sobre a presença do perfeccionismo na depressão narcisista, o sentimento de culpa decorrente do entendimento que a pessoa faz como causador da danificação no objeto e o luto sentido por perda de um objeto significativo para a pessoa.

A seguir, apresentaremos o posicionamento da teoria fenomenológica-existencial na compreensão da depressão.

2.1.2. Conceitos da depressão na abordagem fenomenológica- existencial

A Fenomenologia é uma das correntes importantes da Filosofia do século XX. O modelo fenomenológico teve como seu criador Edmund Husserl (1859 - 1938) que exerceu um papel significativo também no movimento existencial. Husserl (1992) enfatiza o fenômeno, isto é, no dado imediato, no fenômeno dado, é contida a sua essência (eidos), objeto da pesquisa fenomenológica. A fenomenologia, segundo Padovani e Castagnola (1993, p.495), *consiste “no conhecimento e na descrição do mundo eidético”*.

Para Husserl (1992) é importante pôr fora de vigência todas as ciências, subtraindo delas a da experiência do mundo. Esclarece ele que o ser do mundo não mais pode constituir um fato óbvio, mas somente um problema de vigência. Assim, para o autor, todo o mundo concreto em vez de existente, é apenas um fenômeno de ser. Para isso, é importante abster-se das opiniões e juízos, de posições valorativas na referência do mundo. Diz ele, ainda, que *“não posso viver, experimentar, pensar, valorizar e agir em nenhum outro mundo que não tenha o sentido e a validade para mim e a partir de mim próprio”* (1992, p.15).

Forghieri (1984) explica que a Fenomenologia é um método que pretende chegar ao fenômeno por visão categorial, que é uma visão imediata, espontânea, pré-reflexiva, que capta, por intuição, a essência de coisas e processos.

Para Forghieri (1993), a fenomenologia estuda os fenômenos, isto é, aquilo que se manifesta ou que é revelado. Significa aquilo que aparece à consciência daquilo que é dado, promovendo um entendimento dos fenômenos a partir da valorização das suas próprias experiências.

Ainda para a autora, Husserl busca conhecer o mundo através de dois aspectos: a capacitação intuitiva e a integração significativa. A capacitação intuitiva refere-se ao contato que temos com os objetos do mundo por meio dos sentidos, com o conhecimento direto que está longe de ser completo, já que percebemos aquilo que nos é mostrado de imediato.

Por sua vez, integração significativa se refere ao fato de que o ato de reconhecer se completa com este componente não intuitivo, que realiza uma espécie de síntese do objeto total.

O momento significativo proporciona a captação do objeto em sua integridade. A proporção de tais formas de captação do objeto deve ser igual para que se possa obter maior confiabilidade. Entretanto, essa condição não permite chegar, nunca, ao conhecimento do objeto em si .

Forghieri (1993) afirma, também, que Husserl entende que a realidade não pode ser reduzida àquilo que meramente captamos através dos órgãos dos sentidos, ainda que realizando uma integração. É necessário fazer uso da reflexão através dos processos mentais, passando a captar não mais os objetos tais como eles se apresentam no exterior, mas a vivência dos mesmos, isto é, como eles se apresentam à nossa consciência .

Lyotard (1954, p. 9) esclarece que a *fenomenologia* “*começou por ser e continua sendo uma meditação acerca do conhecimento, um conhecimento do conhecimento*”

Segundo Merleau-Ponty (1971, p. 5), a fenomenologia “*é o estudo das essências*” mas é também uma filosofia que substitui as essências na existência. O autor pensa que se pode compreender o homem e o mundo a partir de sua facticidade. Explica que “*o mundo não é o que penso, mas o que vivo, comunico-me indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável*” (p.14).

Todo problema husserliano consiste em definir como é que há, para mim, objetos e é, por isso, que é verdadeiro afirmar que a intencionalidade se encontra no centro do pensamento fenomenológico. O princípio da intencionalidade de Husserl significa que toda consciência é *consciência de algo...* e o objeto é sempre objeto para a consciência.

A intencionalidade, tomada em sentido psicológico, exprime, precisamente a insuficiência intrínseca do corte entre a interioridade e a exterioridade.

Para a fenomenologia, o Eu puro não é nada, isolado de seus correlatos e, por isso, o Eu psicológico (que é o mesmo que o Eu puro) se encontra constantemente e por essência, mergulhado no mundo, empenhado em suas situações.

Liotard (1954) entende que se atinge uma nova localização do psiquismo, que já não é uma interioridade, mas intencionalidade, ou seja, uma relação do sujeito e da situação

Forghieri (1993) explica que a consciência não é um lugar tal como uma caixa que abriga conteúdos mentais, mas uma espécie de movimento para fugir de si mesma, um escape para fora de si, para poder ter uma consciência.

Ao descrever os fenômenos pelo método descritivo, descobre-se que cada fenômeno possui um núcleo significativo que se precisa colocar e descrever - é o *eidos*.

Ainda, a citada autora explica que para que o conhecimento seja completo, todos os pré conceitos ou preconceitos precisam ser eliminados, todo juízo externo à vivência é suspenso, e a isso chamamos de *redução fenomenológica* ou "*epoché*".

Ocorrem vários tipos de redução fenomenológica porque, em cada julgamento, acontece um tipo de redução: a cosmológica (quando se suspende o juízo se o objeto é real ou irreal); a psicológica (quando se suspendem as características psicológicas do sujeito que capta o objeto); a teológica (quando se suspende a prescindibilidade da existência de Deus); a eidética (quando se elimina a tentativa lógica da captação das essências). Acontece a consciência de um objeto purificado através do processo de redução fenomenológica, que Husserl denominou de *consciência transcendental*.

É importante salientar que o que vai ser transcendido é o que há de ilusório na aparência, resultado de condicionamentos que o indivíduo se impõe. Assim, *Noese* é o nome dado a essa atividade da consciência, *o pensamento*. *Noema*, ao objeto desse pensamento que habita a consciência e que só terá existência quando em correlação com a *Noese*.

A análise intencional volta-se para a relação noético noemática e, segundo Forghieri (1993), se o sujeito e objeto são uma coisa só e se a consciência do objeto está diretamente ligada a este, através do ato de conhecer, chega-se a conhecer o objeto absolutamente, é pré teórico e fundamenta todo o conhecimento científico.

Merleau-Ponty (1971) ressalta também que uma aquisição importante da fenomenologia é ter unido o extremo subjetivismo com o extremo objetivismo em suas noções de mundo ou da racionalidade. Explica ele que a racionalidade é medida nas experiências em que ela se revela, nas quais, as perspectivas se recortam, as percepções se confirmam, surgindo um sentido.

Ainda Merleau-Ponty (1971, p. 17) afirma que:

“o mundo fenomenológico é, não o do ser puro, mas o sentido que transcende à intercessão de minhas experiências e a intercessão de minhas experiências com as do outro, pela engrenagem de umas sobre as outras, ele é pois inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que fazem sua unidade pela retomada de minhas experiências passadas em minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha”.

Já no que concerne ao estudo da psicopatologia, a Psicopatologia de Jaspers (1985), a mais representativa dessa abordagem, está assentada em dois grandes métodos: o fenomenológico e o compreensivo.

O primeiro momento da investigação psicológica significa o postar-se diante dos fenômenos psíquicos ou estar diante do paciente que consiste em identificar as vivências de angústia e apreender seu significado.

O segundo momento da investigação psicopatológica consiste na compreensão que permite o estabelecimento das relações motivadas entre os fenômenos apreendidos, dentro da visão abarcativa do paciente.

Jaspers (1985 b, p. 896) nomeia que a ciência exige uma abordagem sistemática e holista, significando que é urgente mostrar o que se sabe, no todo. Diz: *“o homem é incompleto em sua essência; nele mesmo, é inacessível o conhecimento”*.

Continua ele orientando que é um erro querer organizar tecnicamente, no todo, o conhecimento do homem, como se fosse possível nivelá-lo em um plano. Mostra que o que se organiza é o conhecer, a fim de apreender o homem em todas as suas dimensões, e em todos os planos possíveis de cognoscibilidade.

Jaspers considera a vivência como fato ou fenômeno particular, expressão subjetiva da vida psíquica. É o elemento da corrente psíquica da consciência, processo indivisível que não se repete, nunca, do mesmo modo em qualquer indivíduo. A fenomenologia torna esses processos fluídos em modelos para serem apreendidos, objetivados, analisados em nível consciente.

Jaspers (1985 a), ao se referir ao papel da fenomenologia, salienta que só podemos conceber e investigar o que se tornou objetivo.

Para o autor, a fenomenologia e as constatações objetivas de fatos particulares permanecem ao nível da vida psíquica realmente experienciada, isto é, ocupam-se, apenas, com o que é dado. Assim, os fenômenos ditos inconscientes ficam à margem, sem consideração, até que se atualizem na consciência.

Jaspers considera importante a imparcialidade fenomenológica para a contemplação do fenômeno, deixando de lado todas as teorias, construções psicológicas, interpretações e apreciações pessoais. Afirma ele que a fenomenologia se instala como propiciadora do conhecimento psicopatológico ao destacar, delimitar, diferenciar e descrever determinados fenômenos mentais, que desta maneira serão, claramente, atualizados, mediante uma determinada expressão

Na visão fenomenológica, segundo Forghieri (1992), o homem não só reage aos estímulos que a ele se apresentam, mas tem consciência de sua própria vida e das pessoas com as quais se relaciona, atribuindo significado aos acontecimentos de sua existência.

Assim, as situações que alguém vivencia possuem significado e sentido para quem as vive, e que se encontra relacionado à sua própria maneira de existir .

A vivência se constitui no significado que uma situação tem para a pessoa. Sendo uma experiência íntima, não transparente, geralmente escapa à observação do cientista que, em decorrência disto, precisa coletar as informações fornecidas pelo próprio sujeito, para desvendá-la.

A autora ressalta a necessidade de coerência e objetividade para planejarmos e compreendermos a nossa própria vida, que está repleta de ambigüidade decorrente da própria existência. Surgem dois fenômenos importantes: a realização e a frustração pessoal que podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento pleno da personalidade .

Um aspecto enfatizado pela citada autora, que se constitui importante no presente trabalho, é quando sustenta que as realizações e as frustrações ocorrem em níveis tênues ou profundos, envolvendo aspectos pouco ou extremamente significativos, conforme a situação. Como exemplo, podemos dizer do professor que precisa comprovar a sua competência e que pode se constituir em algo frustrador, quando não o atinge.

Encontramos, ainda, na literatura, Heidegger, que é considerado o maior filósofo do existencialismo. Para ele, antes da consciência, existe o próprio homem. A existência dá significado à essência e a filosofia deve determinar a essência do estar no mundo. A existência é a problematização, a auto problematização do estar no mundo para entendê-lo (Heidegger, 1993).

Ainda, para este autor, a experiência do nada significa angústia, isto é, o existente humano compreende que não pode escapar à realização de algumas possibilidades e, compreende a sua finalidade, o seu fenecer como construtivo da existência.

Jolivet (1975) explica que o sentimento fundamental, para Heidegger, corresponde ao sentimento do *estar lançado aí* provocando um sentimento de abandono e solidão no homem.

Isso significa que a filosofia torna-se metafísica, pois é a transcendência do imediato *estar no mundo* para resolver o problema da existência. Para Heidegger (1978, p. 49), a “*questão do ser significa investigar o Ser, como tal. Isto é, investigar a abertura do Ser, a ‘revelação do que o esquecimento do Ser vela e esconde’*”. Adverte que, somente por meio dessa investigação, ilumina-se a Essencialização da Metafísica.

Forghieri (1989), ao se referir ao pensamento de Heidegger, esclarece que, quando o ser humano está diante das pessoas e das coisas, tem uma compreensão imediata de sua existência, uma relação de cognoscibilidade. Constitui-se numa compreensão intuitiva, global, acompanhada de humor, de acontecimentos passados, presentes, expectativas e projetos.

O espacializar e a temporalidade são também estudados nessa abordagem: o espacializar significa o modo como o ser humano vivencia o seu espaço sempre com uma compreensão acompanhada de humor, podendo sentir-se tranqüilo, em sintonia com o mundo, ou sentir-se confuso, angustiado, aflito e estranho, diante de um mundo que não consegue entender.

Padovani e Castagnola (1993), dentro do pensamento de Heidegger, destacam que o homem descobre que *estar no mundo* equivale a *estar no tempo*, isto é, *ser para a morte*. Adquirir consciência dessa queda, dessa determinação de *estar no mundo*, significa passar da vida banal à vida autêntica: significa existir. Diante dessa situação, duas são as atitudes humanas: a vida banal, vulgar e a vida autêntica, filosófica.

Explicam os autores que os traços característicos da existência banal são a despersonalização do indivíduo no anônimo, o seu nivelamento na massa; a escravidão à rotina que se perpetua imutável; a preocupação perante a ruína essencial de todas as coisas, o terror, o medo, a fuga da morte que, inevitavelmente espera-nos.

Da existência banal, passa-se à existência autêntica mediante a “*problematização do estar no mundo*”, a experiência imediata frente ao ato metafísico, como coisa que emerge do nada.

O temporizar permite ao homem alcançar a totalidade de seu existir, transcendendo o tempo concreto, para contemplar as experiências do presente, do passado e as possibilidades do futuro.

O homem sente que deve vencer os sofrimentos presentes, superá-los. Contudo, os estados de humor e de sofrimento podem bloquear o futuro, dificultando ou impedindo a pessoa de visualizar as suas possibilidades de prosseguir no curso de sua existência.

Hojaij (1994) aponta que os elementos para a captação psicológica são de três tipos, sendo o primeiro, a captação da conduta e das manifestações dos movimentos expressivos; o segundo, a exploração dirigida e, finalmente, a autodescrição (especialmente valorizada).

Dentro dessa abordagem, mesmo que a vida do paciente se encontre num caos, cabe ao pesquisador não apenas a apreensão dos fenômenos, mas seu ordenamento inteligível e, posteriormente, comunicável.

Hojaij (1994) diferencia três tipos de fenômenos. O primeiro, conhecido por nós mesmos, em nosso próprio vivenciar; o segundo, caracterizado por acréscimos, diminuições, mesclas de fenômenos autovivenciados e o último, os fenômenos que se diferenciam pela total insuficiência de uma atualização compreensiva .

Um tema importante dentro do campo fenomenológico é a angústia, que se revela como um estado primordial, onipresente nos seres humanos.

Hojaij (1994) afirma que a grande contribuição de uma Fenomenologia psicopatológica consiste em identificar vivências de angústias e apreender seu significado original.

Segundo esse autor, não se procura relacionar estas vivências a outras, nem buscar, casualmente, sua gênese, nem interpretar e, muito menos, atribuir juízo de qualquer espécie. Continua ele explicando que o significado da vivência é intuído imediatamente, sem que se efetue qualquer comparação ou analogia desta experiência com qualquer outra.

A sua comparação remete a outra visão mais abrangente da situação do indivíduo, que engloba a experiência anterior e outra seguinte, derivada da primeira. Este movimento é do tipo espiralado em que cada apreensão do significado aponta para o seguinte, mais amplo.

Hojaij (1994) observa que o estreito traz experiência física, espacial, de detenção, como se os espaços se fechassem, não permitindo a livre movimentação do ser. Portanto, a vivência da angústia traz a consciência do limite da existência, na qual sua liberdade esbarra no estreito, paralisa-se frente ao vazio.

Percebemos que o ser detido no estreito experimenta uma solidão imensa, perdido no espaço, sem encontrar referências. Hojaij (1994, p. 71) estabelece que: “ *o ser-no-estrito-de-ar-escuro é um ser-sozinho-paralisado-ante-o-nada* ”.

Na imensidão do escuro, sem liberdade de escolha e decisão, na qual experimenta a sua limitação, sua queda é eminente. O citado autor prossegue dizendo que a fenomenologia da angústia fornece evidências das mais variadas: estar estreito, contido, paralisado, sufocado, com falta de ar, terminado em um poço, com insegurança, limitado, no vazio frente ao desconhecido, isolado, em solidão, na imensidão, perdido, em espera, sem escolha e decisão, limitado frente à infinidade, impotente, reduzido a um ponto, sem amparo, caindo, uma queda interminável. Esclarece que todas estas vivências encerram em si o fundamento da angústia, mas sintomas estes que podem, também, estar presentes na depressão e na culpa.

Sartre (1995, p. 12), outro filósofo existencialista de vulto, enfatiza que “*o homem simplesmente existe e sua essência será aquilo que ele fizer de si mesmo*”.

Ele busca, na fenomenologia, o conceito de intencionalidade. Afirma que a consciência é intencional, querendo dizer que toda consciência intenciona um objeto qualquer.

Moutinho (1995) afirma que, para Sartre, o verdadeiro conceito de liberdade não é obter o que se quer, mas determinar-se a querer por si mesmo. A liberdade se revela ao homem pela angústia, isto é, a angústia é o modo de ser da liberdade como consciência. O

homem, sendo livre, desprende-se do ser, instala-se um Eu na angústia. Sartre (1978) comenta a inexistência de Deus, mostrando que tudo é permitido, ficando, por conseguinte, o homem abandonado e angustiado. Por isso, ele precisa refazer, constantemente, a sua própria essência.

Dichtchekenian (1988) aponta que fugir da angústia é experimentada como um pólo de tensão entre a vida e a morte. Nesta experiência da solidão, a morte se insinua, como um refúgio e uma posse, um direito dado a partir de uma finitude que se estreita, apontando um fim eminente.

Segue ele explicando que a vida se torna uma experiência solitária e uma propriedade tanto quanto a morte, não fazendo diferença viver ou morrer.

Conclui dizendo que a angústia é a experiência ao desamparo a que estamos expostos, um fim que não podemos determinar por nós mesmos, como uma ameaça que nos espreita nas circunstâncias, incontrolável.

Um lado positivo da angústia é quando sinaliza para os perigos. Segundo Matos (1992), constitui-se em função de defesa, de proteção para a vida, sem a qual ninguém poderia sobreviver. Através da angústia, tomamos conhecimento das ameaças internas e externas, danos físicos, dor, punições, frustrações e ameaças.

É importante esboçar as diferenças entre os sentimentos de angústia, depressão (que é do nosso interesse) e culpa, que, em determinadas circunstâncias, podem ocorrer no mesmo indivíduo.

Tanto a depressão como a angústia são expressões de conflito da personalidade, sendo que ambas constituem reações básicas do Eu do indivíduo.

Segundo Grinberg (1988), a angústia consiste-se, essencialmente, em uma reação frente ao perigo em que o Eu evidencia seu desejo de sobreviver e prepara-se para a luta ou fuga, se for necessário.

Na depressão, ocorre, precisamente, o contrário: o Eu se encontra paralisado porque se sente incapaz de enfrentar o perigo; em certas ocasiões, o desejo de viver se encontra superado pelo desejo de morrer, por se considerar impotente para superar o risco que o ameaça.

A angústia se exterioriza como um estado afetivo acompanhado de sintomas físicos característicos que correspondem aos aparatos respiratório e circulatório (dispnéia, palidez, aceleração do pulso e batimentos cardíacos). A depressão se manifesta por apatia, tristeza, decaimento moral e físico, com sensações de impotência e desesperança. A angústia aparece ante a eminência de um ataque dirigido ao Eu.

Um importante ponto a ser destacado sobre a culpa, o desespero e a angústia aparece na filosofia de Kierkegaard. Para Kierkegaard (1986), a culpa consiste em que o homem, por alguma indulgência, modifica ou acomoda, em certa medida, a verdade que compreendeu.

Jolivet (1975, p.56), ao comentar sobre Kierkegaard, explica que o desespero e a angústia caracterizam o existente: *“existir é sofrer necessariamente o desespero e a angústia, ligados uma e outra à realidade e à possibilidade de culpa”*.

Pontua ele que é impossível escapar ao desespero, pois a sua ausência equivaleria ao nada. O desespero é ambíguo e dialético, conduzindo a vias divergentes conforme a maneira como cada um se desespera.

Assim, o desespero pode levar à consciência e à reflexão, uma vez que, para escolher o eterno, temos que desesperar daquilo que somos e do que temos na ordem do infinito. Ao contrário, se o desespero malogra, produz um rompimento no íntimo da alma, levando ao endurecimento.

Jolivet (1975) também comenta sobre a angústia, segundo o enfoque de Kierkegaard. Dessa maneira, a angústia precede o pecado e está ligada à possibilidade e à liberdade. A angústia move-se no sentido da perfeição, enquanto o desespero no sentido da libertação.

Na abordagem da depressão especificamente, na visão da fenomenológico-existencial, alguns autores, como Rollo May e Victor Frankl, enfatizam a influência do mundo tecnicista e mecanizado como possível condutora da depressão.

Para May (1973), o problema fundamental do homem é o vazio. A sensação de vazio surge da idéia de incapacidade para fazer algo de eficaz a respeito da própria vida e do mundo em que vivemos.

Alerta ele que, nesta circunstância, surgem a profunda sensação de desespero e futilidade. May (1974) ainda argumenta que uma situação de impotência e falta de significação leva à confusão e depois à apatia .

Para Frankl (1973), trata-se do sentimento de perda de sentido que se apodera, cada vez mais, do homem de hoje, definindo este estado como vácuo existencial. Atribui que a mecanização das sociedades super industrializadas é um dos motivos que provoca o tédio que conduz ao vácuo existencial.

Também, pontua o autor que a origem do sentimento de falta de sentido, pode provocar um tipo particular de depressão que vem das pessoas que têm o suficiente com o que viver, mas não têm nada por que viver; têm os meios, mas não têm o sentido. Alguns, realmente, não têm nem mesmo os meios como a grande maioria das pessoas que estão hoje desempregadas. Estas desenvolvem um tipo especial de depressão de dupla identificação: estar sem emprego é considerado o mesmo que ser inútil, e ser inútil é considerado o mesmo que levar uma vida sem sentido. Complementa o autor que uma vez que a busca de sentido é bem sucedida, isto não só o deixa feliz, mas também lhe dá a capacidade de enfrentar o sofrimento (Frankl, 1997).

Na depressão, à vivência da tristeza, associa-se o sentimento de vazio e perda de interesse pelo mundo, criando uma lentificação do tempo, associada à perda de vitalidade e à profunda falta de sentido para a vida.

Ocorre uma inversão temporal da consciência em que o presente é a vivência subjetiva do passado. O sujeito se enclausura, reduz a sua capacidade de comunicação com alteração estrutural e um vívido de perda.

O estresse existencial é ressaltado dentro desta abordagem por Morais (1997, p. 97) que o define como "*sofrimento resultante da dificuldade do homem contemporâneo de encontrar sentido em sua vida*". Esclarece o autor que o cientificismo tornou-se incapaz de satisfazer a necessidade humana de fé, esperança e de referencial de valores, descartando, progressivamente, o sagrado e o vazio criado, abrigando o estresse existencial.

Comenta, ainda, o autor que o estresse existencial é o sintoma da insegurança existencial que provoca os transtornos de comportamento com a proliferação de sistemas de fuga. Diz o autor que *"esses ímpetos de fugir são respostas (ou reações) desesperadas do homem atual às pressões estafantes exercidas pelo meio social"* (p. 70) e que o estresse existencial *"surge das aflições de um espírito que se sente incompatível com as distorções de sua sociocultura"* (p.154).

Ao revermos outros autores, encontramos, na Gestalt Terapia, Frederick Salomon Perls, que também contribuiu para o pensamento existencial.

Perls (1976, p.20) denomina a sua abordagem de existencial porque *"nós existimos como um todo e nos relacionamos com o mundo exterior como qualquer outro organismo da natureza"*.

Explica ele que a Gestalt Terapia se ocupa com a existência total da pessoa. Para ele, temos de sempre considerar o segmento do mundo em que vivemos como parte de nós mesmos.

O ponto central de sua abordagem é a tomada de consciência, reconhecendo que a fenomenologia é o passo básico para saber tudo o que é possível.

Perls (1979, p. 88) ainda diz que *"sem consciência nada há. Sem consciência há vazio"*. Acreditava que, através de uma orientação adequada, as pessoas podiam descobrir seu potencial para se realizarem como pessoas responsáveis e sempre em crescimento, ultrapassando o impasse que bloqueia todas as possibilidades.

Perls (1979, p. 31) apresenta que o significado para a vida *"é a consciência das suas próprias necessidades, dos seus próprios sentimentos de auto sustentação"*.

Ele propõe uma definição de saúde, dizendo que *"é o equilíbrio apropriado da coordenação de tudo aquilo que somos"* (1979, p. 20). Complementa dizendo que uma pessoa absolutamente sadia está inteiramente em contato consigo mesma e com a realidade. Assim, o agente terapêutico, o meio para o desenvolvimento, constitui-se na integração e na tomada de consciência.

Ressalte-se, ainda, sua posição sobre a ansiedade. Para Perls (1979), a palavra ansiedade tem sua conotação derivada da palavra latina “*angústia*”: passagem estreita. A ***“ansiedade é a tensão entre o agora e o depois” (1979, p.203).***

Explica ele que este lapso é um vazio geralmente preenchido com planos, previsões, expectativas, sendo o futuro, para a maioria das pessoas, um vazio estéril.

Esclarece ele que sempre que não estamos seguros de algum de nossos papéis, desenvolvemos ansiedade. Isso ocorre quando abandonamos a posição segura do estar em contato com o presente e saltamos para o futuro, perdendo o apoio para a nossa orientação. Essa situação passa a provocar uma transformação do excitação em emoções e o enfrentamento fica bloqueado.

No que se refere ao homem moderno, Perls (1979) afirma que o homem é vazio, um robô de plástico, um cadáver vivo que inventa um milhar de modos de ser autodestrutivo. Diz, ainda, que ele não tem centro, precisa de excitações e vive gastando a existência.

Carvalho *et al.*, (1990), estudando as afirmações de Perls, coloca que ***“o deprimido é incapaz de viver o presente, pois carrega consigo situações inacabadas do passado que absorvem a sua atenção, não tendo consciência nem energia para lidar com o presente”***.

A depressão pode transformar-se numa forma de existência frustrada, sendo necessário capacitar o sujeito para a compreensão de estrutura da sua existência, permitindo-lhe encontrar uma abertura para novas possibilidades, nunca excluindo a sua responsabilidade existencial.

A depressão, junto com o sentimento de culpa que pode ser a causa e o sintoma fundamental, provém de ataques reais ou fantasiados realizados pelo Eu contra os demais.

Perls (1979) diz que, por detrás de todo o sentimento de culpa, existe ressentimento. Explica ele que culpa e ressentimento são emoções que precisam ser liberadas para que o indivíduo seja considerado sadio.

Ao diferenciar “culpa” de “ressentimento”, diz que é preciso muito mais coragem para expressar o ressentimento do que a culpa. Ao expressar a culpa, apazigua o oponente; ao expressar ressentimento, desperta a hostilidade dele.

Maia (1990) refere-se à consciência da culpabilidade como uma afetividade experimentada por um Sujeito único, da ordem do coração (não é da ordem da razão), sentida mais pelo prejuízo feito ao outro do que pela transgressão à lei moral ou à obrigação, em que o mal não é a possibilidade, mas a realidade, quer dizer, o mal já cometido .

Para levar a termo a descrição da consciência da culpabilidade, utiliza-se a frase: “*Eu penso que fiz mal ao outro*”. É uma situação em que se fez sofrer um ao outro no passado e em que se continua a fazê-lo no presente .

Nessa frase “*Eu penso que fiz mal ao outro*”, há uma referência a um Sujeito e a consciência de culpabilidade .

Maia (1990, p. 91 e 92) apresenta uma análise pormenorizada da frase:

“Eu penso : refere-se a uma consciência, consciência de si;

Eu... a outro : remete para a análise da relação o entre o outro e eu, remete para a espacialidade ética ;

Fiz: representa a análise da consciência da temporalidade e do ato ético: fazer;

Fazer mal : é o estudo do mal já cometido; o estudo do valor ético;

Penso que lhe fiz mal: é a descrição da consciência da culpabilidade enquanto enclausuramento da consciência ou da repetição sem fim e sem saída da frase ”.

Dessa maneira, o Eu, autor do mal, encara o outro como vítima, porque, ao fazer o mal, interrompeu a relação, o que impede de manter uma atitude de diálogo. Na consciência de culpabilidade, é importante a compreensão da auto-acusação, efetuada no ato solitário de pensar e no modo como este circula, para algo que contribua para o reforço dessa auto-acusação, conduzindo ao enclausuramento da consciência. É preciso transformar a frase “*Eu penso que fiz mal*”, em um ato de pedir perdão, falando. E pedir perdão não é

justificar-se, porque é um ato irrecuperável, o resultado permanece e cabe ao outro perdoar ou não. O pedido de desculpa é o ato de repor a liberdade nas mãos do outro, e o perdão é uma doação do ofendido ao ofensor. Diante do proposto por Maia, espera-se que o Sujeito tome consciência de que não vive sozinho, de que a situação que ele sofre é produzida por seu ato, de que não é o ofendido, mas o ofensor, tornando possível a abertura da consciência ao outro.

Forghieri (1993) realiza, finalmente, um paralelo entre o ser doente e o ser saudável existencial, afirmando que, no decorrer da vida há pessoas que se sentem inseguras, ameaçadas, angustiadas e se esquivam dos riscos de sua vida sendo, existencialmente, enfermas. Por outro lado, há indivíduos que reconhecem as limitações de sua existência, vivenciam momentos de angústia, mas enfrentam riscos para resolver a situação, são, existencialmente, sadios.

Como vimos, foi notável a contribuição destes estudiosos fenomenólogos existenciais para o estudo do estresse existencial e da depressão. Procurando sintetizar seus pensamentos, concluímos este capítulo colocando que, para Husserl, experiência do mundo é um fenômeno de ser, e a realidade para ser compreendida exige uma reflexão para captar a sua vivência.

O pensamento de Heidegger é também fundado na experiência na qual a existência dá significado à essência e visualiza o homem como sendo inseguro e angustiado.

Para Merleau-Ponty, o mundo fenomenológico é uma soma de subjetividade e intersubjetividade, das experiências presentes, passadas e a do outro.

No entanto, Jaspers dá importância à vivência como uma expressão subjetiva da vida psíquica e que é preciso organizar o conhecimento para a apreensão do homem na sua totalidade.

Sartre mostra que a angústia é a experiência vivida em face da descoberta da liberdade.

Kierkegaard pensa que a vida é um problema a ser resolvido por causa do mal e do bem. Segundo a sua visão: do mal, surge a angústia; da angústia o desespero; e, do desespero a fé.

Para Forghieri, o homem atribui significado e sentido aos acontecimentos de sua vida, constituindo em uma experiência íntima que precisa ser desvendada.

Moraes mostra a importância do sentido de vida como sendo um aspecto determinante no desenvolvimento do estresse existencial.

Para May, o problema do homem está no vazio que ele sente, surgindo os sentimentos de desespero.

Para Frankl, o homem sente um vácuo existencial devido à tensão do mundo moderno super industrializado.

Finalmente, Perls enfatiza que, sem a consciência, ocorre um vazio. Como consequência desse estado, vem a ansiedade que produz um bloqueio das ações.

Como um fechamento ao capítulo, pensamos ser importante o posicionamento que Cardoso (1987, p.34) apresenta sobre a sua visão de homem, baseada na abordagem fenomenológica-existencial: um ser integral que se comporta com responsabilidade e criatividade.

“Pode-se ver o Homem, então, não como um ser fragmentado em sintomas, mas um ser totalizado, frente a uma problemática emocional que envolva depressão, auto-agressão, psicomatizações. Um ser que está constantemente em relação com o mundo, com as pessoas, com seus sentimentos, em relação constante consigo mesmo. Um ser sujeito de sua própria existência, isto é, responsável por todos os seus atos e sentimentos. Um ser criativo, sempre pronto a transformar-se, a crescer, a mudar. Um ser sempre em busca da verdade, mesmo que em alguns momentos, debata-se em confusões, divisões, contradições e ambivalências”.

2.1.3 .Conceitos da depressão na abordagem cognitivo-comportamental

Primeiramente, é importante esclarecer que a Terapia Comportamental e Terapia Cognitivo-Comportamental são consideradas sinônimas no presente trabalho e por outros autores que relatam a não diferença entre as duas terapias (Beck e Freeman, 1993; Rimm e Masters, 1983; Lazarus, 1980, Campos, 1995), ambas as terapias trabalham com a modificação de padrões de comportamentos mal adaptados, promovem um caráter empírico na investigação clínica de suas causas e se utilizam de técnicas comportamentais.

O termo Behaviorismo foi cunhado por John B. Watson em um artigo, em 1913, com o título “*Psicologia: como os behavioristas a vêem*”. O movimento behaviorista recebeu a contribuição dos experimentos de Pavlov (1927 e 1928), agora chamado de condicionamento respondente no entendimento dos distúrbios psicológicos. Os comportamentos respondentes envolvem os músculos lisos e glândulas e são regulados pelo sistema nervoso autônomo. O condicionamento respondente consiste em aumentar a probabilidade de que um determinado estímulo provoque uma resposta ao emparelhar esse estímulo com outro que já provoca essa resposta.

B. F. Skinner foi o responsável pelo avanço da Análise Experimental do Comportamento, contribuindo na formulação do condicionamento operante. Os comportamentos operantes envolvem a musculatura estriada e são governados pelo sistema nervoso central. O condicionamento operante consiste em um aumento na probabilidade de resposta ao ser seguida por um reforçador (Skinner, 1982).

Watson e Mary Cover Jones são considerados os fundadores da Terapia do Comportamento. O termo Terapia Comportamental foi introduzido, em 1953, por Skinner, Solomon, Lindsley e Richards. Coube a Lazarus, em 1958, introduzir, na literatura, o termo terapia comportamental. No entanto, é reconhecido como o marco inicial, o trabalho de Wolpe (1958) com o livro “*Psycoteraphy by Reciprocal Inhibition*” na aplicação dos princípios da aprendizagem aos comportamentos adaptativos.

As primeiras definições vinculavam a Terapia Comportamental aos princípios de aprendizagem como a definição apresentada por Wolpe (1969, p.9) “*o uso de princípios de aprendizagem experimentalmente estabelecidos com o objetivo de modificar o comportamento impróprio*”.

A definição de Franks e Wilson (1975), por ser mais abrangente e multidimensional, esclarece melhor os seus objetivos e suas aplicações:

“A terapia comportamental implica, na aplicação dos princípios derivados da investigação na psicologia experimental e social, para o alívio do sofrimento das pessoas e o progresso do funcionamento humano. A terapia comportamental enfatiza uma valorização sistemática da efetividade destas aplicações. A terapia comportamental implica na alteração ambiental e na interação social, mais que na alteração direta dos processos corporais por meio de procedimentos biológicos. O objetivo é, essencialmente, educativo. As técnicas facilitam um maior autocontrole. Na aplicação da terapia comportamental, normalmente se negocia um acordo contratual no qual se especificam procedimentos e objetivos mutuamente agradáveis. Aqueles que empregam os enfoques éticos amplamente aceitos (cit. in Caballo, 1996, p. 11,12).

Segundo Rimm e Masters (1983), os pressupostos teóricos que fundamentam a Terapia Comportamental são: tendência a concentrar-se no comportamento em si e não em uma causa subjacente; assume que os comportamentos mal adaptados são, em certo grau, adquiridos através do aprendizado, do mesmo modo que qualquer comportamento aprendido; assume que os princípios psicológicos, especialmente os de aprendizagem, podem ser extremamente eficazes na modificação do comportamento mal adaptado; envolve a determinação de objetivos claramente definidos; adapta o seu método de tratamento ao problema do cliente; concentra-se no “*aqui e agora*”, rejeitando a noção de que a obtenção do “*insight*” histórico seja de valor curativo. Segundo Rangé (1995 a), o processo de diagnóstico em Terapia Comportamental difere dos processos diagnósticos tradicionais, sendo subdivididos em cinco etapas: avaliação clínica, formulação e discussão, intervenção terapêutica e acompanhamento.

Para Rangé (1995 b), o comportamento abrange não só comportamentos manifestos, como operantes e respondentes, mas também cognições (pensamentos, respostas verbais, imagens, lembranças, interpretações, percepções, avaliações, etc.) e sentimentos ou emoções e seus correlatos fisiológicos.

Dessa maneira, segundo o autor, dentro da Terapia Comportamental, o comportamento será objeto de uma análise funcional das seguintes variáveis:

1. *Estímulos*: todas as situações que eliciam respostas;

2. *Organismo*: todas as variáveis (intervenientes, mediacionais), pessoais, motivacionais, predisposições genéticas, bioquímicas, endocrinológicas ou neurofísicas: valores morais e religiosos, crenças, regras, etc;

3. *Respostas*: toda resposta abrange três sistemas interligados que se constituem em : a)-*Cognitivo*: todos os pensamentos, imagens ou quaisquer outros processos cognitivos que uma pessoa apresenta em relação a uma situação estimuladora interna ou externa; b)-*Autonômico*: todas as reações corporais correspondente à experiência emocional; c)-*Comportamental propriamente dito*: todos os comportamentos operantes por meio dos quais uma pessoa atua e modifica o seu ambiente;

4. *Conseqüências*: qualquer ação é seguida por uma mudança no próprio organismo (cognitiva ou autonômicamente) e/ou no ambiente. Esta conseqüência tem influência sobre as cognições, as reações emocionais e os comportamentos futuros semelhantes.

Kerbaux (1997) afirma que a terapia comportamental trata os problemas como deficiências de aprendizagem, baseando-se em princípios das teorias da aprendizagem e procurando especificar relações funcionais entre os eventos. Esclarece ela ainda que se refere ao modelo sociopsicológico, tendo como objetivo alterar, diretamente, o comportamento de uma pessoa, através de uma avaliação do repertório comportamental.

A Terapia Comportamental tem se dedicado, nos últimos anos, e com sucesso, ao estudo da Depressão conduzido por diferentes teóricos comportamentais, desde os analistas comportamentais até os terapeutas cognitivo-comportamentais. A seguir, apresentamos as posições desses autores.

A utilização do termo “*depressão*” tem sido feita de diferentes maneiras. Segundo Lewinsohn (1974), pode se referir a um estado de humor, a um estado anormal de humor, a um sintoma, a uma síndrome sintomática, bem como ao processo de enfermidade, e, possivelmente, a uma série de processos.

Segundo Cardoso (1997), a depressão é, ainda na literatura, um assunto que exige buscas constantes de respostas: vírus da tristeza, tristeza constante, são sinônimos desta doença, síndrome e estado. A mesma autora observa que esse uso múltiplo do termo e a fluidez das definições favorecem à confusão.

Gongora (1982) chama a atenção para os diversos significados envolvendo conceitos de depressão, como: humor (seria um humor disfórico, rebaixado), sintoma (de uma doença, por exemplo, da esquizofrênia e de distúrbios orgânicos, portanto, variáveis dificultando uma concordância entre os autores), entidade nosológica (seria uma doença ou distúrbio subjacente, utilizado por profissionais de orientação psicodinâmica), comportamento (devem permitir a sua qualificação, observação e quantificação, sendo importantes as verbalizações que são eventos observáveis), síndrome (apresenta um grande número de comportamentos ou sintomas, como: alteração do humor, auto conceito negativo, desejos auto punitivos, mudanças vegetativas e no nível de atividade) e uma complexa interação entre sintomas ou comportamentos.

Skinner (1953) entende que, na depressão, ocorre um enfraquecimento geral do repertório comportamental do indivíduo.

Costello (1972) assume que a perda da eficiência do reforço produz desinteresse geral da pessoa depressiva pelo ambiente, repercutindo, fisiologicamente, na perda do apetite e sono.

Fester (1973) desenvolveu o conceito de depressão sob um enfoque baseado nos princípios de condicionamento operante, focalizando a frequência do comportamento como resultado de eventos ambientais. Na depressão, ocorreria uma frequência decrescente de comportamento reforçado e um aumento das atividades de fuga e esquiva, como reclamações, choro e irritabilidade. Ainda alteraria a latência da resposta ao executar determinada atividade, ocorrendo esta em um ritmo mais lento. Seria, ainda, deficiência no relacionamento social, uma tendência a culpar e criticar a si mesmo, bem como a outras pessoas.

Lewinsohn (1974) aponta que a baixa taxa de reforçamento positivo contingente à resposta determina os comportamentos depressivos, como fadiga, verbalização de culpa, isolamento social, reclamações somáticas. Concorda ele com Lazarus (1980) sobre o papel inicial do ganho secundário na manutenção do quadro depressivo através da simpatia, preocupação e atenção dos amigos e da família. Aos poucos, esse comportamento vai se tornando desagradável, provocando a diminuição da demanda social sobre a pessoa e reduzindo, substancialmente, a sua taxa de reforços positivos.

Lazarus (1980) comenta que a “*depressão*” seria um catálogo de respostas abertas que cobriria uma variedade de reações, tais como: menor ingestão de alimentos, retardamento psicomotor, insônia, padrão de sono irregular, choro freqüente, afirmações de abatimento, pessimismo e auto recusa, apatia geral, evitamento, concentração deficiente, queixas somáticas e, talvez, tentativas de suicídio.

O autor ainda argumenta que a depressão aparece como função de reforçadores inadequados ou insuficientes. Os reforçadores diminuíram e/ou perderam sua efetividade. Acima de tudo, as pessoas deprimidas parecem ter pouca esperança de reforçamentos positivos futuros. Torna-se importante o envolvimento em atividades agradáveis para quebrar a cadeia de comportamentos condutores de depressão. Este autor mostra uma diferença importante entre “ansiedade”, que seria como uma conseqüência de estímulos ameaçadores, e a “depressão”, como conseqüência de reforçadores insuficientes.

Shinohara (1995) diz que a maioria das pessoas está familiarizada com um ou mais sintomas associados à depressão e que cada indivíduo pode apresentar um conjunto distinto de sintomas.

Mais recentemente, Kohlenberg e Tsai (1994), como analistas do comportamento, iniciaram uma nova abordagem dentro da Terapia Comportamental denominada de Psicoterapia Funcional Analítica. Essa abordagem baseia-se na análise do comportamento verbal e trata da depressão focalizando a maximização dos benefícios terapêuticos na relação terapeuta-cliente que, quando intensas, produzem mudanças.

Assim, a relação terapeuta cliente é considerada o meio social capaz de evocar e mudar determinados aspectos do comportamento problema, os quais ocorrem durante a sessão e que são denominados de CCR (Comportamentos Clínicos Relevantes).

Ainda, com relação à Psicoterapia Funcional Analítica, Kerbauy (1995) cita que as modificações ocorridas com o cliente são o resultado de evocar, fornecer dicas, modelar e reforçar as mudanças do comportamento problema, o que é interpretado pelo terapeuta.

Os comportamentos emocionais, CRR de amor, ódio, medo, desapontamento, que acontecem em relacionamentos significativos, podem ser evocados pelo terapeuta durante a sessão, possibilitando uma indicação clara do contexto de vida do paciente, permitindo uma análise do comportamento.

A noção de similaridade funcional mostra a possibilidade que as cognições disfuncionais da vida diária de um paciente e padrões mal adaptados de comportamento, que são o foco do tratamento, podem ser mudados no contexto do relacionamento terapeuta-cliente e generalizados para a vida diária.

Dougher e Hackbert (1994) enfatizam que, para explicar o comportamento depressivo, é necessária uma análise funcional do comportamento em relação aos contextos específicos nos quais eles ocorrem.

Uma característica óbvia da pessoa deprimida é a perda de reforçamento social, particularmente importante na iniciação e na manutenção da depressão, apresentando um repertório social inadequado em habilidades sociais. Não somente apresentam dificuldades em promover e manter interações sociais, mas seu comportamento é visto como aversivo e evitado pelos outros.

Como consequência, apresenta uma redução na frequência do comportamento, podendo resultar em um processo de extinção lento e gradual, sendo difícil identificar a fonte de depressão. Em outras situações, os ambientes sociais podem não se apresentar responsivos, promovendo falhas nos repertórios sócio-verbais.

Em alguns casos de depressão, a alta taxa de comportamentos perturbadores, como reclamação, choro e irritabilidade, mais os comportamentos inadequados, como expressões faciais de infelicidade, postura do corpo, auto desvalorização, podem, por um período curto de tempo, reduzir a estimulação aversiva dos outros e ser reforçado com simpatia. A ruptura desse reforçamento passa a ser encarada como extremamente aversiva, exacerbando a depressão.

Observa-se que, quando a falta de reforçamento é generalizada ou persistente, resulta, freqüentemente, em respostas emocionais etiquetadas de infelicidade, frustração e raiva. Essas reações emocionais, associadas com a depressão, podem engendrar dificuldades em escalada crescente que podem explicar muitos dos sintomas depressivos, incluindo interrupções do sono, irritabilidade, dificuldade de concentração, dores de cabeça e tensão prolongada.

Outro ponto importante na análise funcional é a perda de interesse dos depressivos em atividades em que já foram gratificados, ocasionando falta de motivação e uma diminuição na habilidade de obter prazer na vida.

Dougher e Hackbert (1994) apresentam uma divisão simplista do mundo, em: depressivos e não depressivos. *Contingências não depressivas* são aquelas que operam quando o indivíduo não está deprimido e incluem as contingências sociais, ocupacionais, recreacionais e interpessoais que governam a vida diária e obtêm prazer nessas atividades.

Contingências depressivas são aquelas associadas com comportamento depressivo, tais como: chorar, reclamar, responsabilizar os outros, fazer autocritica, ter esquiva social, abusar de álcool ou de drogas, dormir excessivamente, comer demais, principalmente quando sozinhos, e a seletiva atenção para eventos negativos deles mesmos e de seus ambientes.

Esses autores apontam, entre clientes com depressão crônica, histórias de punições prolongadas e inescapáveis, tais como, as associadas com abuso de crianças (físico ou sexual) ou com pais altamente críticos.

Alguns terapeutas comportamentais, rotulados como apresentando uma orientação cognitivo-comportamental, muito têm contribuído para o desenvolvimento do estudo da depressão.

O modelo teórico e prático da Terapia Cognitivo-Comportamental foi fundado primeiro, por Albert Ellis em 1955, e, depois, consagrado pelos trabalhos específicos sobre depressão com Aaron Beck (1967 e 1976) e Martin Seligman (1977).

A Terapia Racional-Emotiva, fundada por Ellis, teve o seu nome alterado, pelo próprio fundador, para Terapia Racional-Emotiva-Comportamental (Campos, 1995), decorrente da utilização de técnicas comportamentais no seu processo terapêutico.

A Terapia Racional-Emotiva-Comportamental enfatiza que o ser humano possui quatro processos básicos - percepção, movimento, pensamento, emoção - todos interrelacionados, sendo, portanto, o comportamento um complexo sensório-motor-pensamento e emoção.

Para Ellis (1979), a emoção, como o pensamento e os processos sensórios motores, pode ser entendida como um estado excepcionalmente complexo da reação humana que é integralmente relacionada com todos os outros processos de percepção e resposta.

A terapia de Ellis baseia-se no pressuposto de que o pensamento e a emoção não são dois processos inteiramente diferentes e lança a hipótese de que, no homem, o único animal capaz de criar signos, símbolos e linguagem, tanto o pensar como o emocionar-se, tendem a assumir a forma de auto conversa ou sentenças internalizadas e que essas sentenças se dirigem, são ou se tornam os seus pensamentos e emoções.

Ellis ainda esclarece que as emoções humanas positivas, como sentimentos de amor ou ilação, estão muitas vezes associadas ou resultam de pensamentos ou sentenças internalizadas, e que as emoções humanas negativas, como os sentimentos de raiva ou depressão, igualmente se associam ou resultam de pensamentos ou sentenças que são afirmadas negativamente.

Por isso, para esta abordagem, a causa dos problemas humanos está nas idéias irracionais que levam o ser humano a um estado de desadaptação de seu meio ambiente (Gorayeb e Rangé, 1988).

A essência desta Terapia é vista no paradigma ABC que representa a base do funcionamento cognitivo do ser humano. A (a experiência ativante) se refere a algum evento externo real ao qual o indivíduo é exposto; B (de “belief”, significa crença) se refere à cadeia de pensamentos ou auto verbalizações que a pessoa elabora em resposta a A; C (as conseqüências) simboliza as emoções e comportamentos.

Para Ellis, os pensamentos irracionais têm conseqüências auto-frustrantes e auto-destrutivas, criam estragos psicológicos para si mesmo quando o indivíduo insiste que ele ou outras pessoas precisam ou devem se comportar segundo essas crenças.

Ellis (1979) identifica doze crenças irracionais que influenciam o comportamento e conduzem ao sofrimento emocional: a idéia de ser amado ou aprovado por todos; de que deveríamos ser absolutamente competentes, adequados, inteligentes e auto-realizadores em todos os aspectos possíveis; de que é terrível, horrível e catastrófico quando as coisas não são o que desejaríamos que elas fossem; de que é mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida e as próprias responsabilidades; de que algo deveria afetar indefinidamente nas nossas vidas porque uma vez afetou-a intensamente; de que certos atos são errados ou maus, ou infames e que as pessoas que cometem tais atos deveriam ser severamente castigada; de que muita infelicidade humana é causada externamente e somos forçados a aceitá-la por pessoas de fora ou por eventos; de que se alguma coisa é ou pode ser perigosa e atemorizante deveríamos nos preocupar terrivelmente com ela; de que necessitamos de algo ou diferente ou mais forte ou maior que nós mesmos para nos apoiarmos; de que é virtualmente importante para a nossa existência aquilo que as outras pessoas fazem, e que deveríamos despender grandes esforços para modificá-las na direção em que gostaríamos que fossem; de que a felicidade humana pode ser causada pela inércia e inatividade; de que não possuímos virtualmente nenhum controle sobre nossas emoções e que não podemos deixar de sentir certos sentimentos.

A Terapia Racional-Emotiva-Comportamental postula que o núcleo dos distúrbios psicológicos resulta das idéias acima discriminadas que são crenças irracionais e podem, às vezes, bloquear o caminho para atingir os objetivos e metas e caracterizar situações que venham a possibilitar um bem-estar do indivíduo e sua capacidade de vivenciar com maior qualidade à sua vida.

Durante o processo terapêutico, cabe ao terapeuta trabalhar com o pensamento atual ilógico ou suas verbalizações auto derrotistas: (a) ao trazê-los para a sua consciência ou atenção; (b) mostrando ao cliente como estão causando e mantendo sua perturbação e infelicidade; (c) demonstrando exatamente quais são os elos ilógicos nas suas sentenças internalizadas; e (d) ensinando-lhe como repensar e reverbalar estas idéias numa maneira mais lógica e racional.

Ainda, Ellis esclarece que a maioria destas idéias irracionais são advindas da influência dos pais do indivíduo durante a infância e, concordando com os freudianos, condicionam-se antes de adquirir pensamentos racionais, tomando uma posição segura e sólida. Também, são advindas da cultura e, particularmente, dos meios de comunicação de massas.

Campos (1995) nomeia as distorções cognitivas que levam a distúrbios psicológicos e que podem aparecer da seguinte forma: racionalização na busca de explicação sobre o nosso fracasso; pressa nas conclusões sobre os eventos; crenças na fortuna, como realização de objetivos e metas; enfoque apenas do lado negativo dos eventos; desqualificação do lado positivo quando este é contrário às nossas expectativas; atingir tudo ou não ter nada; minimização dos eventos contrários às nossas expectativas; ressonância emocional; redução e super generalização; personalização; consumo; e perfeccionismo.

Ao contrário, a saúde psicológica surge por meio do conhecimento que os seres humanos possuem sobre a variedade de desejos, vontades e preferências, mas sem as crenças assumirem uma posição rígida e inflexível. Quando o desejo não é atingido, as pessoas devem traçar formas alternativas para alcançar suas metas e elaborar novos objetivos. Assim, a saúde psicológica decorre de um pensamento empírico e o distúrbio psicológico de um pensamento absoluto e anti-científico.

Campos (1995) apresenta treze critérios fundamentais formulados por Ellis e Dryden (1987) para que ocorra a saúde mental: auto-interesse, interesse social, auto direção, alta tolerância à frustração, flexibilidade, aceitação da incerteza, procura de alternativas criativas para os problemas, pensamento científico, auto-aceitação, aceitação de fatores de risco, hedonismo, não-auto piedade, auto-responsabilidade para assumir o próprio distúrbio emocional.

O modelo cognitivo da depressão estabeleceu-se como uma das principais modalidades psicoterapêuticas, a partir dos trabalhos com depressão realizados por Beck (1967) e Beck e col. em 1979 (Beck *et al.*, 1982). A sua base lógica enfatiza que o afeto e o comportamento de um indivíduo são, largamente, determinados pelo modo como ele estrutura o mundo (Beck, 1967 e 1976).

Mirabel-Sarron (1993, p.212), ao comentar sobre a visão de Beck sobre o homem diz, que é um “produto de atividades mentais (representações, crenças, julgamentos, imaginação, conteúdos de pensamentos) que influenciam as respostas emocionais e comportamentais”.

A origem da Terapia Cognitiva, segundo Beck (1982), veio dos filósofos estoicistas que enfatizavam que as emoções humanas se baseavam em idéias. Por exemplo, Epicteto escreveu no Enchiridion : *“Os homens não são perturbados pelas coisas, mas pelas visões que têm delas”*.

São citadas, também, as contribuições da psicanálise, da fenomenologia, dos psicólogos do desenvolvimento (como Piaget), dos behavioristas (Lazarus), da aprendizagem social (Bandura) e da Psicoterapia Racional-Emotiva-Comportamental (Ellis).

A Terapia Cognitiva da Depressão é uma modalidade na qual há uma ênfase na interação de cinco elementos: ambiente (principalmente a história de desenvolvimento e cultura), biologia, afeto, comportamento e cognição.

A Terapia Cognitiva de Beck sobre depressão iniciou-se como tentativa de validar a teoria freudiana da depressão, mas, nas suas observações clínicas, detectou uma tendência negativa no processo cognitivo dos pacientes.

Kerbauy (1983), referindo-se ao trabalho de Beck com depressivos, postula que os mesmos sofreram com um fato que os sensibilizou no início de suas vidas ou viveram circunstâncias que os predispueram a uma reação exagerada a problemas.

Os pressupostos do modelo cognitivo, para Beck *et al.* (1982), são: a percepção e a experiência são processos ativos que compreendem tanto dados da inspeção como da introspecção; as cognições representam uma síntese dos estímulos internos e externos; a maneira como uma pessoa avalia uma situação geralmente se evidencia em suas cognições (pensamentos e imagens visuais); essas cognições constituem a “*corrente de consciência*” ou campo fenomenal da pessoa, que reflete a configuração que a pessoa tem de si mesmo, seu mundo, seu passado e seu futuro; alterações no conteúdo das estruturas subjacentes da pessoa influem em seu estado afetivo e seus padrões comportamentais; através da terapia psicológica um paciente pode tomar conhecimento de suas distorções cognitivas e a correção desses constructos disfuncionais falhos pode levar à melhora clínica.

Este 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, conforme as circunstâncias, são ativados, determinando o modo como uma pessoa responde ao meio. 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 a perguntas) ou envolver-se em atividades mentais (computação, resolução de problemas, lembranças).

Vários tipos de erros cognitivos podem ser encontrados em pessoas deprimidas provocando 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*: é quando se chega a uma regra ou conclusão geral baseando-se 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 são percebidos sob um prisma maior ou menor do que seria apropriado - os erros, medos e imperfeições são exagerados e os pontos positivos são minimizados; *desqualificação do positivo*: é a tendência em transformar experiências neutras ou positivas em negativas; *pensamento absolutista ou dicotômico*: quando coloca todas as experiências em uma das categorias opostas, bipolares, num completo sucesso ou fracasso total, na descrição de si mesmo.

Beck *et al.* (1982) distribuem os sintomas-alvo nas seguintes categorias: *sintomas 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* (passividade, afastamento de outras pessoas, atrasos e agitação); *fisiológicos e vegetativos* (distúrbios do sono e do apetite, com aumento ou diminuição) e *sexuais*.

Dattilio e Padesky (1995) argumentam que os indivíduos, freqüentemente, formulam regras ou critérios excessivamente rígidos e absolutos, derivados de esquemas ou padrões complexos de pensamentos, mantidos através da operação de erros característicos no processamento de informação.

Para André e Legéron (1993), os esquemas cognitivos tratam de um conjunto de regras rígidas que vão direcionar 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.

O modelo apresentado por Beck é simples, coerente e isola o núcleo depressivo, a tríade cognitiva que se exprime através das cognições. Para esse autor, o homem possui meios de compreender e de resolver, por ele mesmo, seus problemas psicológicos. A terapia consiste na identificação dos esquemas e dos processos de pensamentos inadequados.

Em nível cognitivo de mudança, Dattillio e Padesky (1995), esclarecem que o terapeuta trabalha em três níveis: com os *pensamentos automáticos* (são os mais acessíveis, estão situados na superfície e consistem em idéias, crenças, imagens que as pessoas têm a cada momento, específicos à situação); com as *suposições subjacentes* (são as regras que estão situadas em nível profundo, que ajudam a organizar as nossas percepções e 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 efetuar uma mudança neles.

Shinohara (1995) esclarece que todos os sentimentos (humor) são criados pelas cognições ou pensamentos. A cognição se refere ao modo como se olha e se interpretam os eventos. Quando a pessoa está deprimida, os pensamentos estão dominados por uma negatividade pervasiva, significando que percebe a si mesmo 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.

São necessários esclarecimentos a respeito dos transtornos de personalidade narcisista e obsessivo-compulsiva que, em geral, estão associados com estados depressivos. Para Beck e Freman (1993), a personalidade é vista como uma organização relativamente estável, composta por sistemas interrelacionados responsáveis pela recepção dos estímulos e por todo o processo que vai até a resposta comportamental.

No transtorno de personalidade narcisista há um padrão global de grandiosidade, necessidade de ser admirado, hipersensibilidade à avaliação dos outros e falta de empatia (capacidade de se colocar no lugar do outro). Os critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 1994) indicam, pelo menos, cinco dos seguintes para a classificação neste transtorno: sensação grandiosa de importância pessoal; preocupação com fantasias de sucesso ilimitado, poder, brilhantismo, beleza ou amor ideal; acredita que é especial e único e que só deveria se

relacionar com pessoas e instituições que estejam em seu nível; requer excessiva admiração; tem uma sensação de importância, ou seja, expectativa irracional de tratamento especialmente favorável e de satisfação automática das suas expectativas; é explorador em relacionamentos interpessoais e tira proveito de outros para atingir seus objetivos pessoais; falta de empatia e de motivação para reconhecer ou identificar os sentimentos e necessidades do outro; freqüentemente, sintam inveja de outras pessoas e acredita que elas também sente inveja dele; exhibe comportamentos e atitudes arrogantes. Este transtorno está presente em menos de 1% da população geral e 50% a 75% dos casos é composto por homens e associado a humor deprimido e depressão.

No transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, há um padrão global de preocupação com a ordem, perfeição, controle mental e emocional. Os critérios diagnósticos do DSM-IV indicam, pelo menos, quatro dos seguintes para a classificação neste transtorno: preocupação com detalhes, regras, listas, ordem, organização ou horários, a ponto de perder de vista o ponto principal da atividade; perfeccionismo, que interfere na conclusão de tarefas; excessiva devoção ao trabalho e à produtividade, esquecendo-se, totalmente, das atividades de lazer e das amizades; excessiva consciência, escrúpulos e inflexibilidade em assuntos relativos à moral, à ética e a valores; incapacidade de descartar objetos usados ou que não são mais úteis, mesmo quando não têm valor sentimental algum; relutância em delegar tarefas ou em trabalhar com os outros, a não ser que as pessoas façam tudo exatamente de seu jeito; atitude avarenta para si e para com os outros; o dinheiro é visto como algo a ser guardado para desgraças futuras; rigidez e teimosia. Este transtorno está presente em 1% da população geral, é diagnosticado duas vezes mais em homens do que em mulheres e são comuns as queixas de cefaléia, dores musculares, disfunções sexuais, ansiedade e depressão.

É importante esclarecer que tanto a Psicoterapia Racional-Emotiva-Comportamental de Ellis, quanto a Terapia Cognitiva de Beck são consideradas como métodos de Aprendizagem Cognitiva, que tentam modificar o pensamento de seus clientes (Rimm e Masters, 1983). Cabe, então, a estes a identificação dos pensamentos errôneos que ocorrem em situações específicas e são responsáveis pelos problemas emocionais (Kerbaui, 1983).

Segundo Kerbauy (1983), o objetivo da terapia para Ellis é levar o cliente a um padrão racional mais adaptativo, organizando e disciplinando o seu pensamento. Para que isso aconteça, combate energicamente os pensamentos irracionais, induzindo-o a experimentar novos comportamentos.

O objetivo da terapia de Beck, por seu lado, é desenvolver padrões de pensamentos mais adaptativos, para isso ensina a auto-observação para que o cliente passe a notar a relação entre seus pensamentos e emoções (Kerbauy, 1983; Rimm e Masters, 1983).

“*Desamparo Apreendido*” é outro método de aprendizagem cognitiva que Seligman (1977) e seus associados utilizam para explicar a depressão.

Para Ramos (1987), a depressão seria o resultado de experiências face a situações inevitáveis (separação, doença, perda de um objeto afetivo, etc.), conduzindo o indivíduo à uma percepção de não contingência. Os deprimidos têm a idéia de que toda a ação deles é voltada para o insucesso.

O termo “*desamparo*” (em inglês *helplessness*) refere-se tanto à falta de amparo externo, em que a pessoa não tem controle sobre o que ocorre, como também, e principalmente, à falta de amparo subjetivo, falta de recursos internos, de força para agir ou pensar (Seligman, 1977).

Segundo Seligman (1977), o desamparo é um estado psicológico que sucede frequentemente como resultado de eventos incontroláveis. Adverte que muitos tipos de perturbações comportamentais, cognitivas e emocionais são conseqüências da incontrolabilidade que dificulta a iniciação de respostas de um modo bastante generalizado. Sustenta ainda que, quando o indivíduo é exposto a eventos incontroláveis, aprende que responder é inútil, o medo cede lugar à depressão.

É importante observar que não é o trauma que tem efeitos indesejáveis, mas a inabilidade para controlá-lo, pois a pessoa visualiza a situação como sendo de impotência.

O mesmo autor observa que o rótulo “*depressão*” se aplica a indivíduos passivos, que acreditam que nada podem fazer para aliviar seu sofrimento, que se tornam deprimidos quando perdem uma fonte de satisfação, mas também se aplica a pacientes agitados que estão emitindo muitas respostas ativas e que se tornam deprimidos sem

nenhuma causa externa manifesta. Referindo-se ao desamparo aprendido, Seligman (1977) diz que este não precisa caracterizar toda a gama de depressões, mas apenas casos primordiais, em que o indivíduo é lento para dar início à resposta, acredita-se impotente e desesperado e encara seu futuro com pessimismo - situação que começou como reação à perda de controle sobre gratificações e sobre a minoração do sofrimento.

Seligman (1977) cita seis sintomas de desamparo adquirido em que cada um deles tem seu correspondente na depressão: dificuldade na iniciação de respostas voluntárias; tendência cognitiva negativa, resultando na dificuldade em aprender que respostas produzem conseqüências; redução da agressividade; perda de apetite, perda de peso, do interesse sexual e social; alterações fisiológicas; redução de respostas voluntárias, diminuindo a atividade da pessoa.

Em seus estudos sistemáticos da depressão, Seligman observou que, comportamentalmente, a incontabilidade tenderá a reduzir a iniciação de respostas para controlar a conseqüência; cognitivamente, levará à crença na ineficácia do responder e à dificuldade de aprender que responder pode ter êxito e, emocionalmente, quando a conseqüência for traumática, produzirá elevada ansiedade seguida de tensão.

De uma maneira geral, o desamparo prejudica a capacidade de aprender e os eventos entendidos como incontáveis prejudicam a motivação para dar respostas voluntárias que caracterizam outros eventos. Outra conseqüência, de caráter cognitivo, é que a pessoa que passou por uma situação de incontabilidade apresenta dificuldade em aprender que a sua resposta foi bem sucedida, pois a incontabilidade destrói a percepção de controle.

A dificuldade na iniciação de respostas voluntárias, que define o desamparo aprendido, está, universalmente, presente na depressão. Essa dificuldade gera passividade, retardo psico-motor, lentidão intelectual e apatia social; na depressão extrema, pode levar ao estupor.

Finalmente, como fechamento ao capítulo, observamos neste levantamento, dos trabalhos citados, que na literatura comportamental encontramos quatro posicionamentos gerais a respeito da depressão.

Primeiramente, vimos a depressão como uma função do reforçamento inadequado ou insuficiente. Neste contexto, a pessoa deprimida é vista como estando num programa de extinção prolongada porque alguns reforçadores significantes foram removidos ou retirados, enfraquecendo o seu repertório comportamental. Ainda, ocorreria uma deficiência em habilidades sociais em que o depressivo falharia em estabelecer reações positivas em suas interações sociais.

Em uma segunda posição, a depressão seria resultante da perda geral da eficácia dos reforços. Esta perda comandaria um afrouxamento de interesses em muitas facetas da vida de uma pessoa, como por exemplo, o desejo por comida, sexo, cuidar da aparência e outras atividades.

No terceiro posicionamento, aparecem os terapeutas cognitivo-comportamentais que reportam à depressão como sendo resultante da ativação de um processamento falho de informações, provocando uma visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro. Também pode aparecer na pessoa que se atém às crenças irracionais, como perfeccionismo e auto piedade.

O quarto posicionamento, ainda na esfera cognitiva, indica que a depressão seria explicada como decorrente de uma falta de esperança ou desamparo aprendido. Nesta situação, a pessoa deprimida adquire a crença de que não consegue controlar os eventos que reduzem o sofrimento ou que aumentam o prazer. Assume que não há uma relação entre seu comportamento e o reforço, conduzindo a um déficit nas áreas da motivação, da cognição, do afeto e da auto-estima.

Finalmente, acreditamos que as propostas diferenciadas dos modelos comportamentais, auxiliam na compreensão do estudo da depressão, constituindo um avanço em termos de terapias bem sucedidas com pacientes depressivos, portanto, passíveis de serem utilizadas no estudo de casos, por nós pesquisados.

2.2. ARTICULAÇÃO ENTRE PSICOPEDAGOGIA, TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E DEPRESSÃO

2.2.1. Psicopedagogia.

A Psicopedagogia é definida no Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (Ferreira, 1975, p. 1154) como sendo a “*aplicação da Psicologia Experimental à Pedagogia*”. Trata-se de pesquisar a realidade educacional por meio da Psicologia (Dicionário de Psicopedagogia e Psicologia Educacional, 1994).

A Psicopedagogia não é entendida como sendo uma nova ciência mas uma síntese simplificada de múltiplos conhecimentos baseada nos aspectos psicológicos, pedagógicos, médicos e sociais aplicados à totalidade bio-psicológico-social que constitui o ser humano (Lafon, 1969).

Na França, enfatiza-se o trabalho em equipe formada por psicólogos, pedagogos, assistentes sociais e médicos, objetivando atingir o caráter psico-pedagógico médico-social, apresentando um cruzamento de doutrinas e práticas no atendimento psicopedagógico. Segundo Lafon (1969), o objetivo final desse tipo de intervenção é a prevenção de anomalias de estrutura e de comportamento de indivíduos e de grupos, visando uma boa educação que assegure a saúde mental.

Cardoso (1999a), com base em sua experiência clínica, embasada no DSM-IV (APA,1995) e como professora em cursos de Mestrado em Educação, apresenta-nos uma contribuição inovadora dentro do campo psicopedagógico, denominada de “*avaliação multiaxial*”, que promove a aplicação do modelo bio-psico-social em contextos clínicos, educacionais e de pesquisa. A sua importância é que envolve uma avaliação em diversos eixos, cada qual relativo a um diferente domínio de informações capaz de ajudar o psicopedagogo a planejar o tratamento, prevenção e predizer o resultado. Podemos observar que a autora contempla, com este tipo de avaliação, cinco eixos principais de atuação que consistem em : condições atuais do indivíduo; verificação da presença ou não de outros problemas além dos psicopedagógicos; condições médicas gerais; problemas psicossociais e ambientais e avaliação global do funcionamento do indivíduo, que nos poderá auxiliar, quando formos olhar, mais de perto, os resultados desta Dissertação.

Como este modelo, segundo Cardoso (1999a), ainda complementa a visão da atuação da psicopedagogia, mostrando que esta trabalha sob dois enfoques, preventivo e terapêutico, objetivando no nível preventivo o ser humano em desenvolvimento enquanto educável e levando em conta a sua família e a comunidade que se dá em forma individual ou grupal, poderá o mesmo ser utilizado na área de saúde mental e da educação, que são as duas vertentes desta pesquisa. Em nível terapêutico, por outro lado, visando a identificação, a análise e elaboração de uma metodologia de diagnóstico e tratamento das dificuldades de aprendizagem, acrescentará condições de, ao olharmos o professor em seu trabalho acadêmico, vê-lo atuando, realmente, como pessoa-educador-sujeito de pesquisa e propor estratégias de levá-lo a uma melhor atitude em relação ao que realiza em seu cotidiano, não se estressando tanto e melhorando, também, a qualidade de vida pessoal.

Na sua formação histórica, a Psicopedagogia recebeu as contribuições da Psicanálise, da Psicologia Social, da Linguística, vinculadas ao campo teórico da Pedagogia e da Psicologia Geral, influências confirmadas por diferentes autores, mas possuindo um corpo teórico próprio (Bossa, 1994).

O trabalho psicopedagógico visa compreender a situação de aprendizagem do sujeito adequando-se à metodologia do trabalho conforme requer a situação.

O campo de atuação do psicopedagogo ocorre na Clínica, nas Instituições, de modo Assistencial e em nível Teórico. Na Clínica, procura promover a reelaboração do processo de aprendizagem do sujeito que apresenta dificuldades, devolvendo-lhe o prazer de aprender, exercendo um trabalho preventivo.

Bossa (1994) pontua que, historicamente, a Psicopedagogia nasceu para atender a patologia da aprendizagem, mas, atualmente, exerce um papel preventivo, acreditando que o fracasso escolar seja decorrente da inadequação da pedagogia institucional e familiar. Nas Instituições, sejam elas familiar, escolar, educacional, sanitária, etc., deverá exercer uma função social de transmitir e construir o conhecimento. No nível teórico, busca a aplicação controlada de diversas teorias clínicas ao campo psicopedagógico para contribuir na construção de uma teoria específica.

No diagnóstico psicopedagógico, na situação Clínica, observa-se a modalidade de aprendizagem utilizada, investigando-se as variáveis que justificam o aparecimento do sintoma, através da compreensão dos aspectos cognitivos, afetivos, orgânicos, pedagógicos, sócio-culturais. Utiliza-se, também, da integração de outras especialidades: neurológicas, escolares, fonoaudiológicas, psicológicas, etc.

A situação Institucional objetiva identificar os obstáculos do desenvolvimento do processo de aprendizagem através de técnicas específicas de análise institucional e pedagógica.

O tratamento poderá ser em modalidade individual ou grupal, constituindo-se de orientação familiar, educacional, institucional e da saúde mental, como a minha proposta de estudo. Enfatiza o processo de Investigação clínica através do uso de métodos, como: formulação de hipóteses, seleção de amostras, tratamento estatístico, processamento clínico de entrevista e supervisão de casos clínicos. No nível Institucional, procura utilizar-se de diferentes metodologias, como: sócio-pedagógica, estatístico-analítica e, no nível teórico, usa diferentes abordagens.

Segundo Bossa (1994), o pedagogo deve reconhecer a sua própria subjetividade na relação e entender como se constitui o sujeito, como este se transforma em suas diversas etapas de vida, quais os recursos do conhecimento que utiliza para aprender.

Um consenso geral entre os psicopedagogos é quanto ao seu objeto de estudo, que deve ser o processo ensino-aprendizagem. Para Paín (1992), este é um ato de amor, porque gera um ser parecido conosco, não no sentido de identidade, mas no da identificação com ele.

Para que ela ocorra, é importante que o professor não aprisione a inteligência de seus alunos, não torne a sua criatividade encapsulada, provocando conseqüências prejudiciais à aprendizagem, conforme aponta Fernández (1991).

Na tentativa de fazer uma articulação entre a Psicopedagogia e a Terapia Comportamental, podemos dizer que ambas se preocupam com a aprendizagem. A Psicopedagogia visa entender a deficiência de aprendizagem e como se processa o fracasso escolar. A Terapia Comportamental trata os problemas humanos como deficiências de

aprendizagem o que permite a reaprendizagem (Kerbaux, 1997). Uma gama de técnicas comportamentais poderá ser utilizada na Psicopedagogia para prevenir, amenizar ou extinguir o fracasso escolar.

A Psicopedagogia encontra-se muito orientada e direcionada pelos princípios psicanalíticos, ainda que preocupada em formar um campo teórico próprio. Em decorrência disso, necessita de uma abertura maior para receber a contribuição de outras abordagens, como é o caso da Terapia Comportamental, como propomos no presente trabalho.

O papel do professor se desenvolveu em diferentes épocas, passando por transformações que podem conduzir ao sofrimento emocional.

A Revolução Industrial trouxe com ela o emprego de técnicas modernas, conhecimentos científicos adequados. Com a divisão do trabalho, ampliou-se o número de profissões especializadas, determinando modificações específicas na função e formação do professor. As idéias, anteriormente de cunho humanistas, passaram a exigir uma formação mais condizente com as novas necessidades da sociedade industrial, com acentuada valorização técnica.

Para Brandão (1989), atualmente o educador é uma espécie de agente social que na realidade de seu trabalho se encontra, constantemente, em perigo de morte social ou de perda da identidade social e que, por não se deixar dividir nem vender, torna-se um dos alvos das estratégias políticas e científicas de manipulação do ensino, em nome de uma discutível modernização da escola.

Já Skinner (1991) esclarece que a palavra “*escola*” que provém do grego, antigamente significava “*o que se fazia durante o lazer, isto é, conversar*”. Depois passou a designar “*o lugar onde se conversava*” e, finalmente, a conversa passou a ser formal, indicando “*o lugar para se conversar*”.

A escola é local de partilhar o conhecimento, cabendo a ela exercer a sua função de socializá-lo, promover o desenvolvimento cognitivo, a conservação e a transmissão de valores sociais.

O professor torna-se o modelo para o seu aluno ao transmitir conhecimentos especializados, valores, normas maneiras de pensar e padrões de comportamento que contribuem para a preservação da vida social.

No exercício profissional, sofre pressões quando apresenta algo inovador, enfrentando a reação crítica dos colegas, da equipe técnica e da própria comunidade que se torna temerosa frente ao novo e desconhecido .

Para que o conhecimento seja transmitido, ocorrendo a aprendizagem é antes necessário que certas qualidades também apareçam no relacionamento professor e alunos. Por isso, Fernández (1994) estabelece que é necessário que o professor possa ensinar com prazer para que o seu aluno também possa aprender com prazer, para acabar com a violência encoberta e aberta, do mundo.

Se em sua atividade docente, o ensinante não sente prazer em ensinar, essas significações são processos que vão repercutir nos estilos de pensamentos, afetos, comportamentos do professor, podendo desencadear sintomas depressivos ativados pelo modo como interpreta a sua vida profissional.

Em decorrência do posicionamento do professor, Fernández (1994) apresenta um modelo de interpretação psicopedagógica relativo ao vínculo estabelecido entre ensinante e aprendente que pode se constituir em: *perverso* (ao exhibir-se, inibe o conhecimento do aprendente); *neurótico* (esconde e oculta o conhecimento); *psicótico* (anula a capacidade pensante do aprendente); *sadio* (mostra o conhecimento, possibilitando ao aprendente apropriar-se do mesmo).

Sidman (1995) analisa a desistência da escola por parte de alunos e professores decorrente da coerção empregada no sistema educacional. Diz que, embora muitas comunidades não deixem mais os professores usarem punição corporal, a coerção é ainda a principal ferramenta pedagógica. Critica o professor que expõe os alunos lentos ao ridículo; revele suas inadequações para eles mesmos e para os outros, chamando-os em testes orais; devolve os trabalhos cheios de comentários escritos com destaque e com notas baixas para que outros alunos vejam à medida que passa os trabalhos da frente para trás; fala com eles

rispidamente, ou com paciente exasperação; enfatiza suas notas baixas, escrevendo-as no boletim com tinta vermelha; senta-os no fundo da sala; usa-os como exemplo do que acontece com alunos fracassados. Enfatiza que, embora a filosofia da educação atualmente ensinada em nossos cursos de pedagogia seja anticoercitiva, o treinamento prático não usa o que é sabido sobre o ensinar não-coercitivo, não se mostra a eles como usar alternativas efetivas, assim as práticas tradicionais persistem.

O autor mostra que a coerção também está provocando a saída dos professores do sistema educacional em função do salário em níveis relativamente baixos, a dificuldade do trabalho, as horas extras para a preparação, correção de trabalhos e atendimento de alunos e pais.

A Psicopedagogia, também, deve ter uma preocupação com a saúde mental do professor e do aluno devido às situações aversivas que ambos possam enfrentar no ambiente educacional. A expressão “*saúde mental*”, embora possa ter significados diferentes para diferentes pessoas, a auto-estima e a capacidade de estabelecer relações afetivas com as outras pessoas são componentes importantes e aceitos de um modo geral.

O Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (1991) fornece as seguintes informações em relação à saúde mental: pessoas mentalmente saudáveis compreendem que não são perfeitas nem podem ser tudo para todos. Elas vivenciam uma vasta gama de emoções, incluindo tristeza, raiva e frustração, assim como alegria, amor e satisfação. Enquanto, caracteristicamente, são capazes de enfrentar os desafios e as mudanças da vida cotidiana, sabem procurar ajuda quando têm dificuldade em lidar com traumas e transições importantes: perda de pessoas queridas, dificuldades conjugais, problemas escolares e profissionais ou perspectiva da aposentadoria.

Uma contribuição importante aparece na definição de Saúde Mental apresentada pela Organização Mundial de Saúde como “*um estado completo de bem-estar físico, mental e social*” (1984, cit. in Guimarães, 1992) e não somente como a ausência de doença e validez. Esta definição é abrangente envolvendo aspectos físicos, mentais e sociais, contemplando o ser humano de forma integral.

Outra visão esclarecedora é sinalizada por Guimarães (1992) quanto ao termo Saúde Mental que apresenta um duplo significado: designa o objetivo a ser alcançado e as ações encaminhadas para chegar a este objetivo. Comenta, também, que os fatores psicológicos afetam a saúde física, gerando uma patologia denominada psicossomática e que as alterações físicas do organismo provocam alterações mentais diversas e conclui enfatizando que a saúde física e mental podem ser condicionadas ou desencadeadas por circunstâncias sócio-culturais que cercam o indivíduo. Como vimos, a autora relata o comprometimento físico e mental advindo de situações sociais adversas que põe em risco a saúde mental do indivíduo.

Torna-se importante pensar na Saúde Mental no contexto acadêmico. A qualidade da influência da escola na saúde mental é determinada, em grande parte, pelas características pessoais de seus professores, pois tanto o professor pode receber influências negativas do ambiente acadêmico, como também pode ser o desencadeador de comportamentos disfuncionais em seus alunos. Mannoni (1981) coloca que “*a escola, depois da família, converteu-se hoje no lugar escolhido para fabricar neuroses*”. Dolto (1981) pontua que, na sua prática diária, constata os efeitos neurotizantes da vida escolar sobre crianças que tiveram uma estrutura familiar sadia.

Lindgren (1965) alerta para a necessidade de desenvolvimento de programas preventivos de saúde mental, na escola, para evitar a delinquência, crime, lares desfeitos, desajustamento emocional, alcoolismo. Aponta a família e a escola como as instituições que mais sofrem a influência do que é feito com os programas preventivos e que o professor, depois dos pais, representa o papel mais importante nesta prevenção. Conclui dizendo que a escola, família e a comunidade têm funções e responsabilidades que não podem evitar em relação à saúde mental.

Hoirisch *et al.* (1993) ao comentarem sobre o papel preventivo da saúde mental nos alertam para as seguintes situações: impedir que alunos capazes interrompam seus cursos em razão de problemas pessoais ou outros intervenientes em seus processos de aprendizagem e produção acadêmica; minimizar o fracasso escolar em consequência de alto grau de ansiedade e tensão; atenuar ou evitar crises emocionais e/ou eclosão de doenças mentais; facilitar a identificação de mecanismos pessoais que conduzam ao fracasso escolar; agilizar processos de aprendizagem e pleno uso das próprias capacidades.

Guzzo (1995) comenta que a escola tem sido considerada um espaço privilegiado para o desenvolvimento de programa de prevenção. Em primeiro lugar, porque crianças e jovens são os principais alvos das intervenções preventivas, e, em segundo lugar, porque, na escola eles estão concentrados durante uma importante parte do tempo de suas vidas.

Mosquera (1983) sustenta que para o professor desempenhar adequadamente as suas funções, deve possuir uma série de habilidades e conhecimentos específicos, como: comunicação adequada, conhecimento de sua área de ensino, bom nível afetivo e social, disposição para as tarefas, objetivos e metas realizáveis, estratégias novas e renovadoras, entre outras.

Em decorrência dessa situação, o professor que mantém, com seu aluno uma relação de pessoa para pessoa, com calor humano, é receptivo, empático, segundo Rogers, um teórico da abordagem humanista (1973), promove um clima que facilita a aprendizagem e que podemos dizer, previne a saúde mental.

Ao contrário, se o seu comportamento for disfuncional, poderá produzir ansiedade, o que acaba por determinar comportamentos de esquivas por parte de seus alunos ou, conforme diz Fernández (1994, p.61), *“a verdade nunca adoece, o que adoece, tanto no ensinante como no aprendente é a existência de conhecimentos escondidos, desmentidos, secretos e não ditos”*.

Rogers (1973) destacou ainda, as qualidades que o professor deve apresentar para facilitar a aprendizagem, entre elas: a autenticidade, que significa um encontro pessoal e direto com o seu aluno, sem ostentar certa aparência ou fachada; sentir apreço por seus alunos, em relação a seus sentimentos, suas opiniões, sua pessoa, um interesse sem ser possessivo; aceitação do outro indivíduo como pessoa separada cujo valor próprio é um direito seu; e, finalmente, uma confiança básica de que a outra pessoa é merecedora de crédito.

Como vimos, as características pessoais do professor direcionadas para um comportamento caloroso com seus alunos, indicam habilidades interpessoais que favorecem um relacionamento construtivo e harmonioso.

A partir deste momento, abordaremos um assunto importante na relação do professor com o seu trabalho. Trata-se de dois posicionamentos de destaque que aparecem na literatura: a Psicodinâmica do Trabalho e o Estresse Ocupacional (com ênfase no "Burnout"). Partindo de concepções teóricas e metodológicas distintas, sobressaem os estudos das dinâmicas do trabalho e do seu impacto sobre a saúde do trabalhador, no nosso caso, o professor universitário.

De grande relevância são os estudos desenvolvidos por Dejours (1992), analisando os processos psíquicos envolvidos na relação saúde-doença, confrontados pelo sujeito na realidade de seu trabalho. Na tentativa de ampliar o conhecimento da relação Saúde Mental e Trabalho, Dejours, Jayet e Abdoucheli (1994) colocam a possibilidade da análise dinâmica dos processos psíquicos decorrentes do confronto do trabalhador com a realidade da sua vida laboral.

Em sua abordagem, a organização do trabalho é considerada como o elemento fundamental da análise dos impactos laborais sobre o funcionamento psíquico do trabalhador.

O autor esclareceu a dificuldade em se falar no afrontamento do homem com seu trabalho, que põe em perigo a vida mental. Diz ele que este assunto é perigoso por causa das paixões que ele desencadeia, tanto nos trabalhadores quanto nos dirigentes e especialistas suscitando, decorrente desta situação, a crítica social e escolhas políticas.

Coloca ele que a luta pela saúde do corpo conduz à denúncia das condições laborais e que o sofrimento mental é resultado da organização do trabalho. Por condição de trabalho é entendido o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude, etc.), o ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, as condições de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho.

A organização de trabalho designa a sua divisão, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidades, etc.

A psicopatologia do trabalho visa elucidar o trajeto que vai do comportamento livre ao comportamento estereotipado. Por comportamento livre, entende-se um padrão comportamental que contém uma tentativa de transformar a realidade circundante conforme os desejos próprios do sujeito, isto é, uma orientação na direção do prazer. O sofrimento torna-se empobrecedor, significando a anulação dos comportamentos livres, dos quais Dejours diz da dificuldade em localizá-los em função do desconhecimento por parte dos operários, ocupados com seus esforços para garantir a produção.

A ideologia defensiva consiste de um certo tipo de defesa decorrente de situações de trabalho principalmente em relação à doença e ao afastamento do corpo do trabalho e, conseqüentemente, à miséria, à subalimentação e à morte. Alerta ele que se essa ideologia fracassar, provocará ansiedade, que poderá repercutir em alcoolismo, atos de violência anti-social e em loucura com todas as formas de descompensação psicóticas e depressivas (Dejours, 1992).

Para Dejours (1992), a organização temporal do trabalho, a escolha de técnicas operatórias, os instrumentos e os materiais empregados permitem ao trabalhador, dentro de certos limites, adaptar o trabalho às suas aspirações e às suas competências. Em termos de economia psíquica, esta adaptação espontânea do trabalho ao homem corresponde à procura, à descoberta, ao emprego e à experimentação de um compromisso entre os desejos e a realidade. Em tais condições, segundo o autor, percebemos um movimento consciente contra a insatisfação ou contra a indignidade, a inutilidade, a desqualificação, a depressão. Por outro lado, num trabalho rigidamente organizado, nenhuma adaptação do trabalho à personalidade é possível. As frustrações resultantes de um conteúdo significativo inadequado às potencialidades e às necessidades da personalidade podem ser uma fonte de grandes esforços de adaptação.

O sofrimento começa quando a relação "homem organização do trabalho" está bloqueada e quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psico-afetivas, de aprendizagem e de adaptação.

Dejours (1992) chegou à conclusão de que cada categoria profissional, no seu processo histórico de formação, vai formulando estratégias específicas para proteger os seus praticantes contra o sofrimento do trabalho. Explica ele que essa parece ser uma defesa universal comum às mais variadas categorias, quer sejam socialmente consideradas carentes de qualificação, quer ocupem um patamar altamente qualificado, como é o caso do trabalho do professor.

Partindo dos conceitos de homem, tecnologia e trabalho, apresenta uma crítica ao paradigma de várias ciências, como medicina, psiquiatria, psicanálise com estudos e pesquisas de problemas referentes à organização de trabalho, visando a sua transformação.

O mesmo autor adverte que, embora a insatisfação apareça, implicitamente, em numerosos trabalhos, foi na verdade bem pouco estudada. Diz ele que, é do contato forçado com uma tarefa desinteressante que nasce uma imagem de indignidade. A falta de significação, a frustração narcísica, a inutilidade dos gestos formam, ciclo por ciclo, uma imagem narcísica pálida, feia e miserável (Dejours, 1997).

Discrimina, ainda, o autor que o sentimento de inutilidade remete à falta de qualificação e de finalidade do trabalho e sua tarefa pode não ter significação humana. Ela pode não significar nada para a família, os amigos, grupo social e nem para o quadro de um ideal social, altruísta, humanista ou político. Correlativamente, elevam-se queixas sobre a desqualificação da imagem de si que repercute do trabalho, fazendo com que a vivência depressiva condense, de alguma maneira, os sentimentos de indignidade, inutilidade de desqualificação, ampliando-os (Dejours, 1997).

Comenta, ainda, o autor que a organização do trabalho, concebida por um serviço especializado da empresa, estranho aos trabalhadores, choca-se, frontalmente, com a vida mental e, mais precisamente, com a esfera das aspirações, das motivações e dos desejos. Apresenta uma relação entre o conteúdo ergonômico do trabalho e da estrutura da personalidade em três componentes principais, que são as exigências de ordem *física e psicomotora*; de ordem *psicossensorial* e de ordem *intelectual*.

Salienta o autor o ponto de impacto do sofrimento, proveniente da inadequação do conteúdo ergonômico da tarefa às aptidões e às necessidades do trabalhador é, primeiro, o corpo e não o aparelho mental. A síndrome confusional isolada artificialmente nesta observação mostrava a existência de uma etapa no processo de desorganização psicossomática.

Como podemos perceber, o estudo de Dejours torna-se extremamente importante ao focar a psicopatologia do trabalho, contemplando duas vertentes: um cuidado especial ao trabalhador e a organização do trabalho. Assim, o posicionamento de Dejours fornece subsídios para se entender a organização do trabalho, quando estruturada adequadamente, constitui um elemento primordial no desenvolvimento da saúde mental do trabalhador. Caso haja falha neste processo o corpo do trabalho fica sujeito a desenvolver as doenças psicossomáticas.

Ferraz (1998) esclarece que Dejours utiliza-se de um referencial genuinamente psicanalítico para a compreensão do trabalhador enquanto homem, integrado a uma abordagem marxista da organização do trabalho, isto é, fala tanto em alienação como em repressão do funcionamento psíquico.

Outros autores também fazem referência ao trabalho como causador de danos ou agravo à saúde devido a organização do trabalho. Entre eles podemos destacar Mendes (1995, p.35), que define a Patologia Trabalho como sendo: ***"o estudo (logos) do sofrimento, dano ou agravo (pathos) à saúde, causado, desencadeado, agravado pelo trabalho ou com ele relacionado"***.

Vézina *et al.* (1992) advertem que numerosas situações de trabalho alteram o bem-estar e a saúde do trabalhador decorrentes da organização e do ambiente de trabalho.

Cifuentes e Ibieta (1997) definem operacionalmente enfermidade mental laboral como, sendo agravada pelo exercício do trabalho ou causada diretamente pelo trabalho, atribuindo ao laboral a responsabilidade da etiologia ou agravamento das enfermidades mentais.

Sato (1998) aborda que o sofrimento, o incômodo e os esforços sentidos como demasiados no trabalho ultrapassam o limite subjetivo, explicando, então, os problemas de saúde mental e psicossomáticos. Explica a autora que o problema ocorre em contextos em que o trabalhador não tem controle.

Faria (1998) pontua que as condições e organizações do trabalho moderno podem ser, direta ou indiretamente, desencadeantes, coadjuvantes e/ou determinantes de muitas síndromes neuróticas.

De maneira semelhante, Arantes (1998) salienta sobre as novas possibilidades de compreender o trabalho como fonte de vida e, também, de adoecimento psicossomático e social.

Silva Filho (1996) comenta que, modernamente, os campos sociais contemplam o trabalho regular à ausência completa de trabalho e de inserção plena em sólidas redes sócio-familiares ao isolamento social.

Ratner (1995) sustenta a relação causal entre desemprego e distúrbios psicológicos, podendo expressar-se por vários sintomas, tais como: depressão, violência, delírios e vícios em álcool e drogas.

Segundo Vidal (1997), torna-se importante o uso da estratégia “situação de evocação”, proporcionando a pessoa poder falar de seu trabalho tanto em relação ao prazer quanto ao sofrimento. Este tipo de abordagem possibilita criar novas perspectivas quanto ao seu cotidiano produtivo. Principalmente em relação ao sofrimento, percebe-se a dificuldade que encontra o trabalhador em verbalizá-lo de forma direta sem usar de mecanismos que mascaram esses sentimentos.

Borges (1997) esclarece que muitos médicos-peritos preferem se apoiar na concepção de que o trabalhador está simulando uma doença do que visitar os ambientes de trabalho para avaliar as condições ambientais que estão produzindo um sofrimento psico-emocional. Tenório (1997) complementa, dizendo que, é subestimado as estatísticas oficiais sobre a doença profissional, sobretudo às ligadas a doença mental do trabalhador.

Franco, Gonçalves e Padovani (1992) investigaram a saúde dos professores de Educação Física e concluíram o agravo das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo.

Neves (1996) comenta que vários estudos desenvolvidos no Canadá, Argentina e Espanha apontam um mal-estar significativo entre os professores de 1º e 2º graus, que se manifesta por uma desmotivação e abatimentos.

Seligmann Silva (1994) destaca, no estudo sobre Saúde Mental e Trabalho, o papel da subjetividade evidenciada pela perda de capacidade laborativa, que pode manifestar-se de forma imperceptível ou com quadros psiquiátricos desencadeados por condições de trabalho, insatisfatória.

A citada autora também discrimina algumas situações que conduzem o trabalhador ao sofrimento e que são bastante freqüentes: incidentes ou acidentes de trabalho; falhas de desempenho; faltas ao trabalho; conflitos interpessoais no trabalho; acidentes de trajeto; conflitos familiares e envolvimento em outros conflitos extratrabalho.

Seligmann Silva (1990) esclarece que há uma dinâmica vinculando o espaço do trabalho com o cotidiano familiar, na qual as tensões, fadigas e decepções seguirão em vias de mão dupla. A autora ainda esclarece dois pontos importantes que poderão afetar o trabalhador: que determinados aspectos de uma subcultura ocupacional são levados para o relacionamento intrafamiliar e os sentimentos mobilizados por atividades que implicam convívio com situações de sofrimento humano intenso.

Comenta, ainda, a autora três pontos de referência para caracterizar as síndromes neuróticas: a fadiga, o carácter reativo pós-traumático e a identificação de um componente articulado na síndrome que pode ser a depressão ou aspecto paranóide (Seligmann Silva, 1994).

Vimos, através dos autores citados acima, que o sofrimento decorrente da situação do trabalho está atingindo a saúde mental do trabalhador e do professor de diferentes níveis de ensino, desenvolvendo quadros de doenças psicossomáticas. Estes autores, de diferentes correntes teóricas, alertam sobre o sofrimento psíquico do trabalhador.

Isto demonstra a necessidade de intervenção da Terapia Comportamental e da Psicopedagogia na melhoria das condições aversivas dos ambientes universitários e, particularmente, na prevenção da depressão.

Figuerola e Cuellar (1995) citam seis tipos de clima organizacional, descritos a seguir, encontrados em instituições educacionais que contemplam ambiente satisfatório ou prejudicial à saúde mental do professor:

- o *clima aberto* implica em que o diretor do estabelecimento apóia, motiva e estimula a participação dos professores;
- o *clima autônomo* implica que o diretor promove a liberdade e autonomia dos professores, mostra-se flexível, estabelecendo normas ou regras para facilitar a tarefa, com tendência a facilitar as necessidades sociais, estimulando, com sua própria dedicação, a tarefa. O ânimo dos professores não é tão alto como num clima aberto;
- o *clima controlado* implica em pressões por parte do diretor para a satisfação das necessidades sociais, o estabelecimento dos objetivos, deixando pouco espaço para a participação e exigindo o cumprimento de suas disposições;
- o *clima familiar* implica em um alto nível de satisfação das necessidades sociais, com pouco ou nenhum controle e crítica sobre as atividades, o que levará a uma despreocupação por um rendimento alto;
- o *clima paternal* implica em um diretor que quer saber tudo, intrometendo-se e controlando todos os subordinados. Mostrará consideração para com os professores, com um tom paternalista, sem que signifique um interesse verdadeiro por satisfazer as necessidades sociais dos demais, mas as suas próprias;
- o *clima fechado* implica numa direção ineficaz das tarefas, sem criatividade, mostrando arbitrariedade em relação às normas, com alto componente de reserva e impessoalidade nas relações.

Pensamos que a organização do trabalho, dentro do ambiente acadêmico, também poderá afetar o desempenho e a saúde mental do professor, conforme pontua Dejours ao abordar os desarranjos provocados por situações de trabalho que causam sofrimento psíquico. Com relação ao ambiente acadêmico, podemos perceber que, quando o clima organizacional opera num ambiente com frustração e falta de criatividade, o professor sofre o impacto dessa situação no aspecto cognitivo, emocional e comportamental que poderá gerar sentimentos de impotência relacionado ao seu trabalho docente.

Outro assunto importante que poderá comprometer a saúde física e mental do professor é o estresse.

Na CID-10 (OMS, 1993), o estresse é visto como uma reação a um evento de vida excepcionalmente "estressante", produzindo uma reação aguda ou uma mudança de vida significativa, levando a circunstâncias desagradáveis continuadas que resultam em um transtorno de ajustamento.

O estresse é definido por Lipp (1996, p. 20) como:

“uma reação do organismo, com componentes físicos, e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz”.

A definição apresentada pela autora se restringe a abordar o estresse como uma resposta fisiológica e psicológica do organismo a uma situação cuja interpretação fica sendo aversiva.

Lipp e Malagris (1995) esclarecem que a resposta ao estresse pode ser entendida como sendo um processo, pois no momento em que ela se inicia, uma longa alteração bioquímica se instala de modo semelhante em todas as pessoas, com aparecimento de taquicardia, sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e sensação de estar em alerta. Somente quando o processo está mais adiantado é que as diferenças se manifestam de acordo com a herança genética combinada com pontos de enfraquecimento desenvolvidos no decorrer da vida.

As situações que geram o estresse são chamadas de estressores e o que desencadeia uma resposta é o estresse. Se a situação é negativa, desencadeia uma resposta adaptativa inadequada, podendo, inclusive, gerar doença, que é o estresse negativo, chamado de distress. Se a pessoa reage bem à demanda com o esforço de adaptação, gerando bem-estar, a resposta é um estresse positivo, denominado de eustress (França e Rodrigues, 1997).

Achamos importante esclarecer que, ainda que os estímulos estressores sejam considerados negativos, as diferenças de respostas dependem da interpretação da situação, tornando-se diferenciada de pessoa para pessoa, conforme as suas histórias de vida.

Os eventos estressores podem ser classificados como *externos e internos*. Os primeiros são constituídos de eventos que ocorrem no mundo externo das pessoas, como acidentes, morte, brigas, dificuldade financeira, nascimentos de filhos, etc. Os segundos são os internos, entendidos com a cognição do indivíduo, seu nível de assertividade, seus valores, características pessoais, crenças irracionais (Ellis, 1979), seu padrão de comportamento tipo A, sua ansiedade, sua reação à vida. (Lipp, 1996).

É interessante complementar com conceitos que esclareçam os componentes do estresse interno. Assim, assertividade consiste na expressão honesta e aberta dos sentimentos, tornando a pessoa capaz de agir em seus próprios interesses, de se afirmar sem ansiedade devida, de expressar sentimentos sinceros sem constrangimento, ou de exercitar seus direitos sem negar os alheios (Alberti e Emmons, 1978).

Quanto ao padrão de comportamento Tipo A, denominado por Friedman e Rosenman (1974), são pessoas apressadas, hostis, competitivas, voltadas para a obtenção do sucesso profissional e sujeita a enfarto e outras enfermidades (Lipp e Rocha, 1994).

Os autores comentam sobre um estressor externo que está recebendo a atenção dos estudiosos de diferentes países, referente ao estresse profissional por cada vez mais, ser encontrado em diferentes profissões (Lipp e Malagris, 1995; França e Rodrigues, 1997; Vieira, Guimarães e Martins, 1999).

Guimarães, Vieira, Areias e Martins (1996, cit. in Vieira, Guimarães e Martins, 1999) advertem do desenvolvimento do estresse ocupacional decorrente da constante tensão no ambiente de trabalho: intensificação do ritmo, a padronização, a sensação de descartabilidade, a ausência de significado do trabalho, a competição com os outros trabalhadores pela produtividade, a submissão ao ritmo da produção, a vigilância das chefias e dos próprios colegas.

O estresse ocupacional é definido por Cooper como:

"um problema de natureza perceptiva, resultante de uma incapacidade em lidar com as fontes de pressão no trabalho, tendo como conseqüências problemas na saúde física e mental e na satisfação no trabalho, afetando não só o indivíduo como as organizações "(cit. in Vieira, Guimarães e Martins, 1999, p. 217).

Elegemos a definição de estresse ocupacional, apresentada por Cooper, por ela contemplar a repercussão do estresse em dois sentidos: atingindo o trabalhador e o seu ambiente de trabalho, mostrando que os danos se generalizam em várias direções.

Consultamos as bases de dados MEDLINE e LILACS. O MEDLINE (National Library of Medicine) consiste em uma literatura internacional que reúne resumos de estudos desenvolvidos nos Estados Unidos e em outros países. No LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), as pesquisas relacionando estresse e depressão eram referentes mais a alunos, sendo escassos os estudos sobre o tema depressão em professores.

Consultando a literatura sobre pesquisas desenvolvidas no Brasil sobre "Estresse Ocupacional", encontramos trabalhos desenvolvidos com executivos (Couto, 1987; Lipp, *et al.*, 1988), bancários (Silva, 1992), soldados da polícia militar (Romano, 1989), psicólogo clínico (Covolán, 1989) e de verificação da presença de fatores de estresse e de apoio (social, pessoal e trabalho) em trabalhadores de uma instituição universitária, sendo este um trabalho pioneiro desenvolvido em universidades no Brasil (Areias, 1999).

Em levantamento dos trabalhos realizados, constatamos que alguns autores, no Brasil, estudaram o estresse com estudantes universitários relacionados: as tarefas acadêmicas (Gadzella, 1994; Witter, 1997), estudantes que trabalham e estudam ao mesmo tempo (Catão *et al.*, 1996), a presença de estresse em eventos acadêmicos (Vilela, 1995; Santos *et al.*, 1996; Batista *et al.*, 1998) e a prevalência do estresse na comunidade acadêmica (Kunti, *et al.*, 1998). Também encontramos estudos realizados com alunos da 1^a. à 4^a. séries relativos à detecção dos sintomas de estresse na rede pública de ensino (Tanganelli e Lipp, 1998).

Recentemente, Codo e col. (1999) lançaram o livro "*Educação, Carinho e Trabalho*", que trata de uma pesquisa abrangente sobre o trabalho dos educadores da rede pública, abordando as condições de trabalho e saúde mental de 1.800 educadores. Os autores pontuaram que 48% dos educadores sofrem de algum sintoma de "burnout" e que um a cada quatro educadores sofrem de exaustão emocional. Ao mesmo tempo, discriminaram que 90% destes trabalhadores estão muito satisfeitos, a grande maioria está comprometida com o seu trabalho.

Podemos perceber, através desta pesquisa, que, apesar de todo sofrimento emocional que decorre da atividade de ser professor, os que a praticam a realizam com amor e dedicação, sofrem mas continuam a batalhar muito pelos seus ideais.

Quanto às pesquisas internacionais com estudantes, encontramos estudos que enfatizaram a importância dos fatores cognitivos no desenvolvimento do estresse (Felsten e Wilcox, 1992), e sobre algumas variáveis acadêmicas que contribuem para o estresse (Fisher, 1994).

Na literatura internacional, detectamos um número maior de pesquisas sobre "**Estresse Ocupacional em Professores**". Estes estudos enfatizaram o desequilíbrio entre a pressão ambiental e a capacidade de atender a demanda no meio universitário (Fisher, 1994); as mudanças ocorridas dentro da política de reforma educacional (Cox e Brockley, 1984); o comportamento negativo do professor gerando estresse em seus alunos (Lamude, 1992); as ligações entre o estresse relacionado com o trabalho, sintomas depressivos, morais e psicofisiológicos numa amostra de professores (Schonfeld, 1989); os professores apresentando baixos níveis de satisfação e saúde mental comparado com outros grupos

profissionais (Travers e Cooper, 1993); os principais fatores de estresse em professores de Ciências (Okebukda e Jegede, 1992); estudos associados com os deveres acadêmicos e as tarefas institucionais (Thorsen, 1996); programa sobre relações humanas para controle de estresse em professores (Hall, Hall & Abaci, 1997).

No Brasil, encontramos pesquisas realizadas com docentes, envolvendo ansiedade e estresse em professores.

Maffei (1992) estudou a ansiedade em professores universitários e detectou que tanto os professores mais jovens quanto os mais velhos são igualmente atingidos pelas limitadas oportunidades de progredir, constituindo um importante fator de estresse e ansiedade.

Reinhold (1984), que estudou o "*Stress Ocupacional do Professor I*", cujo objetivo foi investigar as fontes de estresse, sintomas e estratégias utilizadas pelo professor para lidar com o estresse.

Schmitd (1990), sobre o "*Stress Ocupacional no Ambiente Acadêmico Universitário*", que teve como finalidade determinar as principais fontes de estresse que incidem no meio universitário e os efeitos psicossomáticos decorrentes do exercício profissional.

Outro estudo foi de Martins, Seleguini e Moura (1996) que verificaram, através de entrevista, que 85% dos professores de Psicologia do 2º grau consideravam a profissão estressante.

Carvalho, M.M.B. (1995) analisou as representações de professores do 1º e 2º graus das escolas estaduais quanto a seu estado de saúde, relacionamento, condições de vida e trabalho e a existência da Síndrome de *Burnout*.

Silvany Neto *et al.* (1998), em seus estudos, detectaram que 24,4 % da amostra de 497 sujeitos relataram o estresse como a doença ocupacional mais freqüente entre os professores.

Carvalho, H.T.T.K. (1995) verificou níveis elevados de sintomas psíquicos entre professoras primárias em escolas com relacionamento menos democrático com a direção do que naquelas em que predominavam relações mais democráticas.

O estresse em professores é definido, por Kyriacou e Sutcliffe, como:

“uma síndrome de respostas de sentimentos negativos, tais como raiva e depressão, geralmente acompanhada de mudanças fisiológicas e bioquímicas potencialmente patogênicas, resultantes de aspectos do trabalho do professor e mediada pela percepção de que as exigências profissionais constituem uma ameaça à auto-estima ou bem-estar e por mecanismos ativados para lidar com a ameaça percebida e reduzi-la” (1978, p.2).

Tomando-se como base estudos realizados por diversos autores em ambientes universitários de vários países (Kyriacou e Sutcliffe, 1978; Turk et al. 1982; Reinhold, 1984; Fisher, 1994), percebe-se que o estresse ocupacional em professores pode ocorrer devido à frustração quanto à expectativa profissional, falta de ajuda financeira para conduzir pesquisas, dificuldades para publicar pesquisas, sobrecarga de atividades que inclusive prejudicam o ambiente familiar, pluralidade de papéis desempenhados, grande responsabilidade assumida de transmitir conhecimentos, preparar os alunos para o campo de trabalho e desenvolver valores morais, éticos e culturais; rápidas mudanças sociais que sejam conflitantes com os princípios éticos do ambiente universitário; desmotivações decorrentes de rápidos progressos tecnológicos e científicos, nem sempre acompanhados pelos docentes, que sentem que seus currículos estão ultrapassados; sentimento de inadequação, gerado pela responsabilidade de assegurar sucesso no aprendizado de todos os alunos, agravado por uma sensação de ensino massificado; escassez dos recursos didáticos disponíveis; classes numerosas e heterogêneas; excesso de burocracia, como elaboração de relatórios; preenchimento de formulários, participação em reuniões; baixa remuneração, ocasionando a necessidade de lecionar várias disciplinas; falta de preparo adequado para lecionar em diferentes cursos; sobrecarga de horas-aulas, produzindo cansaço físico e mental; estagnação do desenvolvimento profissional; interrupções frequentes durante as aulas, prejudicando o aproveitamento dos alunos; dificuldades em se relacionar com os

alunos vindos de ambientes com diferentes valores morais e sociais; pouca ou nenhuma assessoria técnica; insuficientes condições físicas de trabalho; conflitos no relacionamento entre professores, provocando tensões entre grupos rivais.

Na década de 70, começa a aparecer na literatura o termo "*Burnout*" utilizado, pela primeira vez, por Freudenberger em 1974 (Léon e Iguti, 1999), que publicou, em 1980, o livro "Burn Out (Seligmann Silva, 1995), e que teve este estudo desenvolvido por Delvaux em 1980 (França e Rodrigues, 1997).

Segundo Seligmann Silva (1995), o burnout reduz a energia, as expectativas e a auto-imagem do trabalhador que antes era extremamente entusiasta e dedicado ao trabalho.

Seligmann Silva (1997) comenta, ainda, sobre as patologias relacionadas ao trabalho em que a análise da psicodiâmica e psicossomática permitiu identificar, destacando um grupo de patologias clínicas, como hipertensão e lombalgias. No outro grupo, encontrou-se os diferentes quadros de distúrbios psíquicos, com destaque para a depressões e quadros de "burnout".

No entanto, não há uma definição única para o termo (Bertolote, 1997). Para França (1987), o termo "*burnout*" designa algo que deixou de funcionar por exaustão de energia.

O "*burnout*" é uma síndrome que afeta principalmente os trabalhadores encarregados de cuidar de alguma atividade intensivamente ligada a pessoas. Neste contexto, o trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, de forma que as coisas não lhe importam mais, qualquer esforço lhe parece ser inútil e, apesar de não suportar não desiste do trabalho (Codo e Menezes, 1999). Esta síndrome afeta principalmente os profissionais da área de serviços quando em contato direto com seus usuários (Jornal da APEOESP). Seligmann Silva (1995) coloca as profissões que trabalham em prestação de cuidados (enfermeiras, assistentes sociais, médicos e professores) apresentando um alto índice de *burnout*.

O termo “*burnout*”, segundo Perlman e Hartman (1982), significando desgaste e esgotamento, trata-se de uma reação de estresse crônico em profissionais que desempenham funções que exijam um alto grau de contato com pessoas.

Codo e Menezes (1999) apontam como clientela de riscos de “*burnout*” os profissionais da educação e da saúde, policiais e agentes penitenciários. Os autores nomeiam que, entre as ocupações que apresentam um alto índice de desgaste, estão os professores, os assistentes sociais, os conselheiros, os médicos, as telefonistas, os motoristas de ônibus, os advogados e outras profissões assistenciais.

Podemos entender o “*burnout*” como um estado de fadiga ou frustração decorrente de uma dedicação excessiva e prolongada a uma causa ou na tentativa de perseguir uma meta difícil de se conseguir naquele momento.

Neste contexto, é importante a diferenciação entre “*burnout*” e estresse. Os autores entendem que “*burnout*” seria uma resposta ao estresse laboral crônico. Envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização e trabalho; é, assim, uma experiência subjetiva, com atitudes e sentimentos que vêm a acarretar problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador e à organização. Quanto ao estresse, este não envolve tais atitudes e condutas, é um esgotamento pessoal com interferência na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação de trabalho (Codo e Menezes, 1999; Jornal da APEOESP).

A Síndrome de “*Burnout*” possui um conceito multidimensional, contemplando os seguintes componentes (Reinhold, 1984; França e Rodrigues, 1997; Codo e Menezes, 1999; Jornal da APEOESP): *exaustão emocional*, situação em que os trabalhadores não podem dar mais de si mesmos no âmbito afetivo; *despersonalização*, desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas e de cinismo às pessoas destinatárias do trabalho; *falta de realização pessoal* no trabalho, conduz a uma avaliação baixa de si mesmo com diminuição da produtividade profissional; e, por último, a *depressão*.

Para Witter (1996), na escola estão presentes diversos estressores institucionalizados, podendo afetar alunos, administradores, funcionários e professores. Nomeia ela como principais estressores, baixo salário, condições físicas insuficientes de trabalho, imagem negativa, conflitos no relacionamento entre professores, competitividade, etc.

Torna-se importante discriminar os sintomas físicos, psicológicos e comportamentais do estresse e do “*burnout*” (Reinhold, 1984; Codo et al., 1999), que podem surgir decorrentes da atividade docente e que se consistem em:

1. *Sintomas físicos*: problemas gastrointestinais. dores de cabeça freqüentes, flutuações de peso acentuadas (perda ou excesso de peso), respiração ofegante, vertigem, náuseas, taquicardia, hipertensão, olhos lacrimejantes, visão embaçada, zumbido nos ouvidos, transpiração fria, afonia (perda de voz), distúrbios dermatológico, como eczema, dores nas costas;

2. *Sintomas psicológicos*: sensação de exaustão ou fadiga, associada a uma sensação geral de esgotamento, frustração, tensão, nervosismo, depressão, ansiedade, raiva, pânico, irritabilidade crônica, inquietação, preocupação com a comida e bebida, atitudes negativas em relação ao trabalho, pesadelos, vontade de chorar;

3. *Sintomas comportamentais*: insônia, excesso de cigarros, comida e bebida, absenteísmo, mudança freqüente de emprego, conflitos conjugais.

Reinhold (1984) concluiu, baseando-se em diversas pesquisas, que a susceptibilidade a uma reação de estresse ou “*burnout*” é uma função de freqüência 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 e da sua reatividade inerente, de condições físicas, sociais e psicológicas do momento.

Cardoso (1999 b) ao comentar sobre a Qualidade de Vida e Trabalho diz que a saúde pode ser lesada não apenas pela presença de fatores agressivos (fatores de risco ou sobrecarga, como os agentes tóxicos, ruído, poeira de sílica), mas também pela ausência ou deficiência de fatores ambientais (subcarga - falta de suficiente atividade muscular, falta de

comunicação com outras pessoas, falta de diversificação em tarefas de trabalho que causam monotonia, falta de responsabilidade individual ou de desafios intelectuais). Percebemos, com base no argumento da autora, que o professor poderá ter a sobrecarga e subcarga de trabalho, decorrente das inúmeras atividades que este realiza no seu desempenho profissional.

Conforme vimos nas pesquisas citadas, há necessidade de intervenções no meio acadêmico a fim de minimizar os eventos estressores que acometem os professores de diferentes graus de ensino, visando não somente possibilitar melhor saúde física e mental do professor, como, conseqüentemente, produzir um ensino de melhor qualidade, propiciando ao professor um ambiente mais saudável ao seu exercício profissional.

Alguns autores (Schoenfeld, 1990; Lamude, 1992; França e Rodrigues, 1997), quando enfocam o assunto depressão, afirmam que um acontecimento estressante pode ser a sua causa. Aguiar (1995) afirma que os eventos estressantes devem ser sempre considerados na etiopatogenia de certos transtornos mentais, como a depressão.

Conforme vimos, alguns tipos de organização do trabalho poderão tornar o ambiente nocivo, desencadeando estresse e "burnout" nos professores e, possivelmente, a depressão, objeto de estudo na presente investigação.

Na tentativa de proporcionar um melhor entendimento sobre o que ocorre na situação acadêmica, no próximo tópico será focado, especificamente, o assunto "*depressão em professores universitários*".

2.2.2. Depressão em professores universitários sob o ponto de vista da terapia cognitivo-comportamental

Na revisão de literatura brasileira sobre o assunto, não encontramos nenhum estudo abordando o assunto *depressão em professores universitários*, o que demonstra carência de pesquisas sobre o assunto no Brasil e exterior. Os poucos estudos, quando encontrados, enfocam a depressão em estudantes.

Shepard (1983) investigou as diferenças em frequência e intensidade de depressão, numa população de 233 universitários. O estudo avaliou o Desamparo Adquirido, considerado um modelo de depressão, segundo o qual, as pessoas depressivas atribuem as causas de eventos que têm conseqüências negativas a fatores internos (tendência a julgar eventos negativos como decorrentes da falta de capacidade pessoal), estáveis (tendência a julgar que um evento negativo específico ocorrerá sempre), e globais (tendência a generalizar para a maioria de outros eventos futuros, uma expectativa de fracasso). Os resultados demonstraram que as mulheres têm maior frequência e intensidade de depressão do que os homens. Confirmaram-se as previsões de Modelo de Depressão Desamparo Adquirido, de que um estilo de atribuição particular tem relação com a depressão.

Silvany Neto *et al.* (1998) mostraram, em seus estudos, com 497 professores da rede municipal de ensino, que mais da metade dos professores (51,4%) apresentavam distúrbios psíquicos menores, investigados através do SRQ-20 (Self Report Questionnaire). Os autores relatam que, na consulta ao relatório sobre as condições de trabalho docente, elaborado pela Organização Internacional de Trabalho, verificou-se que, na França, entre as pessoas hospitalizadas por doenças mentais, havia maior incidência de depressão do que em outras categorias profissionais.

Na revisão internacional sobre o assunto, encontramos o estudo desenvolvido por Martins, Coelho e Barros (1997), em Portugal, no qual se detectou uma correlação significativa sintomatologia depressiva em estudantes universitários.

A literatura americana faz referência apenas a dois estudos conduzidos com professores universitários, que são de grande interesse para a presente pesquisa porque abordam o tema *depressão em professores*. O primeiro enfoca um modelo de Reestruturação Cognitiva (Bumpus, 1983), e, o segundo, discorre sobre Melancolia Professoral (Machell, 1988).

Segundo Bumpus (1983), os professores sofrem uma variedade de pressões econômicas, institucionais e profissionais, como vimos anteriormente, quando abordamos o estresse em professores universitários. Tais pressões reduzem a vitalidade pessoal e da carreira.

As tensões decorrentes da carreira sugerem alguns elementos centrais da depressão. Beck *et al.* (1982) argumentaram que a tensão causa a hiperativação das pressuposições cognitivas primitivas, automáticas, rígidas nos indivíduos. Uma vez iniciadas, estas idéias de padrões depressiogênicos conduzem a sistemáticas distorções na percepção e interpretação da experiência, assim como a sinais motivacionais e emocionais da depressão.

Machell (1988) pontua que, em sua atividade como professor universitário e psicólogo aconselhador americano, tem observado que, ainda que muitos professores sejam totalmente funcionais e expressivos, alguns apresentam estados de desarranjos emocionais, inquietações e disfunções. Prossegue ele esclarecendo que a disfunção emocional mencionada se refere a uma melancolia professoral. Assim, para Machell (1988, p.6), melancolia professoral é definida como *“um processo emocional progressivo, caracterizado pela negação da motivação professoral, foco atitudinal positivo e auto-estima de professores universitários”*.

Estudos realizados nos Estados Unidos tratando das desordens e disfunções emocionais do professorado, são muito escassos e os escritos focalizam, principalmente, a utilização de álcool ou drogas dentro desse grupo profissional.

Entre esses estudos, segundo Machell (1988), podemos citar os seguintes autores: Toreson (1984), que indicou alto risco de alcoolismo entre os membros dos colégios e faculdades americanas; Caliguri (1987), ao mesmo tempo que discutiu sobre alcoolismo, cita a alta necessidade de que o professor tem de fazer sucesso, mencionando as pressões adicionais, como, consultorias, conferências e a ambivalência sentida por desejar ensinar, mas desejando grandes recompensas quanto a rendas e status. Leng (1980) concluiu, baseado em estudo em uma grande universidade, que os membros da faculdade usam levemente mais álcool e maconha que a população em geral. Hochhauser (1980) indicou, em seu estudo que professores que têm outras atividades fora da universidade são mais produtivos em seu ensino, parecem ser mais saudáveis do que aqueles que desperdiçam o seu tempo quando estão fora das atividades universitárias.

Machell (1988) ainda esclarece que outros estudos apontam a inquietação dentro do ambiente universitário, produzindo a disfunção emocional e cita os seguintes: Walter (1988) afirmou que o coleguismo morreu quando a universidade se tornou muito grande; outros artigos expressam a preocupação da dissolução da comunidade professoral nos campos universitários, motivados, principalmente, pela disputa salarial que ocorre dentro do grupo; Kirkpatrick (1988) descreveu um quadro mais negativo do ambiente universitário, salientando que, nos campus, ocorrem pressões para completar graus de graduação na carreira universitária, para obter melhores avaliações estudantis ou para publicar alguma coisa com um limite de tempo definido, o que repercute de maneira desfavorável no professor.

Alguns professores apresentam a depressão de sucesso ao ter dedicado muito tempo e esforço na persecução de um objetivo, tornando-se deprimidos após alcançarem essa meta. Este tipo de quadro paradoxal pode ser decorrente das seguintes situações: medo pelas responsabilidades do novo cargo, pessoas extremamente dependentes, pessoa com baixa auto-estima que não se julga merecedora de sucesso, aquele que percebeu a sua vitória como tendo que competir e destruir o outro, e pessoas que ficam deprimidas após atingir objetivos por um longo tempo, provocando um esgotamento físico e emocional.

Outro tipo de depressão, chamada de “*depressão pós-sucesso*”, ocorre quando a pessoa entende que atingiu todos os objetivos, encarando a vida acadêmica sem mais nenhum atrativo, ficando desmotivada de sua função.

Ellis (1979) indicou doze crenças irracionais, já citadas anteriormente, encontradas em pessoas em conflito que são condutores cognitivos que levam à perturbação emocional. Dois sistemas de crenças são importantes para a discussão da melancolia professoral, conforme salientou Machell (1988). A primeira: precisamos ser completamente competentes, adequados, inteligentes e vencedores em todos os aspectos possíveis; e, a segunda: precisamos ser amados por todos e todos devem aprovar tudo o que fizermos.

A primeira crença indica que a pessoa é perfeccionista, precisa perceber-se como perfeito, a fim de se sentir satisfeito e sem conflitos. Esta visão de perfeição pode ser próprio da personalidade narcisista. Para Beck e Freeman (1993, p.182), o narcisista, dentro de uma

abordagem cognitivo-comportamental, seria originário de *“uma combinação de esquemas disfuncionais referentes a si mesmo, o mundo e o futuro”*.

A fundamentação precoce do esquema narcisista foi desenvolvida por imagens diretas e indiretas de pessoas significativas e por experiências que moldaram a sua visão de auto-importância. Os narcisistas vêem a si mesmos como especiais, excepcionais e justificados ao focalizarem unicamente a gratificação pessoal. Esperam a admiração, deferência e aquiescência dos outros e suas expectativas do futuro focalizam a realização de fantasias grandiosas. O comportamento é afetado por déficits na cooperação e interação social recíproca, bem como por um excesso de comportamentos exigentes, auto-indigentes e, às vezes, agressivos.

No padrão perfeccionista, a pessoa recusa-se a aceitar a falibilidade. Segundo Machell (1988), o perfeccionismo pode ter sido reforçado desde quando era um estudante, ao tirar somente a nota máxima, ganhando muita adulação, honra e glória, atenção e sucesso. Cria-se, então, dentro dele, a crença de ser completamente competente, adequado, inteligente, vencedor. Através da crença de vencedor acadêmico, passa a assumir a segunda crença, a de ser amado por todos e todos devem aprovar tudo o que fizer.

Dessa maneira, o professor sente que é uma “estrela”, a pessoa favorita, aquela que atrai a atenção de todos. Luta para desenvolver o reconhecimento dos outros e sua motivação é atingir essa meta, tornando-se dependente desse título para se sentir valorizado.

A sua aspiração consiste em glória, status, prestígio, aceitando, de bom grado, as responsabilidades necessárias à obtenção desses altos títulos. Todavia, esquece que quanto mais alto um indivíduo sobe, ficará em posição de vanguarda e estará situado nos centros dos acontecimentos, sendo mais numerosas as pessoas que irão atentar para os seus deslizes e maiores as tensões que terá de enfrentar.

Ser uma “estrela” durante a vida estudantil, pode levá-lo a ser professor por ter desenvolvido uma forte afeição ao meio acadêmico, que o reforçou, por muitos anos, como estudante, e generalizar que sempre obterá sucesso.

Quando entra no meio acadêmico, o novo professor se encontra no mesmo ambiente que lhe proporcionou uma longa história de reforçamentos, mas a situação atual é bem diferente daquela que vivenciou como aluno. Do estudante prestigiado pode passar a ser um colega potencialmente perigoso que para Machell, pode fazer a “estrela” brilhar menos.

Agora, ao invés de continuar a ser reforçado, pode começar a receber dicas de privações induzidas. Sabemos que a retirada do reforço é interpretada como punição, gerando fortes respostas emocionais, dependendo de quanto foi a sua história de reforçamento. Quanto mais longa, maior a resposta emocional. Assim, segundo Machell, a “estrela” começou a se apagar e isto pode ser muito doloroso, começando a afetar a auto-estima do professor.

A necessidade de julgar-se imprescindível, de ser estimado por todos, não corresponde mais. O professor não percebeu a diferença entre ser estimado e ser respeitado. No trabalho, o respeito é muito importante. Segundo Fensterheim e Baer (1975), as pessoas que pertencem ao grupo de querer conquistar aprovação de todos, confundem a boa execução do trabalho com o provar que tipo de pessoas são. Adotado esse procedimento, o indivíduo se torna mais vulnerável, mais sensível às tensões e preocupações, afastando-se das realidades objetivas do próprio trabalho.

Percebe-se que não só a falta de reforçamento por parte dos colegas pode faltar, mas também por parte dos alunos. Machell nomeia que o professor pode receber classes iniciantes de determinado curso, em que a maioria não está muito interessada no assunto ou não atingiu as expectativas do professor que ambicionou essa área que foi um veículo de sucesso para ele, mas também, porque era um devoto dos conceitos e processos intelectuais da disciplina que agora está administrando.

Ele, também, pode se sentir fracassado ao tentar assegurar o sucesso no aprendizado de todos e de cada um de seus alunos, missão denominada de “*ética do bom pastor*” (Schmitd, 1990). O professor que tem essa crença sente-se em conflito diante de um ensino massificado, resultando sentimentos de inadequação consigo mesmo e com o próprio sistema do qual faz parte.

O novo professor começa a experimentar a realidade do ambiente acadêmico como não sendo um agente reforçador. Para se proteger da regra estabelecida de performance perfeita, pode generalizar a responsabilidade sobre os estudantes, colegas ou a própria instituição.

Sabemos, através da análise comportamental, que o comportamento entendido como sendo punido, ocasiona fuga ou esquiva diante de uma situação aversiva e provoca respostas emocionais negativas. Conseqüentemente, o professor pode começar a isolar-se, evitar as atividades acadêmicas e sentir raiva, ódio e, possivelmente, depressão.

Em sala de aula, a resistência e a desaprovação dos alunos, diante do comportamento tenso e agressivo, pode adicionar ao dano um ressentimento maior, desencorajamento e frustração.

Além disso, em alguns ambientes acadêmicos, a publicação de artigos, de planejamento de pesquisas, ao ser solicitada, cria um forte medo de falha, de mostrar alguma imperfeição, havendo, também medo de publicar e ser alvo de avaliações por parte dos colegas. Novamente, pode se esquivar e essa recusa decrescer a sua auto-estima, sentindo-se mais inadequado, como fraudulento em seu papel de professor.

Diante desse quadro negativo, percebe as recompensas monetárias, status, respeito e promoção dentro do ambiente acadêmico, como não sendo mais vantajosos como as de outras profissões, acabando por sentir ressentimento com a profissão escolhida e com a própria instituição acadêmica.

Segundo Machell (1988), este professor, já experimentando a melancolia professoral, pode, então, associar-se a outros que estejam num grau mais avançado de disfunção, contribuindo para alimentar um ambiente acadêmico doentio, desajustado e disfuncional.

Concluindo, Machell (1988) aponta três estágios da melancolia professoral que pode levar a uma depressão mais séria: estágio *inicial*, estágio *médio* e estágio *final*.

No estágio inicial, começam os desapontamentos pela perda de reforçamento da situação estudantil super reforçada com o novo papel de professor que recebe a desaprovação dos alunos, que é visto como rival no campo profissional pelos seus colegas, que deve publicar artigos que o levam a sentir medo de imperfeição, ocasionando ressentimento e isolamento.

No estágio médio, pioram os fatores já citados, a desilusão com a carreira cresce, a motivação original diminui, o ressentimento com os estudantes aumenta, o interesse pela atividade acadêmica decai e a depressão aumenta.

No estágio final, com o decorrer do tempo num ambiente agora considerado hostil, os fatores contribuintes passam a causar mais danos. Os alunos podem ser interpretados como inimigos, inclusive a verbalização do professor pode conter palavras que indicam desrespeito e raiva, tanto em sala de aula, como em reuniões de professores.

O professor, neste estágio, pode não se sentir mais como pertencendo à classe de professor, e, segundo Machell, passa a experimentar sentimentos, denominados por Rogers (1973), de incongruência entre o “*self*” (eu) e a experiência, ou o fenômeno de impostor se aprofunda.

Ainda, segundo este mesmo autor, em alguns casos, o afastamento das atividades acadêmicas progride mais, com profunda alienação seguida de elitismo e arrogância. Percebe a situação completamente aversiva, acreditando que os estudantes falam a seu respeito e que a instituição está querendo se livrar dele.

O professor que experimenta este último estágio, da maneira citada, pode tornar-se emocionalmente, intelectual e fisicamente esgotado, como vimos anteriormente ao analisarmos os sintomas depressivos. Além do mais, é possível que esse comportamento se generalize para outras situações de sua vida.

Ainda neste último estágio, dependendo de seu estilo de vida, o professor, para camuflar a depressão, dirige-se ao abuso do álcool, de drogas, a problemas de inter-relacionamentos, à promiscuidade sexual com estudantes, reações de raiva, violência e mesmo com a possibilidade de suicídio, em casos mais graves.

Para melhor entender essa problemática, é que a presente pesquisa se desenvolveu na coleta de dados que possibilitaram detectar os estados depressivos e situação de trabalho em professores universitários, em uma pequena amostra em três universidades brasileiras.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo caracterizou-se por ser uma pesquisa exploratória dos estados depressivos e situação de trabalho de professores universitários. Gil (1995) afirma que as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. O autor complementa dizendo que:

" a pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores" (1995, p.44).

3.1. PRÉ-AMOSTRA

Os instrumentos foram criados por nós e testados num grupo piloto composto de 20 sujeitos que, posteriormente, não participaram da pesquisa. A aplicação no grupo piloto teve como objetivo verificar a adequação dos instrumentos. Não houve necessidade de se fazer nenhuma modificação dos instrumentos.

3.2. AMOSTRA

Tendo em mãos o número total de professores universitários (585 professores) das instituições envolvidas, em número de três, localizadas no Vale do Paraíba - São José dos Campos, Taubaté e Lorena - foram confeccionados 100 instrumentos para ser aplicados. Destes, foram respondidos um total de 50 (11,9% da população de professores), assim distribuídos: São José dos Campos (19), Taubaté (16) e Lorena (15). Investigamos, então, uma amostra total de 50 professores, de ambos os sexos, que estão no exercício profissional.

A escolha das instituições deveu-se à variedade de cursos oferecidos nas áreas acadêmicas (ciências exatas, biológicas e humanas) e também à facilidade de sua aplicação, considerando-se que também exercemos, nestas instituições, atividades de docência.

3.3.PROCEDIMENTO

Estivemos, primeiramente, em contato com os Coordenadores dos cursos envolvidos nas Universidades, onde apresentamos os objetivos de nossa investigação e a proposta de utilizarmos aquela Instituição para a aplicação dos instrumentos, em seus professores universitários. Recebendo a autorização verbal, após ser verificada, em reunião com o conselho, a conveniência de sua aplicação, entramos em contato com os docentes em reuniões e/ou nas Salas dos Professores, onde apresentamos, primeiro verbalmente nossa proposta e, depois de aceita, por escrito, nas instruções de preenchimento dos instrumentos.

As orientações foram as seguintes: "O presente trabalho tem por finalidade identificar os possíveis estados depressivos que os docentes do ensino superior da região percebem em si mesmos. Gostaríamos de saber um pouco mais sobre nossa realidade docente, sobretudo àquela relacionada à saúde mental do professor e, por isso, pedimos sua colaboração nesta pesquisa.

Sua disponibilidade ao participar caracterizará, também, sua autorização em utilizarmos os dados aqui obtidos para nossa investigação. Não há necessidade, portanto, de colocar seu nome nas folhas de respostas, para assegurarmos seu anonimato e o caráter confidencial dos resultados.

Você terá três questionários para serem respondidos. Por favor, reflita sobre o conteúdo das questões, respondendo com a maior sinceridade possível e não deixando nenhum dos itens sem resposta. Obrigada!"

A aplicação foi realizada, nas Salas dos Professores das respectivas Universidades, no período de novembro a dezembro de 1996. O tempo médio de duração para as respostas foi de 15 minutos.

3.4 . INSTRUMENTOS

Foram utilizados três instrumentos auto-aplicáveis, por nós confeccionados e denominados, como segue:

1°) "Questionário de Dados de Identificação da Amostra"- QDIA (ANEXO 1);

2°) "Questionário das Situações de Trabalho"- QST (ANEXO 2).

3°) "Questionário para Verificação de Estados Depressivos" - QVED (ANEXO 3);

3.4.1. Questionário de dados de identificação da amostra

A amostra foi identificada, demograficamente, por intermédio dos seguintes dados: se fez ou não os tratamentos psicológico e psiquiátrico, idade, sexo, estado civil, número de horas trabalhadas por semana, categoria docente, área acadêmica, tempo de serviço como docente, regime de trabalho e título acadêmico.

3.4.2. Questionário para verificação de estados depressivos

Foi elaborado com base nos critérios do DSM - IV (APA,1995), CID-10 (OMS, 1993) e na Teoria Cognitivo-Comportamental. Composto de 11 perguntas fechadas, referindo-se a como se sentiam nas últimas duas semanas, seguindo a escala: *de modo algum, um pouco, muito, demais*. As seguintes perguntas foram apresentadas aos professores:

- Você tem alterações no humor, como: desânimo, melancolia, tristeza, irritação (DSM-IV; CID-10; Teoria Cognitivo-Comportamental).
- Tem ocorrido com frequência períodos de ansiedade? (DSM-IV)
- Você tem mantido o seu peso em uma situação estável? (DSM-IV)

- Você está apresentando uma baixa auto-estima? (CID-10)
- Você, freqüentemente, é pessimista? (CID-10)
- Você se sente culpado? (CID-10)
- Você sente remorso? (Teoria Cognitivo-Comportamental)
- Você se sente em estresse ? (Teoria Cognitivo-Comportamental)
- Você tende a ser perfeccionista em seu trabalho? (Teoria Cognitivo-Comportamental)
- Você se comporta de maneira negativista? (Teoria Cognitivo-Comportamental)
- Você sente que é muito crítico? (Teoria Cognitivo-Comportamental)

3.4.3. Questionário das situações de trabalho:

Na presente pesquisa, utilizamos o questionário como meio de coleta de dados. Gil (1995, p. 124) define questionário como:

“a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, etc.”

Visou investigar como os professores percebem as situações de seu trabalho. Estas compreendem as condições de trabalho e a organização do mesmo, sendo que os tipos de gestão e a qualidade das relações humanas no trabalho merecem atenção especial (Seligmann Silva, 1995).

Recorremos a Seligmann Silva (1995), para propiciar melhor entendimento da Situação de Trabalho que poderá interferir nos estados depressivos dos professores. Em seus estudos, a autora realiza uma subdivisão da Situação de Trabalho em Condições de Trabalho e Organização do Trabalho que achamos pertinente para o presente estudo. As Condições de Trabalho contemplam as condições físicas, químicas e biológicas que podem ser a vertente orgânica da patologia de numerosas doenças. As mesmas também podem interferir nos processos mentais e nas dinâmicas relacionadas à saúde mental. A autora sustenta que componentes ambientais nocivos ao organismo provocam determinadas alterações em nível da estrutura do sistema nervoso. Decorrente deste estado, um conjunto de sintomas e mais a percepção da perda de capacidade irá se instalar pela via psicológica, frequentemente ocasionando sofrimento mental, tristeza, manifestações depressivas e autodepreciação. Já a Organização do Trabalho, ainda segundo a autora, possibilita determinados agravos psíquicos relacionados com o trabalho.

Baseando-nos em Seligmann Silva (1995), então, elaboramos os questionários com a finalidade de tentar entender a Situação do Trabalho do professor universitário, dando um enfoque da Teoria Cognitivo-Comportamental à pesquisa.

As perguntas foram formuladas no sentido de verificar qual a percepção do professor em relação a sua Situação de Trabalho, isto é, o que ele pensa, sente, e como se comporta e interpreta o seu ambiente de trabalho. As respostas apresentadas a essas perguntas poderão sinalizar relações com estados depressivos. Consistiu-se de 20 perguntas fechadas, que foram respondidas através de alternativas que indicavam o grau de intensidade: *não percebeu nada, pouco, mais ou menos, bastante e muito*.

É importante esclarecer que, por meio dos questionários, procuramos, através de uma listagem de acontecimentos relativos a eventos que pudessem detectar possíveis estados depressivos em professores e das suas situações de trabalho, cobrir as suas principais áreas de funcionamento, privilegiando o modelo teórico sugerido na teoria de Beck para depressão. Sabe-se que os acontecimentos de vida indesejáveis, principalmente os que representam perdas, são aqueles que se mostram capazes de originar quadros depressivos (Gouveia, 1990; Beck *et al.*, 1982). Acontecimentos deste tipo podem facilitar cognições negativas acerca de si mesmo com a diminuição da auto-estima, do controle sobre o ambiente e da vida profissional, como é o caso dos professores.

O modelo de Beck para a depressão assinala que o comportamento e o afeto da pessoa estão relacionados com a forma com que ela estrutura mental e linguisticamente o mundo (Rosa, 1997). As pessoas deprimidas apresentam esquemas com erros cognitivos que abstraem seletivamente as informações, exagerando os eventos negativos e minimizando os positivos.

Beck *et al.* (1982) encaram a vulnerabilidade para a depressão, como resultado de um estilo cognitivo caracterizado pela utilização de regras inapropriadas ou demasiadamente rígidas. Pensamos, em consonância com a teoria cognitivo-comportamental, que, quando confrontado por acontecimentos negativos, o professor que apresenta atitudes disfuncionais teria mais probabilidade de se deprimir do que outro que não possua este estilo cognitivo.

A terapia de Beck baseia-se no modelo cognitivo, que levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciadas por sua percepção dos eventos (Beck, 1967). Não é uma situação por si só que determina o que as pessoas sentem, mas, antes, o modo como elas interpretam uma situação (Beck, 1967; Ellis, 1979).

A Teoria Cognitivo-Comportamental salienta que a forma como os indivíduos pensam e percebem acerca de si mesmos, de seu mundo e do futuro é relevante e importante e possui um impacto sobre como eles se sentem e se comportam (Dattilio & Padesky, 1995).

Assim, o modo como os professores se sentem está relacionado ao modo como eles interpretam e pensam sobre uma situação. A situação, em si, não determina, diretamente, como eles se sentem; suas respostas emocionais seriam intermediadas por suas percepções da situação de trabalho como professor.

A teoria cognitiva utiliza o conceito de esquemas para explicar a organização estrutural do pensamento depressivo. Estes esquemas, que estariam relativamente inativos durante o período não depressivo, tornar-se-iam, progressivamente mais prepotentes na modulação dos processos de pensamento à medida que a depressão aumenta de intensidade. Os esquemas inativos são chamados à ação para controlar o comportamento em ocasiões de estresse e quanto mais mobilizantes, maior a probabilidade de o indivíduo reagir a eles. Os

esquemas idiossincráticos hiperativos de conteúdo negativo seriam, assim, responsáveis não só pelas cognições negativas do deprimido acerca de si mesmo, do mundo e do futuro, mas explicariam, também, as distorções erradas que o deprimido faz das suas experiências, apesar de evidências contraditórias a essas interpretações.

A extensão ou efeito particular de um esquema sobre a vida de um indivíduo depende do vigor em que esse esquema é mantido; até que ponto é considerado pelo indivíduo como essencial para a sua segurança, bem-estar ou existência; do aprendizado prévio do indivíduo frente a um determinado esquema; o momento inicial da internalização do esquema e quem reforçou, e com que ênfase, o esquema.

Ao comentar sobre os conteúdos dos esquemas, Beck explica que a base para a regularidade da interpretação, em um conjunto particular de situações, são padrões relativamente estáveis. Utiliza, ele, do termo "*esquema*" para designar estes padrões estáveis do comportamento. Os esquemas "*são estruturas que integram e atribuem significados aos eventos*" (Beck & Freeman, 1993, p.24).

Os questionários acima discriminados, portanto, procuraram avaliar os estados depressivos dos professores universitários, através de reflexões sobre os seus ambientes de trabalho e de como os interpretam.

3.5. ASPECTOS ESTUDADOS

Os questionários já mencionados e suas respostas obtidas forneceram os meios para a definição dos vários tipos de aspectos existentes neste estudo.

As questões pertencentes aos *dados demográficos* da amostra são as seguintes:

- Tratamento Psicológico;
- Tratamento Psiquiátrico;
- Idade;

- Sexo;
- Estado Civil;
- Horas Trabalhadas por Semana;
- Categoria Docente;
- Área Acadêmica;
- Tempo de Serviço;
- Regime de Trabalho;
- Título Acadêmico.

3.6. ESTADOS DEPRESSIVOS E SITUAÇÕES DE TRABALHO

3.6.1. Estados depressivos:

Os estados depressivos passíveis de acometer professores universitários foram assim categorizados:

- **Desânimo;**
- **Melancolia;**
- **Tristeza;**
- **Irritação;**
- **Períodos de Ansiedade;**
- **Peso Estável;**
- **Baixa Auto-Estima;**

- **Pessimismo;**
- **Sente-se Culpado;**
- **Sente Remorsos;**
- **Sente-se em Estresse;**
- **Perfeccionista;**
- **Negativista;**
- **Crítico.**

3.6.2. Situações de trabalho

As situações de trabalho passíveis de ocorrer em professores universitários foram assim categorizadas:

- **Desempenho;**
- **Sente que é o melhor;**
- **Sente medo da concorrência;**
- **Teme não dar conta;**
- **Teme perder o controle;**
- **Perfeição;**
- **Sente dificuldades em aceitar críticas;**
- **Comete erros;**
- **Falta de tempo;**

- **Outros não têm competência;**
- **Preocupado com opinião alheia;**
- **Irritado com alunos e colegas;**
- **Agressivo com alunos e colegas;**
- **Precisa da aprovação de todos;**
- **Muito tenso ;**
- **Em estresse;**
- **Na profissão certa;**
- **Deixar profissão;**
- **Problema está na instituição;**
- **A instituição perturba seu desempenho.**

3.7. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

3.7.1. Recursos humanos

Os instrumentos de pesquisa foram aplicados por nós. Para a análise estatística aplicada, contamos com a orientação do Engenheiro Químico Prof. Dr. Messias Borges Silva, e como ferramenta, utilizamos o programa STATISTICA, versão 4.3, da Stat Soft.

3.7.2. Recursos materiais

Utilizamos 100 exemplares do QDVIA; 100, do QVED; 100, do QST; relógio, e canetas, para a obtenção dos dados.

Para a tabulação e análise dos dados, foi utilizado um computador Pentium municiado dos programas "Office", da Microsoft e "Statística", da Statsoft.

3.8. ANÁLISE E PROCESSAMENTO DOS DADOS

3.8.1. Análise de fatores

Foi tentada a aplicação da Análise de Fatores sobre os dados da amostra total do presente estudo, mas o programa Statistica, edição 4.2, deu como resultado a seguinte informação: "algumas variáveis possuem menos que 6 casas válidas; não podem ser calculados resultados significativos". Isto deveu-se ao pequeno número de professores da amostra e a técnica teve de ser abandonada.

3.8.2. Análise estatística não paramétrica

Já que os dados obtidos, na amostra, foram simplesmente classificativos, isto é, mensurados numa escala nominal, e também que o tamanho total da amostra foi só de 50 professores, optamos pelo uso da Estatística Não Paramétrica. Tal estatística é uma prova cujo modelo não especifica condições sobre os parâmetros da população (tipo da distribuição de probabilidade como sendo a normal e certa uniformidade dos desvios padrões) da qual se extraiu a amostra. Além disto, é a estatística (ou técnica de inferências de distribuição livre) mais aplicável a escalas nominais e pequenas amostras, como é o caso do presente estudo.

3.8.2.1. Teste Kolmogorov-Smirnov de uma amostra

Para o Teste Kolmogorov-Smirnov de uma amostra, que é um dos testes da Estatística Não Paramétrica (Siegel, 1956), foi utilizado o nível de significância de 10%, que é a probabilidade de que a prova estatística de um valor que conduza a rejeição da hipótese nula, quando ela é de fato verdadeira.

O Teste K-S, utilizado no ANEXO 8, teve por finalidade determinar se a apresentação e distribuição dos dados constantes nos *histogramas das situações de trabalho e estados depressivos* aconteceram nas formas em que se apresentaram por obra do acaso ou tiveram uma preferência de escolha entre os vários valores em que poderiam estar classificadas.

3.8.3. Análise estatística descritiva:

Fizemos uso auxiliar da Análise Estatística Descritiva, utilizando gráficos tridimensionais bivariáveis e histogramas de todos os fatores apenas para obter os dados numéricos para o teste estatístico utilizado. Por se tratar de um procedimento auxiliar, ele não foi detalhado no presente estudo.

Não houve a necessidade de se calcular médias, desvios padrões e variâncias próprias da Estatística Descritiva, que é utilizada, quando existem coleções de dados, pois ajuda a classificar e analisar os dados, fornecendo formas úteis de resumir suas características. No caso, o resumo dado pelas frequências absolutas foi o suficiente para este trabalho.

3.8.4. Coeficiente de correlação linear (r)

Para se determinar quais *situações de trabalho* eram causadoras de quais *estados depressivos*, julgamos necessário calcular o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson (doravante denominado por r) para estas variáveis. Tal coeficiente mede a força entre os estados depressivos e as situações de trabalho, sendo encontrado no ANEXO 7.

3.8.4.1. Como interpretar o valor das correlações

O coeficiente de correlação r pode variar de - 1,0 a + 1,0. O valor - 1,0 representa uma correlação *negativa perfeita*, enquanto que o valor + 1,0 representa uma correlação *positiva perfeita*. Um valor de r igual a zero representa *falta de correlação*.

Para Costa (1988, p. 231), não há correlações perfeitas e foram adicionadas as seguintes interpretações adicionais para o valor de r : -0,75 (correlação negativa forte); -0,50 (correlação negativa média); -0,25 (correlação negativa fraca); + 0,75 (correlação positiva forte); +0,50 (correlação positiva média); +0,25 (correlação positiva fraca).

3.8.5. Coeficiente de determinação (r^2)

O coeficiente de correlação r representa o relacionamento linear entre os fatores *situações de trabalho e estados depressivos*. Se este coeficiente for elevado ao quadrado, então o valor resultante (o coeficiente de determinação) irá representar a proporção de variação comum nos dois fatores, isto é, a "força" ou a "magnitude" do relacionamento entre os mesmos.

4. RESULTADOS

4.1. DETALHAMENTO DAS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

4.1.1. Dados da amostra

Os histogramas dos dados demográficos da amostra encontram-se no ANEXO 4.

O comportamento médio do perfil dos professores universitários, em relação aos valores modais (os mais freqüentes) dos dados demográficos, foi o seguinte:

- Não fizeram **tratamento psicológico**;
- Não fizeram **tratamento psiquiátrico**;
- Tinham de **36 a 45 anos de idade**;
- Possuíam o estado civil de **casados**;
- Trabalhavam de **41 a 50 horas por semana**;
- Tinham a categoria docente de **Auxiliares de Ensino**;
- Eram da área acadêmica de **Ciências Humanas**;
- Tinham de **6 a 10 anos de serviço**; trabalhavam no regime de **tempo parcial**;
e
- Possuíam o título acadêmico de **Bacharéis**.

4.1.2. Situações de trabalho

Os histogramas das situações de trabalho encontram-se no ANEXO 6.

O comportamento médio do perfil dos professores universitários, que compuseram a amostra, em relação aos valores modais (os mais freqüentes) das Situações de Trabalho, foi o seguinte:

- Tinham **poucas** dúvidas quanto ao seu desempenho no trabalho;
- Sentiam **mais ou menos** que queriam ser o melhor em seu trabalho;
- Não tinham **nada** de medo da concorrência em seu trabalho;

- Não tinham **nada** de temer em perder o controle em seu trabalho;
- Procuravam **bastante** fazer sempre o seu trabalho com perfeição;
- Sentiam **mais ou menos** dificuldades em aceitar críticas em seu trabalho;
- Sentiam **mais ou menos** dificuldades em aceitar críticas em seu trabalho;
- Ficavam **bastante** chateados quando cometiam erros trabalhando;
- Ficavam entre **mais ou menos** e **bastante** tensos pela falta de tempo para executar seu trabalho totalmente;
- Sentiam **pouco** quanto aos outros não terem competência para trabalhar com eles;
- Estavam entre **pouco** e **mais ou menos** preocupados com a opinião alheia, sobre o desempenho de seu trabalho;
- Ficavam **pouco** irritados com alunos e colegas;
- Ficavam **nada** agressivos com alunos e colegas;
- Não precisavam **nada** da aprovação de todos para se sentirem bem;
- Ficavam muito tensos para executar o seu trabalho **um pouco**;
- Sentem que estão ficando **um pouco** cada vez mais em estresse, no seu trabalho;
- Sentem **nada** que não estão na profissão certa;
- Se pudessem, deixariam de ser professor **nada**;
- Pensam **mais ou menos** que o problema está mais na instituição escolar/universitária do que neles mesmos;
- Pensam que a instituição perturba **mais ou menos** o seu desempenho como professor.

4.1.2.1. Estabelecimento de critérios:

Considerando-se que só terão importância para a Análise Estatística Descritiva as respostas "Pouco", "Mais ou Menos", "Muitíssimo" e "Bastante", faz-se necessário o estabelecimento de critérios de inclusão ou não da Situação de Trabalho que está sendo estudada, no Teste Estatístico K-S.

Se as respostas às perguntas fossem, idealmente, realizadas, isto é, igualmente distribuídas entre as cinco opções de resposta, no caso das Situações de Trabalho, teríamos 20% da amostra para cada uma das opções de resposta, o que representariam 10 professores para cada opção "Nada", "Pouco", "Mais ou Menos", "Muitíssimo" e "Bastante".

Assim, julgamos conveniente aceitar para o teste estatístico K-S todas as variáveis cujas somas das respostas "Pouco", "Mais ou Menos", "Muitíssimo" e "Bastante" representassem 50% ou mais dos professores da amostra. Por conseguinte, aquelas variáveis que representarem menos que 25 professores com a soma das respostas "Pouco", "Mais ou Menos", "Muitíssimo" e "Bastante", não serão testadas estatisticamente com o Teste K-S, neste trabalho.

4.1.3. Estados depressivos

Os histogramas dos estados depressivos encontram-se no ANEXO 5

O Comportamento Médio do Perfil dos Professores Universitários que compuseram a amostra, em relação aos valores modais (os mais freqüentes), foi o seguinte:

- Tinham **um pouco** de alteração no humor, como desânimo;
- Tinham **de modo algum** alteração no humor, como melancolia;
- Tinham **de modo algum** alteração no humor, como tristeza
- Tinham **um pouco** de alteração no humor, como irritação;
- Tinham **um pouco** ocorrências freqüentes de períodos de ansiedade;

- Tinham **um pouco** mantido o seu peso numa situação estável;
- Tinham **um pouco** apresentado baixa auto-estima;
- Tinham **de modo algum** apresentado pessimismo;
- Tinham **de modo algum** se sentido com remorsos;
- Tinham **um pouco** se sentido em estresse;
- Tinham **muito** se sentido perfeccionistas;
- Tinham **de modo algum** comportado-se de maneira negativista; e
- Tinham **um pouco** se sentido que são muito críticos.

4.1.3.1. Estabelecimento de critérios:

Considerando-se que só terão importância, para a Análise Estatística Descritiva, as respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais", faz-se necessário o estabelecimento de critérios de inclusão, ou não - em função da frequência absoluta de ocorrência do Estado Depressivo que está sendo estudado, no Teste Estatístico K-S.

Se as respostas às perguntas fossem, idealmente, realizadas, isto é, igualmente distribuídas entre as quatro opções de resposta, no caso dos Estados Depressivos, teríamos 25% da amostra para cada uma das opções de resposta, o que representariam cerca de 12 professores para cada opção "De Modo Algum", "Um Pouco", "Muito" e "Demais". Assim, julgamos conveniente aceitar, para o teste estatístico, todas as variáveis cujas somas das respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais" representassem 50% ou mais, dos professores da amostra. Por conseguinte, aqueles fatores que representarem menos que 25 professores como a soma das respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais", não serão testados estatisticamente, neste trabalho.

4.2. APLICAÇÃO DO TESTE K-S

A descrição do Teste Kolmogorov-Smirnov (Siegel, 1956), bem como um exemplo do seu emprego, encontra-se no ANEXO 8.

Foram realizados, ao todo, 275 Testes K-S, assim distribuídos para 11 fatores dos dados demográficos: 9 estados depressivos ($9 \times 11 = 99$ testes); 16 situações de trabalho ($16 \times 11 = 176$ testes). Devido à necessidade de simplificar e reduzir o conteúdo deste trabalho, somente um exemplo do teste para um dos estados depressivos (o **desânimo**) está demonstrado no ANEXO 8.

4.3. RESULTADOS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA

4.3.1. Da redução de fatores

A pré-análise, realizada sobre os fatores, teve por finalidade reduzir a sua quantidade, uma vez que os questionários utilizados como coletores de dados, relacionavam 14 estados depressivos e 20 situações de trabalho, totalizando 34 fatores.

Se tivéssemos podido utilizar a Análise de Fatores pretendida, também reduziríamos os fatores, embora, neste caso, utilizando de um método menos arbitrário que o que aplicamos, o qual reduziu os estados depressivos em 9 e as situações de trabalho em 16, causando, assim, uma redução total de 9 fatores (resultando um percentual de redução de 26,47 %).

4.3.2. Comentários sobre os resultados do teste K-S

O Teste K-S comparou as distribuições de frequência *observadas* (dos dados de frequência relativa da amostra) com a *teórica* (de uma distribuição uniforme, em que a escolha de qualquer das classes é aleatória, isto é, não se privilegia nenhuma das classes). O teste permitiu, então, afirmar se determinado fator (isto é, se determinada *situação de trabalho* ou determinado *estado depressivo*) dependeu, ou não, de uma das classes dos 11 fatores dos dados demográficos envolvidas neste estudo.

4.3.3. Resultados Classificados por *estados e depressivos e situações de trabalho*

Os resultados da análise estatística e, em nível de significância de 10 % para a aplicação do Teste K-S, permitem que se afirme o seguinte:

4.3.3.1. Quanto aos *estados depressivos (ED)*

Só foram analisadas, estatisticamente, aqueles fatores que afetaram a 50 %, ou mais, da população dos professores da amostra, isto é, de 25, ou mais, professores universitários que responderam "Um Pouco", "Muito" e "Demais" às questões envolvendo os estados depressivos.

Estão relacionados, quando aplicáveis, os 2 fatores mais frequentes na amostra, e os números entre parênteses indicam a *freqüência absoluta observada* de cada uma. Decidimos relacionar 2 fatores dos dados demográficos apenas quando a freqüência absoluta do segundo fator fosse, pelo menos 50 %, da freqüência absoluta do primeiro mais freqüente.

a - Alterações no humor como **desânimo**:

Afetou a 64 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (27)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (27)**;
- com idades de **36 a 45 anos (11) e 31 a 35 anos (8)**;
- que eram **casados (16) e separados (6)**;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (19) e integral (8)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (14) e Doutor (9)**.

Porém, o estado depressivo **desânimo** ocorreu, nos professores universitários da amostra, independentemente do **sexo, das horas trabalhadas por semana, da categoria docente, do tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

b - Alterações no humor, como **melancolia**:

Afetou a 50 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (22)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (20)**;
- com idades de **31 a 35 anos (8)** e **36 a 45 anos (7)**;
- que eram **casados (15)**; e
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (15)**.

Porém, o estado depressivo **melancolia** ocorreu, nos professores universitários da amostra, independente do **sexo, das horas trabalhadas por semana, da categoria docente, do tempo de serviço, da área acadêmica** e do **título acadêmico**.

c - Alterações no humor, como **tristeza**:

Afetou a 56 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (25)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (24)**;
- com idades de **36 a 45 anos (10)** e de **31 a 35 anos (9)**;
- que eram **casados (17)**;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (18)**; e
- que possuíam o **título acadêmico de Mestre**.

Porém, o estado depressivo **tristeza** ocorreu, nos professores da amostra, independentemente do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, da **categoria docente**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

d - Alterações no humor, como **irritação**:

Afetou a 74 % da população amostral e foi característica de professores:

- com idades de **36 a 45 anos (14)** e de **31 a 35 anos (11)**;
- que eram **casados (22)**;
- que tinham **Mestre (10)** e **Doutor (8)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (24)**; e
- que possuíam o título acadêmico de **Mestre (18)** e **Bacharel (10)**.

Porém, o estado depressivo **irritação** ocorreu, nos professores da amostra, independentemente de **não terem feito tratamentos psicológico e psiquiátrico**, do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

e - Ocorrência freqüente de **períodos de ansiedade**:

Afetou a 76 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (32)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (33)**;
- com idades de **36 a 45 anos (16)** e de **31 a 35 anos (10)**;
- com o estado civil de **casado (22)** ;
- que trabalhavam de **41 a 50 horas por semana (13)** e de **36 a 40 horas por semana (10)**;
- que tinham **Mestre (10)** e **Auxiliar de Ensino (10)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **integral (21)** e **completo (11)**; e
- que possuíam o título acadêmico de **Mestre (17)** e **Bacharel (12)**.

Porém, o estado depressivo **períodos de ansiedade** ocorreu, nos professores universitários da amostra, independentemente do **sexo**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

f - Não manutenção do **peso estável**:

Afetou apenas a 30 % da população amostral.

g - Apresentando **baixa auto-estima**:

Afetou a 56 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (24)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (23)**;
- com idades de **36 a 45 anos (11)** e de **31 a 35 anos (8)**;
- com o estado civil de **casado (15)**;
- que tinham **Auxiliares de Ensino (9)**, **Doutores (8)** e **Mestres (8)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (16)** e **integral (8)**; e
- que possuíam o título acadêmico de **Mestre (12)** e **Bacharel (9)**.

Porém, o estado depressivo **baixa auto-estima** para os professores da amostra, ocorreu independentemente do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

h - Frequentemente é **pessimista**:

Afetou apenas a 30 % da população amostral.

i - Sente-se **culpado**:

Afetou apenas a 26 % da população amostral.

j - Sente-se com **remorsos**:

Afetou apenas a 30 % da população amostral.

k - Sente-se **em estresse**:

Afetou a 74 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (30)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (31)**;
- com idades de **36 a 45 anos (12)** e de **31 a 35 anos (11)**;
- com o estado civil de **casado (23)**;
- que tinham **Auxiliares de Ensino (11)** e **Mestre (10)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **integral (24)**; e
- que possuíam o título acadêmico de **Mestre (16)** e **Bacharel (13)**.

Porém, o estado depressivo **em estresse**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

l - Tende a ser **perfeccionista** em seu trabalho:

Afetou a 98 % da população amostral e foi característica de professores:

- com idades de **36 a 45 anos (20)** e de **31 a 35 anos (13)**;
- com o estado civil de **casado (29)** ;
- que tinham **Auxiliares de Ensino (13)** e **Mestres (12)**, como categorias docentes;

- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (28) e integral (15); e**
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (20) e Bacharel (17).**

Porém, o estado depressivo **perfeccionista**, para os professores da amostra, ocorreu independentemente de **não terem feito tratamentos psicológico e psiquiátrico**, do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica** .

m - Comportamento de modo **negativista**:

Afetou apenas a 38 % da população amostral.

n - Sente que é muito **crítico**:

Afetou a 92 % da população amostral e foi característica de professores:

- com idades de **36 a 45 anos (18) e 31 a 35 anos (13);**
- com o estado civil de **casado (27);**
- que tinham **Doutor (12) e Auxiliares de Ensino (12)**, seguidos de **Mestre (11)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **tempo parcial (27) ; e**
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (18) e Bacharel (15).**

Porém, o estado depressivo **crítico**, para os professores da amostra, ocorreu independentemente de **não terem feito tratamentos psicológico e psiquiátrico**, do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

4.3.3.2. Quanto às situações de trabalho (ST)

Só foram analisadas, estatisticamente aqueles fatores das Situações de Trabalho que afetaram a 50 %, ou mais, da população dos professores da amostra, isto é, de 25, ou mais, professores universitários que responderam "Pouco", "Mais ou Menos", "Bastante" e "Muitíssimo" às questões envolvendo as situações de trabalho.

Estão relacionadas, quando aplicáveis, os 2 fatores mais frequentes na amostra e os números entre parênteses indicam a *frequência absoluta observada* de cada uma. Decidimos relacionar 2 fatores apenas quando a frequência absoluta do segundo fator fosse, pelo menos, 50 % da frequência absoluta da primeira mais frequente.

a - Ficar com dúvidas quanto ao seu **desempenho** no trabalho:

Afetou a 70 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (28)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (30)**;
- com idades de **36 a 45 anos (16)** e de **31 a 35 anos (8)**;
- com o estado civil de **casado (20)**;
- que trabalhavam de **41 a 50 horas por semana (11)** e de **31 a 40 horas por semana (10)**;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (20)** e **integral (10)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (15)** e **Bacharel (11)**.

Porém, a situação de trabalho **desempenho**, para os professores da amostra, ocorreu independentemente do **sexo**, da **categoria docente**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

b - Sente que quer ser o **melhor** em seu trabalho:

Afetou a 84 % da população amostral e foi característica de professores:

- com idades de **36 a 45 anos (17)** e de **31 a 35 anos (10)**;
- com o estado civil de **casado (25)**;

- que tinham **Mestre (11), Doutor (10) e Auxiliares de Ensino (10)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (25)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (16) e Bacharel (14)**.

Porém a situação de trabalho **melhor em seu trabalho**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente de **não terem feito os tratamentos psiquiátrico e psicológico**, do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

c - Tem **medo da concorrência, em seu trabalho**:

Afetou apenas a 40 % da população amostral.

d - Teme em **não dar conta** de seu trabalho:

Afetou a 52 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (20)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (23)**;
- com o estado civil de **casado (17)**;
- que tinham **Mestre (8) e Auxiliar de Ensino (7)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (18)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (15) e Bacharel (8)**.

Porém a situação de trabalho **não dar conta**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente do **sexo**, da **idade**, das **horas trabalhadas por semana**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

e - Teme em **perder o controle** em seu trabalho e procura fazer tudo sozinho:

Afetou apenas a 48 % da população.

f - Procura sempre fazer seu trabalho com **perfeição**:

Afetou a 84 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (40)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (42)**;
- com idades de **36 a 45 anos (20)** e de **31 a 35 anos (12)**;
- com o estado civil de **casado (28)**;
- que trabalhavam de **41 a 50 horas por semana (14)** e de **31 a 40 horas por semana (12)**;
- que tinham **Mestre (12)**, **Auxiliar de Ensino (12)** e **Doutores (10)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (28)** e **Integral (14)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (20)** e **Bacharel (16)**.

Porém a situação de trabalho **perfeição**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente do **sexo**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

g - Sente **dificuldades em aceitar críticas** em seu trabalho:

Afetou a 82 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (34)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (34)** ;
- com idades de **36 a 45 anos (16)** e de **31 a 35 anos (12)**;

- com o estado civil de **casado (23)**;
- que tinham **Mestre (11), Auxiliar de Ensino (11) e Doutores (10)**, como categorias docentes;
- que eram das áreas acadêmicas **Ciências Humanas (19) e Ciências Biológicas (18)**;
- que trabalhavam no regime de trabalho **integral (23) e completo (12)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (17) e Bacharel (13)**.

Porém a situação de trabalho **dificuldades em aceitar crítica**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana** e do **tempo de serviço**.

h - Costuma ficar muito chateado quando **comete algum erro trabalhando**:

Afetou a 94 % da população amostral e foi característica de professores:

- com idades de **36 a 45 anos (16) e de 31 a 35 anos (13)**;
- com o estado civil de **casado (28)**;
- que trabalhavam de **41 a 50 horas por semana (13), de 31 a 40 (13) e de 11 a 20 horas por semana (9)**;
- que tinham **Mestre (11), Doutor (11), Auxiliar de Ensino (11) e Professor Assistente (7)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **tempo parcial (26) e integral (15)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (20) e Bacharel (16)**.

Porém a situação de trabalho **comete erros trabalhando**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente de **não terem feito tratamentos psicológico e psiquiátrico**, do **sexo**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

i - Sente que fica muito tenso pela **falta de tempo** para executar totalmente seu trabalho:

Afetou a 86 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (37)**;
- com idades de **36 a 45 anos (19)** e de **31 a 35 anos (11)**;
- com o estado civil de **casado (26)**;
- que tinham **Mestre (12)** e **Doutor (11)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (24)** e **integral (14)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (19)** e **Bacharel (13)**.

Porém a situação de trabalho **falta de tempo**, para os professores universitários da amostra, correu independentemente de **não terem feito tratamento psicológico**, do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

j - Sente que os **outros não têm competência** para trabalhar consigo:

Afetou a 76 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (33)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (31)**;
- com idades de **36 a 45 anos (14)** e **31 a 35 anos (12)**;
- com o estado civil de **casado (21)**;
- que tinham **Doutor (12)** e **Mestre (11)**, como categorias docentes;
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (16)** e **Doutor (12)**.

Porém a situação de trabalho **outros não têm competência**, para os professores da amostra, ocorreu independentemente do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, do **tempo de serviço**, do **regime de trabalho** e da **área acadêmica**.

k - Sente extremamente preocupado com a **opinião alheia** sobre o seu desempenho no trabalho:

Afetou a 76 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (31)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (33)**;
- com idades de **36 a 45 anos (17)** e de **31 a 35 anos (10)**;
- com o estado civil de **casado (21)**;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (23)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (17)** e **Bacharel (11)**.

Porém a situação de trabalho **opinião alheia**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente do **sexo**, da **categoria docente**, do **tempo de serviço**, das **horas trabalhadas por semana**, e da **área acadêmica**.

1 - Tem se **irritado** constantemente **com alunos e colegas**:

Afetou a 80 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (34)** ;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (33)**;
- com idades de **36 a 45 anos (17)** e de **31 a 35 anos (10)**;
- com o estado civil de **casado (23)**;
- que tinham **Doutor (11)**, **Mestre (11)** e **Auxiliar de Ensino (11)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **integral (23)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (17)** e **Doutor (12)**.

Porém a situação de trabalho **irritado com alunos e colegas**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, da **área acadêmica** e do **tempo de serviço**.

m - Tem ficado muito **agressivo com alunos e colegas**:

Afetou a 58 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (25)**;
- com idades de **36 a 45 anos (12)** e de **31 a 35 anos (8)**;
- com o estado civil de **casado (17)**;
- que tinham **Mestre**, como categoria docente;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (10)** e **Doutor (9)**.

Porém a situação de trabalho **agressivo com alunos e colegas**, para os professores universitários da amostra ocorreu independentemente de **não terem feito tratamento psiquiátrico**, do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, do **tempo de serviço** e da **área acadêmica**.

n - **Precisa ser aprovado por todos** para sentir-se bem.

Afetou a 64 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (26)**;
- com idades de **36 a 45 anos (13)** e de **31 a 35 anos (9)**;
- com o estado civil de **casado (15)** e **separado (8)**;
- que tinham **Mestre (9)**, **Doutor (8)** e **Auxiliar de Ensino (8)** como, categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (19)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (13)** e **Bacharel (10)**.

Porém a situação de trabalho **precisa ser aprovado por todos**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente de **não terem feito tratamento psicológico, do sexo, das horas trabalhadas por semana da área acadêmica e do tempo de serviço.**

o - Tem ficado muito **tenso** para executar seu trabalho:

Afetou a 78 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (33);**
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (33);**
- com idades de **36 a 45 anos (17) e 31 a 35 anos (9);**
- com o estado civil de **casado (23);**
- que tinham **Doutor (12) e Mestre (11)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam nos regimes de trabalho **parcial (21) e integral (13); e**
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (16) e Bacharel (12).**

Porém a situação de trabalho **tenso**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente do **sexo, das horas trabalhadas por semana, da área acadêmica e do tempo de serviço.**

p - Sente que tem ficado cada vez mais **em estresse** em seu trabalho:

Afetou a 82 % da população amostral e foi característica de professores:

- com idades de **36 a 45 anos (17) e 31 a 35 anos (11);**
- com o estado civil de **casado (23);**
- que tinham **Doutor (11), Mestre (11), Auxiliar de Ensino (11) e Professor Assistente (7)**, como categorias docentes;

- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (12)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (19) e Bacharel (13)**.

Porém o estado depressivo **em estresse**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente de **não terem feito tratamentos psicológico e psiquiátrico**, do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, da **área acadêmica** e do **tempo de serviço**.

q - Sente que **não está na profissão certa**:

Afetou apenas a 42 % da população amostral.

r - Se pudesse, **deixaria de ser professor**:

Afetou apenas a 20 % da população amostral.

s - Pensa que o **problema está mais na instituição** escolar/universitária do que na pessoa do professor:

Afetou a 80 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (33)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (32)**;
- com idades de **36 a 45 anos (16)** e de **31 a 35 anos (10)**;
- com o estado civil de **casado (23)**;
- que tinham **Mestre (11)**, **Auxiliar de Ensino (11)** e **Doutor (9)**, como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (24)** ; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (16) e Bacharel (12)**.

Porém a situação de trabalho **problema está mais na instituição**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, da **área acadêmica** e do **tempo de serviço**.

t - A **instituição** escolar/universitária **perturba o seu desempenho** como professor:

Afetou a 74 % da população amostral e foi característica de professores:

- que **não fizeram tratamento psicológico (31)**;
- que **não fizeram tratamento psiquiátrico (32)** ;
- com idades de **36 a 45 anos (15)** e de **31 a 35 anos (10)**;
- com o estado civil de **casado (22)**;
- que tinham **Auxiliar de Ensino (11)** e **Mestre (10)**. como categorias docentes;
- que trabalhavam no regime de trabalho **parcial (22)**; e
- que possuíam os títulos acadêmicos de **Mestre (15)** e **Bacharel (12)**.

Porém a situação de trabalho **instituição perturba seu desempenho**, para os professores universitários da amostra, ocorreu independentemente do **sexo**, das **horas trabalhadas por semana**, da **área acadêmica** e do **tempo de serviço**.

4.3.4 . Resultados classificados por fator de interesse

4.3.4.1. Influências dos fatores de interesse (FI) sobre os estados depressivos e situações de trabalho

Teoricamente, cada fator de interesse poderia ter influência em 9 estados depressivos e em 16 situações de trabalho, pois esta foi a quantidade de fatores *analisáveis segundo o critério estabelecido (o de afetarem a 50 % ou mais da população amostral,)* constantes dos questionários deste trabalho.

4.3.4.2. Graus de influência de cada classe relevante de fator de interesse sobre os estados depressivos e situações de trabalho.

Uma classe relevante de variável é aquela que fornece uma distribuição observada tal que, em nível de significância de 10 % do Teste K-S, difere da distribuição uniforme (a distribuição teórica do teste).

Entendemos que os resultados da aplicação do teste estatístico de hipóteses K-S demonstram *influências* de um fator A sobre um fator B, quer sejam elas *estados depressivos* ou *situações de trabalho* e isto fica detalhado a seguir.

a - Não ter feito tratamento psicológico.

86% da amostra não fez este tratamento. Os resultados do Teste K-S permitiram afirmar, em nível de significância de 10 %, que a **não realização de tratamento psicológico** exerceu influência em 6 estados depressivos (66,7 % do total) e em 12 situações de trabalho (75,0 % do total).

Os estados depressivos afetados foram: **desânimo, melancolia, tristeza, períodos de ansiedade, baixa auto-estima e em estresse.**

As situações de trabalho afetadas foram: **desempenho no trabalho, não dar conta, perfeição, dificuldade em aceitar críticas, outros não têm competência, opinião alheia, irritado com alunos e colegas, agressivo com alunos e colegas, tenso,, problema está na instituição e instituição perturba seu desempenho.**

No entanto, o fato de **não terem feito tratamento psicológico** foi independente da ocorrência dos estados depressivos, **irritação, perfeccionista e crítico**; além de ter sido também independente da ocorrência das situações de trabalho **melhor em seu trabalho, comete erros, falta de tempo, precisa ser aprovado por todos e em estresse.**

b - Não ter feito tratamento psiquiátrico.

86 % da amostra não fez este tratamento. Os resultados do Teste K-S permitiram afirmar, em nível de significância de 10 %, que a **não realização de tratamento psiquiátrico** exerceu influência em 6 estados depressivos (66,7 % do total) e em 11 situações de trabalho (75,0 % do total).

Os estados depressivos afetados foram: **desânimo, melancolia, tristeza, períodos de ansiedade, baixa auto-estima e em estresse.**

As situações de trabalho afetadas foram: **desempenho no trabalho, não dar conta, perfeição, dificuldade em aceitar críticas, falta de tempo, outros não têm competência, opinião alheia, irritado com alunos e colegas, aprovação de todos, tenso, problema está na instituição e instituição perturba seu desempenho.**

No entanto, o fato de **não terem feito tratamento psiquiátrico** foi, independente da ocorrência dos estados depressivos, **irritação, perfeccionista e crítico;** além de ter sido, também independente da ocorrência das situações de trabalho, **melhor em seu trabalho, comete erros, agressivo com alunos e colegas e em estresse.**

c - Sexo

Não exerceu influência sobre nenhum estado depressivo e nenhuma situação de trabalho. Os resultados do Teste K-S permitiram afirmar, em nível de significância de 10 %, que os 9 estados depressivos e as 14 situações de trabalho apresentadas pelos professores universitários e analisadas, neste estudo independeram do sexo deles.

d - Idade:

Os resultados do Teste K-S permitiram afirmar, em nível de significância de 10 %, que as idades de 36 a 45 e 31 a 35 anos (a primeira em maior grau que a segunda) exerceram influências, cada uma, sobre 9 estados depressivos (100,0 % do total) e em 15 situações de trabalho (93,7 % do total).

Os estados depressivos afetados nos dois casos foram: **desânimo, melancolia, tristeza, irritação, períodos de ansiedade, baixa auto-estima, estresse, perfeccionista, e crítico.**

As situações de trabalho afetadas, nos dois casos, foram: **desempenho no trabalho, melhor em seu trabalho, perfeição, dificuldade em aceitar críticas, comete erros trabalhando, falta de tempo, outros não têm competência, opinião alheia, irritado com alunos e colegas, agressivo com alunos e colegas, precisa ser aprovado por todos, tenso, em estresse, problema está na instituição e instituição perturba seu desempenho.**

No entanto, as idades dos professores universitários foram independentes da ocorrência da situação de trabalho, **não dar conta do trabalho.**

e - Estado Civil

Os resultados do Teste K-S permitiram afirmar, em nível de significância de 10 %, que:

(1) - O estado civil **casado** exerceu influência em todos os *estados depressivos e situações de trabalho* analisadas. **Neste caso, todos os estados depressivos e todas as situações de trabalho foram afetados;**

(2) - O estado civil **separado** exerceu influência menor em 1 estado depressivo (11,1 % do total) e em 1 situação de trabalho (6,2 % do total). Neste caso, o estado depressivo afetado foi o **desânimo**, e a situação de trabalho afetada foi a **precisa ser aprovado por todos.**

f- Horas Trabalhadas Por Semana

Os resultados do Teste K-S permitiram afirmar, em nível de significância de 10 %, que:

(1)- As horas trabalhadas por semana exerceram influência sobre um estado depressivo (11, 1 % do total), mas, no caso das situações de trabalho, ocorreram 3 casos (18,8 % do total) para a faixa de 41 a 50 horas e 3 casos para a faixa de 31 a 40 horas (a segunda em menor intensidade).

(2) - O estado depressivo afetado foi o **períodos de ansiedade;**

(3) - Nas duas faixas de horas trabalhadas, as situações de trabalho afetadas foram as seguintes: **desempenho no trabalho, perfeição e comete erros.**

(3) - No entanto, as horas trabalhadas por semana, pelos professores universitários, foram independentes da ocorrência dos estados depressivos, **desânimo, melancolia, tristeza, irritação, baixa auto-estima, estresse, perfeccionismo e crítico;**

além de ter sido, também, independentes das seguintes situações de trabalho: **melhor, não dar conta, dificuldades em aceitar críticas, falta de tempo, opinião alheia, irritado com alunos e colegas, agressivo com alunos e colegas, precisa da aprovação de todos, tenso, em estresse, o problema está mais na instituição e a instituição perturba seu desempenho.**

g - Categoria Docente

Os resultados do Teste K-S permitiram afirmar, em nível de significância de 10 %, que:

(1) - Os Mestres exerceram influência em 5 *estados depressivos* (55,5% do total) e em 10 *situações de trabalho* (62,5 % do total).

(2) - Os Auxiliares de Ensino exerceram influência em 4 estados depressivos (44,4 % do total) e em 6 situações de trabalho (37,5 % do total).

(3) - Os Doutores exerceram influência sobre 1 estado depressivo 11,1% do total) e sobre 5 situações de trabalho (31,2 % do total).

(4) - Os Doutores exerceram influência (neste caso, ainda menor) sobre 2 estados depressivos (22,2 % do total) e em 6 situações de trabalho (37,5 % do total).

(5) - Os estados depressivos afetados pela Categoria Docente foram: **irritação, períodos de ansiedade, baixa auto-estima, estresse, perfeccionista e crítico.** No caso das situações de trabalho afetadas pela Categoria Docente foram: **melhor em seu trabalho, não dar conta, perfeição, dificuldade em aceitar críticas, comete erros, falta de tempo, outros não têm competência, irritado com alunos e colegas, agressivo com aluno e colegas, precisa da aprovação de todos, tenso, em estresse, o problema está na instituição e instituição perturba seu desempenho.**

(6) - No entanto, a Categoria Docente foi independente da ocorrência dos estados depressivos, **desânimo, melancolia, e tristeza;** além de ter sido também independente da ocorrência das situações de trabalho, **desempenho e preocupado com a opinião alheia.**

h - Área Acadêmica

Os resultados do Teste K-S permitiram afirmar, em nível de significância de 10 %, que:

(1) - Não exerceu influência sobre nenhum estado depressivo, mas as áreas de Ciências Humanas e Biológicas (a segunda em menor grau) exerceram influência em 1 situação de trabalho (6,2 % do total). A situação de trabalho afetada, para ambos os casos foi **dificuldades em aceitar críticas**.

(2) - No entanto, a área acadêmica foi, independente da ocorrência dos estados depressivos, **desânimo, melancolia, tristeza, irritação, períodos de ansiedade, baixa auto-estima, perfeccionista, estresse e crítico**; além de ter sido, também independente da ocorrência das situações de trabalho **desempenho, melhor em seu trabalho, não dar conta, perfeição, comete erros, falta de tempo, outros não têm competência, preocupado com a opinião alheia, irritado com alunos e colegas, agressivo com alunos e colegas, precisa da aprovação de todos, tenso, em estresse, problema está na instituição e a instituição perturba seu desempenho**.

i - Tempo de Serviço

Os resultados do Teste K-S permitiram afirmar, em nível de significância de 10 %, que os 9 estados depressivos e as 16 situações de trabalho, apresentadas pelos professores universitários e analisadas neste estudo, independeram do tempo de serviço deles.

j - Regime de Trabalho

Os resultados do Teste K-S permitiram afirmar, em nível de significância de 10 %, que:

(1) - O regime de trabalho **parcial** exerceu influência em 7 estados depressivos (77,8% do total) e em 12 situações de trabalho (75,0% do total);

(2) - O regime de trabalho **integral**, em menor grau, exerceu influência em 3 estados depressivos (33,3 % do total) e em 5 situações de trabalho (31,2 % do total);

(3) - O regime de trabalho afetou todos os 9 estados depressivos constantes deste estudo, ou seja: **desânimo, melancolia, tristeza, irritação, períodos de ansiedade, baixa auto-estima, estresse, perfeccionista e crítico**. No caso das situações de trabalho, afetadas pelo regime de trabalho, foram: **desempenho, melhor em seu trabalho, não dar conta do trabalho, perfeição, dificuldades de aceitar críticas, comete erros, falta de tempo, opinião alheia, agressivo com alunos e colegas, precisa da aprovação de todos, tenso, em estresse, problema está na instituição e a instituição perturba seu desempenho**.

(4) - No entanto, o regime de trabalho foi, independente da ocorrência da situação de trabalho, **outros não têm competência**,

k- Título Acadêmico

Os resultados do Teste K-S permitiram afirmar, em nível de significância de 10 %, que:

(1) - O título de Mestre exerceu influência em 7 estados depressivos (77,8% do total) e em 12 situações de trabalho (75,0% do total);

(2) - O título de Bacharel exerceu, em menor grau, em 6 estados depressivos (66,7 % do total) e em 9 situações de trabalho (56,2 % do total).

(3) - O título acadêmico exerceu influência nos seguintes *estados depressivos*: **desânimo, tristeza, irritação, períodos de ansiedade, baixa auto-estima, estresse, perfeccionista e crítico**.

(4) - O título acadêmico ainda exerceu influência nas seguintes situações de trabalho, do presente estudo: **desempenho, melhor em seu trabalho, não dar conta, perfeição, dificuldade em aceitar críticas, chateado quando comete erros, falta de tempo, outros não têm competência, irritado com alunos e colegas, agressivo com alunos e colegas, precisa da aprovação de todos, tenso, em estresse, problema está na instituição e a instituição perturba seu desempenho**.

(5) - No entanto, o título acadêmico foi, independente da ocorrência do estado depressivo, **melancolia** e, da situação de trabalho, **preocupado com a opinião alheia**.

4.3.5. Resultados da análise das situações de trabalho desencadeantes de estados depressivos

As forças das relações entre os diversos fatores indicados (estados depressivos e situações de trabalho que afetaram a 50 %, ou mais, da amostra) foram calculadas por meio do Coeficiente de Correlação Linear r e do correspondente Coeficiente de Determinação r^2 .

Nas tabelas 1 e 2, abaixo, estão indicadas somente as correlações que foram significantes para $p < 0,05$, assim como os respectivos valores dos coeficientes de determinação. Os valores de ambos os coeficientes estão colocados, nas tabelas, em ordem de ocorrência decrescente.

Tabela 1: Coeficientes de correlação linear e de determinação dos estados depressivos.

ESTADO DEPRESSIVO X FATOR DE INTERESSE CORRELACIONADOS (ED ou ST)	r	R²
1 - Desânimo:	-	-
Desânimo x Períodos de Ansiedade	0,45	0,202
Desânimo x Baixa Auto-Estima	0,39	0,152
Desânimo x Crítico	0,37	0,137
2 - Melancolia:	-	-
Melancolia x Tristeza	0,53	0,280
Melancolia x Baixa Auto-Estima	0,52	0,270
Melancolia x Períodos de Ansiedade	0,41	0,168
Melancolia x Crítico	0,37	0,137
3 - Tristeza:	-	-
Tristeza x Melancolia	0,53	0,280
Tristeza x Baixa Auto-Estima	0,39	0,152
Tristeza x Culpado	0,36	0,129
4 - Irritação	-	-
Irritação x Instituição perturba	0,30	0,090
Irritação x Em Estresse	-0,29	0,084
5 - Períodos de Ansiedade	-	-
Períodos de Ansiedade x Desânimo	0,45	0,202
Períodos de Ansiedade x Melancolia	0,41	0,168
Períodos de Ansiedade x Perfeccionismo	0,36	0,129
ESTADO DEPRESSIVO X FATOR DE INTERESSE CORRELACIONADOS (ED ou ST)	r	R²
6 - Baixa Auto-Estima	-	-
Baixa Auto-Estima x Melancolia	0,52	0,270
Baixa Auto-Estima x Crítico	0,40	0,160
Baixa Auto-Estima x Tristeza	0,39	0,152
Baixa Auto-Estima x Desânimo	0,39	0,152

7 - Estresse:		
Estresse x Crítico	0,46	0,212
Estresse x Melancolia	0,39	0,152
Estresse x Preocupado com Opinião Alheia	0,33	0,109
8 - Perfeccionismo:		
Perfeccionismo x Perfeição	0,37	0,137
Perfeccionismo x Períodos de Ansiedade	0,36	0,130
Perfeccionismo x Comete Erros	0,37	0,137
9 - Crítico:		
Crítico x Estresse	0,46	0,211
Crítico x Baixa Auto-Estima	0,40	0,160
Crítico x Desânimo	0,37	0,137
Crítico x Melancolia	0,33	0,109
Crítico x Outros Não Têm Competência	- 0,33	0,109
Crítico x Comete Erros	0,29	0,084
Crítico x Problema Está na Instituição	0,29	0,084

Tabela 2: Coeficientes de correlação linear e de determinação das situações de trabalho

SITUAÇÕES DE TRABALHO X FATOR DE INTERESSE CORRELACIONADOS (ED ou ST)	r	r²
1 - Desempenho no Trabalho:	-	-
Desempenho x Problema Está na Instituição	- 0,44	0,193
Desempenho x Instituição Perturba Desempenho	- 0,33	0,109
2 - Melhor no Trabalho:	-	-
Melhor x Agressivo com Alunos e Colegas	0,29	0,084
3 - Teme Não Dar Conta do Trabalho:	-	-
4 - Perfeição:	-	-
Perfeição x Preocupado com Opinião Alheia	0,45	0,203
Perfeição x Perfeccionismo	0,37	0,137
Perfeição x Agressivo com Alunos e Colegas	0,32	0,102
Perfeição x Tenso para Executar Trabalho	0,31	0,096
Perfeição x Problema está na Instituição	0,31	0,096
Perfeição x Outros Não Têm Competência	0,28	0,078
5 - Dificuldades em Aceitar Críticas:	-	-
Aceitar Críticas x Agressivo com Alunos e Colegas	- 0,34	0,116
6 - Comete Erros Trabalhando:	-	-
7 - Falta de Tempo	-	-
Falta de Tempo x Preocupado com Aprovação de Todos	0,42	0,176
8 - Outros Não Têm Competência:	-	-
Outros Não Têm Competência x Agressivo com Alunos e Colegas	0,46	0,212
Outros Não Têm Competência x Crítico	- 0,33	0,109
Outros Não Têm Competência x Perfeição	0,28	0,078
9 - Preocupado com Opinião Alheia:	-	-
Opinião Alheia x Agressivo com Alunos e Colegas	0,46	0,211
Opinião Alheia x Estresse	0,33	0,109
Opinião Alheia x Perfeição	0,28	0,078
10 - Irritado com Alunos e Colegas	-	-
Irritado x Tenso no trabalho	0,34	0,116
Irritado x Agressivo com Alunos e Colegas	0,30	0,090
11 - Agressivo com Alunos e Colegas:	-	-
Agressivo x Em Estresse	0,53	0,209
Agressivo x Outros Não Têm Competência	0,46	0,212
Agressivo x Dificuldades em Aceitar Críticas	0,34	0,116
Agressivo x Perfeição	0,32	0,102
Agressivo x Irritado com Alunos e Colegas	0,30	0,090
SITUAÇÕES DE TRABALHO X FATOR DE INTERESSE CORRELACIONADOS (ED ou ST)	r	r²
Agressivo x Melhor em seu Trabalho	0,29	0,084
12 - Preocupado com a Aprovação de Todos:	-	-
Aprovação de Todos x Falta de Tempo	0,42	0,176
Aprovação de Todos x Inst. Perturba Desempenho	0,37	0,137
13 - Tenso no Trabalho	-	-
Tenso x Irritado com Alunos e Colegas	0,34	0,116
Tenso x Perfeição	0,31	0,096
14 - Em Estresse no Trabalho:	-	-
Em Estresse x Agressivo com Alunos e Colegas	0,38	0,144
Em Estresse x Irritação	- 0,29	0,084

15 - Problema Está na Instituição:	-	-
Problema Inst. x Instituição Perturba Desempenho	0,61	0,372
Problema Inst. x Desempenho	- 0,44	0,194
Problema Inst. x Dificuldades em Aceitar Criticas	0,31	0,096
Problema Inst. x Crítico	0,29	0,084
16 - Instituição Perturba Desempenho:	-	-
Instituição Perturba x Problema Está na Instituição	0,61	0,372
Instituição. Perturba x Preocupado com a Aprovação de Todos	0,37	0,137
Instituição Perturba x Desempenho	- 0,33	0,109
Instituição Perturba x Irritação	0,30	0,090

Uma análise dos resultados, apresentados nas duas tabelas acima, que indicam as correlações relevantes, no nível de significância de 5 %, para a amostra pesquisada, permite-nos afirmar que:

- Inexistem correlações positivas (ou negativas) fortes entre estados depressivos e situações de trabalho (ou mesmo entre estados depressivos e situações de trabalho entre si);
- As correlações positivas, existentes entre estados depressivos e situações de trabalho, são pouco mais que fracas, não chegando, porém, a médias;
- Ocorreram algumas correlações bastante óbvias entre estados depressivos entre si, como foi o caso de **melancolia x tristeza**.
- Também ocorreram algumas correlações bastante óbvias em situações de trabalho entre si, como foram os casos de: **desempenho x (problema está na instituição e instituição perturba seu desempenho), perfeição x (preocupado com a opinião alheia e outros não têm competência) e instituição perturba seu desempenho x irritação**.
- No entanto, um dos objetivos específicos do presente estudo é o de verificar se o ambiente de trabalho (ou seja, se as situações de trabalho) é ou não causador de estados depressivos. Neste sentido, as seguintes situações de trabalho revelaram correlações pouco maiores que fracas (não chegando a médias), com os seguintes estados depressivos:

- ❖ Os professores universitários "que procuram sempre fazer seu trabalho com **perfeição**" têm uma relação positiva para com o estado depressivo "**perfeccionismo**";
- ❖ Os professores universitários "extremamente preocupados com a **opinião alheia** sobre o seu desempenho no trabalho" têm uma relação positiva para com o estado depressivo "**estresse**";
- ❖ Os professores universitários "que sentem que têm ficado cada vez mais **em estresse** em seu trabalho" têm uma relação negativa para com o estado depressivo "**irritação**". Este resultado nos surpreendeu, pois seria de se esperar que quanto maior fosse a irritação, maior seria o estresse e não o inverso ocorrido.
- ❖ Os professores universitários "que ficam **preocupados com a opinião alheia** em seu trabalho" e ainda aqueles "que pensam que **os outros não têm competência**" têm uma relação positiva para com o estado depressivo "**irritação**".
- ❖ Os professores universitários "que pensam que o **problema está mais na instituição** escolar/universitária do que na pessoa deles" têm uma relação positiva para com o estado depressivo "**crítico**"; e
- ❖ Os professores universitários "que pensam que a **instituição** escolar/universitária **perturba seu desempenho** no trabalho" têm uma relação positiva para com o estado depressivo "**irritação**".

4.3.6. Resultado do cálculo da estimativa da taxa de depressão dos professores universitários

O resultado do cálculo da taxa de depressão dos professores universitários da amostra encontram-se no ANEXO 9 e indicou um intervalo de confiança para esta taxa, variando de 49,47 % a 62,90 %. A amplitude de variação ficou em 13,43 %.

4.3.7. Resultados da verificação do potencial de generalização da presente pesquisa.

Os fundamentos da verificação do potencial de generalização dos resultados da presente pesquisa para com as universidades pesquisadas, para com o Vale do Rio Paraíba, para com o Estado de São Paulo e mesmo para com o Brasil, estão descritos no ANEXO 9.

Foi verificado que o tamanho da amostra utilizada (50 professores universitários) não permite generalizar os resultados desta pesquisa, nem mesmo entre as 3 universidades de onde saíram os dados que lhe serviram de base.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. QUANTO AO TIPO DE AMOSTRAGEM REALIZADA.

Entendemos que realizamos no presente estudo, uma *amostragem por acessibilidade*, para a qual Gil (1995, p. 97) diz:

"Constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem. Por isso mesmo é destituída de qualquer rigor estatístico. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que eles possam, de alguma forma, representar o universo. Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios ou qualitativos, onde não é requerido elevado nível de decisão."

Admitimos que nossa amostra tenha sido por acessibilidade, que pudemos utilizar de provas estatísticas confiáveis e que o tamanho da amostra que obtivemos foi por adesão à pesquisa espontânea.

5.2. QUANTO AO TAMANHO DA AMOSTRA

As provas estatísticas utilizadas trouxeram dados percentuais importantes com relação aos questionários utilizados. Assim, dos 11 indicadores de Estados Depressivos, dentre 14 possíveis, 9 revelaram dados que justificam serem estudados, respectivamente: **desânimo, melancolia, tristeza, irritação, ansiedade, baixa auto-estima, estresse, perfeccionista e crítico**. No caso das Situações de Trabalho, dentre 20 situações possíveis, 16 se revelaram passíveis de análises, constituindo-se em: **desempenho, melhor em seu trabalho, não dar conta, perfeição, dificuldade em aceitar críticas, cometer erros, falta de tempo, outros não têm competência, opinião alheia, irritado com alunos e colegas, agressivo com alunos e colegas, precisa da aprovação de todos, tenso, em estresse, problema está na instituição e instituição perturba**.

O pequeno tamanho da amostra, porém, eliminou a possibilidade da realização de uma Análise Fatorial sobre os dados amostrais e ainda impediu que generalizássemos estes dados da pesquisa, nem mesmo para as universidades das quais a amostra foi colhida.

Porém, seus resultados foram analisados, e os apresentaremos por acreditar que poderão ser denunciadores da presença de sintomas iniciais do comprometimento da saúde mental dos professores universitários, das respectivas universidades, alertando-os e às suas instituições para a necessidade de um projeto efetivo futuro, em nível preventivo, evitando maior comprometimento nesta área.

5.3. QUANTO AOS ESTADOS DEPRESSIVOS

Em conformidade com a revisão bibliográfica à luz da Teoria Cognitivo-Comportamental e pelos resultados obtidos no presente trabalho, observamos que alguns sintomas dos **estados depressivos** podem estar correlacionados com a **situação de trabalho**, tornando o ambiente acadêmico uma situação de risco a saúde física e mental do professor universitário.

Conforme anteriormente abordado, os estados depressivos podem estar correlacionados com as distorções cognitivas decorrentes da percepção seletiva aos aspectos negativos (Beck *et al.*, 1982), do ambiente acadêmico.

Compartilhamos com as preocupações de diversos autores, entre eles podemos citar Dejours (1992), Mendes (1995), Seligmann Silva (1995), Guimarães, Cardoso, Grubits e Martins (1999), em que a organização do trabalho poderá pôr em risco a saúde física e mental do trabalhador e, de acordo com o nosso estudo, atingindo o professor diante de um ambiente de ensino desfavorável.

Ao analisarmos os 9 sintomas de **Estados Depressivos** que foram relevantes na amostra pesquisada - **desânimo, melancolia, tristeza, irritação, ansiedade, estresse, baixo auto-estima, perfeccionista e crítico** - tivemos de recorrer ao conjunto da literatura disponível sobre o assunto como suporte aos dados coletados na pesquisa. Escolhemos como as principais literaturas, no presente estudo, da CID-10 (OMS, 1993), DSM-IV (APA, 1995), Teoria Cognitivo-Comportamental, Psicopatologia do Trabalho (Dejours, 1992; Mendes, 1995; Seligmann Silva, 1992; 1994; 1995); Saúde Mental e Trabalho (Guimarães e Grubits, 1999).

Ter **alterações do humor** que abrangia os sintomas como desânimo (64%), melancolia (50%), tristeza (56%) e irritação (74%) foram escolhidos por 61% dos professores no somatório total dos sintomas do humor, da amostra pesquisada. No DSM-IV (APA,1995) encontramos que o humor é, freqüentemente descrito pela pessoa como deprimido, triste, desesperançado, desencorajado. A CID-10 (OMS, 1993), ressalta que a mudança do humor pode ser mascarada pela irritabilidade, consumo excessivo de álcool, comportamento histriônico, exacerbação dos sintomas fóbicos ou obsessivos, preocupações hipocondríacas. Como pode ser observado, a alteração do humor, no professor, poderá desencadear várias reações diferentes, mas podem configurar um estado depressivo.

Colocamos no questionário este sintoma, considerando o alto risco das conseqüências do humor quando deprimido. Kaplan, Sadock e Grebb (1997) ressaltam que um humor deprimido e perda de interesse ou prazer são os sintomas básicos da depressão em que pacientes relatam sentir tristeza e desesperança.

Os autores (Mendels, 1972; Beck *et al.*, 1982; Kaplan, Sadock e Grebb, 1997; Nardi, 1998) ainda alertam que cerca de dois terços dos pacientes deprimidos pensam em se matar e 10 a 15 % cometem o suicídio. Alguns pacientes podem não se queixar de uma perturbação do humor, mas exibem um comportamento retraído na família, com amigos e em atividades que antes lhes interessavam. Um alto índice de divórcios em que cerca de 50% dos cônjuges relatam que não teriam casado ou tido filhos com o paciente, se soubessem que este teria um transtorno do humor. Também salientam que a depressão ocorre mais freqüentemente em pessoas que não têm relações íntimas ou são divorciadas ou separadas. Seligmann Silva (1990, 1995), de maneira semelhante, explica que empregados altamente pressionados ou profundamente insatisfeitos em sua experiência de trabalho, freqüentemente deslocam as tensões para o círculo familiar.

Na nossa amostra, encontramos que 42% dos professores eram solteiros, separados, divorciados e desquitados, aumentando a situação de risco para este grupo, conforme a indicação da literatura sobre depressão.

Outro dado importante, segundo os mesmos autores, é que 97% dos pacientes deprimidos queixam-se de uma diminuição da energia que resulta em dificuldade para terminar tarefas, comprometimento no trabalho e motivação diminuída para novos projetos. Conforme pode ser observado na nossa amostra, devido a alteração do humor, o professor poderá apresentar uma diminuição do seu desempenho no trabalho e ter problemas na vida familiar.

O aspecto **tem alterações do humor como desânimo** foi respondido por 64% da amostra. Segundo Seligmann Silva (1992, 1995), são alterações psicológicas da síndrome da fadiga crônica, na qual a característica marcante é a presença de uma fadiga constante. Esta síndrome produz alterações mentais e físicas: o indivíduo já acorda cansado. Relata a autora que o desânimo se associa ao cansaço, fazendo com que desapareça o interesse pela vida social, atividades de lazer e o trabalhador tende a se retrair e a se isolar socialmente.

Alterações do humor como a irritação apareceu em 74% da amostra. No DSM-IV (APA, 1995), encontramos que determinadas pessoas referem ou demonstram irritabilidade aumentada, como: raiva persistente, uma tendência a responder a eventos com ataques de ira ou culpando os outros, ou um sentimento exagerado de frustração.

Nardi (1998) argumenta que, na depressão leve, as pessoas ficam mais irritáveis e hostis

do que o casual e isto se acentua mais na depressão crônica.

Segundo Seligmann Silva (1992, 1995), a irritabilidade faz parte das alterações psicológicas da síndrome da fadiga crônica. O trabalhador passa a se irritar em situações que antes não o irritavam, conduzindo a conflitos dentro e fora do ambiente de trabalho, estendendo-se para o relacionamento familiar.

Desse modo, pensamos que a maneira como o professor enfrenta o trabalho poderá desencadear alguma forma de **ansiedade**, com **alterações do humor** que se generalizam para outros sintomas, como **tristeza**, **desânimo**, **melancolia**, **irritação**, conforme detectamos na amostra pesquisada e que estão em conformidade com os critérios

estabelecidos pelo DSM-IV (APA, 1995); CID-10 (OMS, 1993) e Terapia Cognitivo-Comportamental (Beck *et al.*, 1982). Concordamos com Willis (1980), ao afirmar que um estado de ansiedade puro e isolado, é extremamente raro, aparecendo com o tempo a depressão. Complementa o autor dizendo que, mais comumente, a ansiedade pode ser proeminente e associa-se à mudança de humor de tipo depressivo.

Ocorrência de **freqüentes períodos de ansiedade** 76% da amostra apresentaram este sintoma. A ansiedade constitui um dos critérios para o diagnóstico da depressão no DSM-IV (APA, 1995), e também é discriminada dentro da literatura da Terapia Cognitivo-Comportamental. Para Beck e Emery (1985), é consequência de graves distorções no processamento da informação que levam a percepções errôneas em que a pessoa se considera incapaz e com pouco recurso para enfrentar ameaças.

Para Seligmann Silva (1992, 1995), no trabalho, a ansiedade é desencadeada ou exacerba-se pela imprevisibilidade, pela desinformação, pela falta de conhecimento e/ou de controle sobre os riscos. Observa que há graus variáveis de ansiedade que podem ser manifestados por dores de cabeça, dores no corpo, perda de apetite e mal-estar geral.

Beck *et al.* (1982) categorizam os sintomas afetivos que aparecem na depressão, em tristeza, ausência de gratificação e afeição pelo outro, perdas das reações de alegria e ansiedade. Ainda comentam que a ansiedade está associada às cognições nas quais o paciente se percebe diante de um perigo iminente, seja por ameaça física ou descrédito social.

Maffei (1992) encontrou, em seus estudos, uma correlação positiva entre ansiedade e sexo. 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.

Mendels (1972) assinala que, embora a **tristeza** seja o distúrbio central, muitos pacientes deprimidos relatam manifestações de ansiedade, como queixar-se de tensão, incerteza, medos vagos e não-específicos, preocupações, tremores e palmas das mãos suadas.

No DSM-IV (APA, 1995), observa-se a coexistência do transtorno misto de ansiedade e depressão. Kaplan, Sadock e Grebb (1997) esclarecem que os sintomas significativos de ansiedade podem coexistir com sintomas significativos da depressão. Nardi (1998) argumenta a importância de se estabelecer o diagnóstico diferencial entre depressão e transtornos de ansiedade. Diz o autor que o diagnóstico da depressão se faz com base nas características que evidenciam as alterações no humor do indivíduo e que o levam a vivenciar mudanças qualitativas em suas funções afetivas, cognitivas e intelectuais.

A ansiedade se constitui em uma emoção que se segue à percepção de que se está sob a ameaça de alguma punição. Esta pode ser originada por eventos específicos que precederam os eventos punitivos ou aspectos do ambiente geral nos quais os eventos ocorreram (Skinner, 1967) que, no presente estudo, seria o ambiente universitário.

Alterações **do humor como a tristeza** foram encontradas em 56% da amostra. No DSM-IV (APA, 1995), afirma-se que, nos episódios depressivos, a tristeza pode ser inicialmente negada. Para Beck (1976), a tristeza é decorrente de uma avaliação realista ou não de algo que foi perdido e que era uma fonte de gratificação. Portanto, a emoção que antecede a perda, poderá provocar **tristeza**, sentimento que está ligado à frustração decorrente de perda dos reforçadores sociais. Beck *et al.* (1982) ressaltam que, ao invés de sentimentos de tristeza, pode-se queixar da perda ou diminuição de sentimentos positivos, vivenciando uma apatia sem estar consciente da tristeza.

Para Seligman (1977), à medida que a depressão progride de leve para grave, o abatimento do humor vai se intensificando e, com ele, o desgaste da motivação e a perda do interesse pelo mundo.

Para Nardi (1998), a tristeza do paciente deprimido é mais intensa, duradoura e angustiante do que uma simples tristeza passageira por causa de um aborrecimento.

Mendels (1972) assinala que a **tristeza** é o distúrbio central da depressão. Esclarece que no deprimido o humor é triste e os pacientes se queixam de se sentirem tristes, infelizes, miseráveis "diferentes". Complementa o autor, dizendo que a aparência, freqüentemente, denuncia a pessoa deprimida: o rosto é infeliz, sua atitude derrotada e sua postura caída são indícios marcantes de depressão.

Alterações no **humor como melancolia** foram constatados em 50% da amostra pesquisada. No DSM-IV (APA, 1995), o Episódio Depressivo com Características Melancólicas apresenta perda do interesse e prazer por todas ou quase todas as atividades, ou uma falta de reatividade a estímulos habitualmente agradáveis. O humor depressivo não melhora, mesmo temporariamente, quando alguma coisa boa acontece. Pelo menos três dos seguintes sintomas se apresentam: depressão, regularmente pela manhã; despertar muito cedo, pela manhã; retardo ou agitação psicomotora, anorexia ou perda de peso significativa; culpa excessiva ou inadequada. No presente estudo, esta variável não tem o mesmo significado utilizado dentro da psiquiatria e sim, como um sinônimo de tristeza.

Sentir-se em **estresse** foi testemunhado por 74% da amostra pesquisada, podendo comprometer a saúde física do professor. Schmidt (1990) encontrou em seus estudos com professores universitários, uma correlação entre problemas psicossomáticos e os fatores de estresse ocupacional no ambiente acadêmico.

Seligmann Silva (1992) focaliza o sofrimento mental em alguns tipos de atividades e, entre elas, destaca as relacionadas ao ensino. Diz a autora das condições de fadiga e tensão que são submetidas as professoras. Enfatiza o desgaste, advindo do número elevado diário de aulas, das classes numerosas, dos conflitos com diretores e supervisores dentro de sistemas, fortemente hierarquizados e autoritários. Como podemos observar, a autora se refere "às professoras" em decorrência da dupla jornada de trabalho que estas são submetidas, na escola e no lar, provocando conseqüências psicopatológicas. Kaplan, Sadock e Grebb (1997) alertam que para ocorrer a eficácia do tratamento da depressão deverá ser reduzido o número e a severidade dos estressores na vida do paciente.

O **estresse** poderá estar associado à **ansiedade** devido aos eventos estressores presentes no meio acadêmico. Conforme Cruz, Zangrossi e Graeff (1995) a ansiedade, usualmente, associa-se com algum **evento estressógeno** que provoca preocupações acompanhadas por sintomas, como fadiga, **irritabilidade** (conforme detectado na amostra), tensão muscular, distúrbios do sono, dificuldade de concentração e de descanso. Estes sintomas são semelhantes aos apontados por Lipp e Malagris (1995), as quais afirmam que, na área emocional, o estresse pode produzir apatia, **desânimo**, sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, raiva, ira, **irritabilidade, ansiedade, depressão**.

Mendels (1972) assinala que a experiência de estresse pode, em alguns casos, interagir com um fator de predisposição subjacente e, em outros casos, pode ter sido a causa principal da depressão por sua própria natureza ou intensidade de estresse. Por sua vez, Nardi (1988) argumenta que as pessoas que desenvolvem depressão talvez tenham uma vulnerabilidade maior a eventos negativos ou estressantes. Podemos pensar que estas informações dos autores fornecem subsídios para ressaltarmos que os sintomas - desânimo, melancolia, tristeza, irritação, ansiedade e estresse, detectados na amostra, apresentam-se interligados em nossa pesquisa e são indícios de vulnerabilidade para o professor desenvolver um quadro depressivo. Diante deste contexto, as recomendações de Guimarães, Cardoso, Grubits e Martins (1999, p. 69) são muito pertinentes: *"ações que possam prevenir e intervir no estresse nos ambientes laborais, permitindo o reconhecimento precoce e o manejo apropriado, incluindo o acesso precoce a serviços de saúde"*.

No entanto, nossas emoções podem sofrer alterações e o padrão emocional da ansiedade interferir no comportamento normal do indivíduo, podendo desorganizá-lo (Skinner, 1967). Quando isso ocorre, a ansiedade passa a prejudicar o desempenho de tarefas em que se requer raciocínio lógico, concentração e decisões rápidas, como é o caso do desempenho do professor em seu trabalho.

Uma **baixa auto-estima** foi detectada em 56% da amostra, o que nos pode levar a pensar que, nesta amostra, os professores pesquisados começam a diminuir o grau de valorização de si próprios. Na CID-10 (OMS, 1993), encontramos que, no episódio depressivo moderado, há uma perda da auto-estima. O DSM-IV (APA, 1995) ressalta que pode ocorrer um sentimento de desvalia, incluindo avaliações negativas e irrealistas do próprio valor.

Os depressivos tendem a se enxergar como portadores de enormes defeitos, inadequados ou carentes e acham que os outros os estão rejeitando ou negligenciando. Conseqüentemente, costumam acreditar que não possuem recursos para resolver suas dificuldades e encaram o futuro sem esperança (Beck *et al.* 1982; Dattilio e Freeman, 1995 a).

Seligmann Silva (1995), afirma que a percepção do desgaste da esperança, em relação ao seu projeto de vida própria, caminha em paralelo à deteriorização da auto-imagem e da auto-estima. Ressalta, ainda, a autora que, em muitas ocupações, ocorrem a deteriorização da auto-imagem em decorrência da percepção do desgaste físico e do próprio processo de envelhecimento pelo qual passa o trabalhador.

Para Nardi (1998), o humor disfórico, que está presente nos estados depressivos, é, muitas vezes, acompanhado de emoções e pensamentos negativos sobre si mesmos. Ressalta o autor a importância da Terapia Cognitivo-Comportamental para lidar com pacientes, com acentuada baixa auto-estima, que se atacam e se flagelam tanto no contexto familiar como no grupal.

Mendels (1972) coloca que as pessoas que desenvolvem depressão têm esquemas de auto depreciação ligados ao pessimismo infundado e medo de rejeição, e as que desenvolvem estados ansiosos têm esquemas concernentes à antecipação de danos pessoais.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) explicam que os pacientes deprimidos, ao perceberem que não conseguiriam chegar à altura dos seus ideais, sentem-se desamparados e impotentes e que a depressão pode ser resumida como um colapso parcial ou completo da auto-estima.

Com relação ao professor, Vasques-Menezes, Codo e Medeiros (1999) comentam que este não tendo alternativa, sentindo-se esgotado, desenvolve um sentimento de baixa estima profissional e impotência, por mais que faça.

Para Dattilio e Freeman (1995 b), os pacientes com baixa auto-estima podem ter mais probabilidade de se tornarem guiados pela culpa e de assumi-la, desnecessariamente, pelos eventos negativos. No entanto, em nossa amostra, a culpa apareceu em 26% dos professores, mas, mesmo não passando pelo critério de análise, tornou-se um ponto importante a ser explorado nas próximas pesquisas.

Tendência a ser **perfeccionista em seu trabalho** foi detectada em 98% da amostra. Podemos pensar em nossos professores apresentando comportamento **perfeccionista e**, mediante a literatura existente, há indícios que este comportamento pode conduzir a um aumento de ansiedade, de estresse e conseqüente depressão. A maneira, também, como o professor enfrenta o trabalho poderá desencadear alguma forma de ansiedade que, associada ao perfeccionismo, provoca uma rigidez do comportamento. Neste caso, a " tirania do dever" pode passar a permear as suas atividades e não mais o prazer de realizá-lo. Isso pode, com o passar do tempo, produzir um gasto considerável de energia ao tentar, o professor, exercer um controle sobre si mesmo, sobre as suas emoções e ambiente, tornando-o desesperançado, abatido e deprimido.

Segundo Lazarus (1980), o perfeccionismo é uma crença que engendra ansiedade, caracterizada por uma conexão íntima de pensamentos sobre autovalor e sentimentos de bem-estar nos desempenhos sociais e que podem ser, negativamente, avaliados pelos outros, levando a sentimentos crônicos de perigo e ameaça. Para Ellis (1979), é necessário avaliar o comportamento em termos de suas qualidades recompensadoras, para romper a conexão entre autovalor e desempenhos.

O sentimento de que é muito **crítico** foi constatado em 92% da amostra e relacionado com a variável Situação de Trabalho - **sentimento de dificuldade em aceitar críticas em seu trabalho**, em 82% da amostra. Esses dados constituem um motivo de preocupação com esses professores devido à conseqüência deste estilo de comportamento. Segundo Ellis (1979), são crenças que parecem originar-se de objetivos perfeccionistas, de que deveriam ser aprovados por todos e fazerem tudo perfeitamente bem e nunca serem frustrados em seus desempenhos e desejos. Pensamos que essa crença poderá levar o professor a uma exigência muito grande em relação ao seu comportamento, dos alunos e colegas, podendo ocasionar problemas em suas relações interpessoais, devido o seu grau de exigência.

5.4. QUANTO ÀS SITUAÇÕES DE TRABALHO

Segundo Seligmann Silva (1992, 1995), os estudos em saúde mental têm encontrado, na organização do trabalho, um dos principais elementos dos agravos psíquicos relacionados com a atividade laboral. Argumenta que as relações dos aspectos organizacionais precisam ser consideradas para entender as dinâmicas pelas quais a tensão, a fadiga, a tristeza, o medo ou a apatia podem ser estimulados a partir de determinadas situações de trabalho - e esta é a nossa preocupação, como a autora, no presente trabalho.

Destacamos alguns outros aspectos o **procurar sempre fazer o seu trabalho com perfeição e sentir que quer ser o melhor em seu trabalho** que caracterizaram 84% da amostra, em ambos o que dão margem para pensarmos no professor como tendo algumas características da personalidade narcisista, realizando, com empenho, um trabalho árduo, com o objetivo de reconhecimento pessoal (Beck e Freeman, 1993).

Conforme os argumentos já apresentados por Machell (1988), por exemplo, no padrão **perfeccionista**, o professor recusa aceitar a própria falibilidade, **sente que quer ser o melhor no seu trabalho**, cria para si a crença de vencedor acadêmico e a necessidade de ser amado e aprovado por todos. O professor perfeccionista poderá apresentar metas muito elevadas que exijam um esforço muito grande para atingi-las. A sua auto-estima será medida em vista de sua produtividade e realização. Por isso, os professores analisados são muito **críticos** em relação a si próprios e com os que convivem com eles. Ao perceber uma possível falha ou fracasso, a sua auto-estima fica baixa, podendo desenvolver estados ansiógenos e, persistindo, a depressão.

Diante dos dados obtidos, podemos pensar no professor como apresentando comportamento passivo, isto é, não assertivo que predispõe à depressão. Nardi (1998) menciona a idéia de traços passivo-dependentes dos depressivos. Explica o autor que Abraham é considerado o primeiro a sugerir que pessoas com tendência a episódios depressivos se assemelham aos obsessivos compulsivos, por terem proeminentes traços perfeccionistas, mas diferem por apresentarem altos níveis de dependência.

A **ansiedade** que acompanha o **perfeccionismo** e o aspecto **querer ser melhor no seu trabalho**, para os professores analisados, poderá predispor-los a desenvolver transtornos psicossomáticos, devido os efeitos da excitação, conforme já mencionados acima. Assim, freqüentemente, eles poderão sofrer de cefaléias, dores lombares, constipação, úlceras, hipertensão arterial, etc., ou poderão apresentar alguns sintomas fisiológicos no futuro, o que deverá ser motivo de preocupação e cuidado, pois isto, como vimos, está relacionado com a saúde física e mental do professor.

Percebemos, ainda, que o comportamento **perfeccionista**, encontrado em alguns professores da amostra, poderá, também, apresentar alguns traços característicos do tipo de personalidade obsessivo-compulsivo. Segundo Beck e Freeman (1993), este comportamento se caracteriza por pensamentos muitas vezes irracionais e disfuncionais, levando às emoções, comportamentos e respostas fisiológicas mal adaptadas. Algumas das suposições apontadas por esses autores ajudam no entendimento dos dados obtidos. Esta ajuda apresenta-se aos professores como: *“Eu devo evitar erros para ser digno”*.

Dessa maneira, eles se fazem ou sentem-se imperfeitos, concluem que são pessoas más ou indignas, rebaixando a auto-estima. Por isso, os 94% dos professores enfatizaram **ficar chateados quando cometem erros**. Podemos pensar no professor com a seguinte crença: *“Existem comportamentos, decisões e emoções certos e errados”*. Significa que há uma estreita faixa de atos e sentimentos considerados perfeitamente *aceitáveis e qualquer coisa que não caia* neste estreito domínio é imperfeita e errada. *“Cometer erro é fracassar” e “O fracasso é intolerável”*. Significa que o sucesso requer a **perfeição** e **cometer erros** é um fracasso, é algo terrível que deve ser evitado. *“Cometer um erro é merecer crítica”*. O raciocínio consiste em encarar a imperfeição, sentindo muita culpa (auto condenação). Caso não seja auto crítico com os próprios erros, maior se tornará o erro e a pessoa ficará cada vez mais imperfeita e indigna.

Podemos agrupar alguns aspectos que apresentam significado entre si e que consistiram na tendência dos professores de responderem que sentiam que ficavam muito **tenso pela falta de tempo para executar totalmente o trabalho** (86%) e **receio de não dar conta do trabalho** (52%). Detectamos, porém, através dos resultados obtidos, que os

professores trabalhavam numa faixa de 41 a 50 horas por semana, nas Instituições, fora as outras atividades complementares à sua função.

Diante do exposto, podemos inferir que o estilo **perfeccionista**, associado com os outros aspectos, como ficar com **dúvidas quanto ao seu desempenho** (70%), sentir que quer ser o **melhor em seu trabalho** (84%), desenvolvidos pelos professores, mais a preocupação com as **críticas**, podem fazê-los almejar uma dedicação maior ao trabalho, conduzindo-os futura e finalmente, ao estresse ocupacional. Também podemos supor que o professor, sendo muito competitivo, querendo sempre obter sucesso, ser o melhor, um vencedor - conforme pontuou Machell (1988), esteja apresentando um estilo de comportamento do Tipo A, que constitui um fator de risco para transtornos coronarianos e estresse, conforme o descrito por Friedman e Rosenman (1974).

O aspecto ter ficado **muito tenso para executar seu trabalho** (78%) fornece-nos indicações de ligação com outras crenças irracionais, como ficar com dúvidas quanto ao seu desempenho no trabalho, perfeccionismo, extremamente preocupado com a opinião alheia, precisar ser aprovado por todos. A associação desses aspectos, poderá provocar mudanças corporais, exigindo um grande esforço do organismo para lidar com a situação e conduzi-las ao estresse. Segundo Davis, Eshelman e Mckay (1996), com frequência as pessoas ansiosas e estressadas decidem que um acontecimento é perigoso e que não têm recursos para lidar com ele, produzindo muita tensão.

Pensamos que se a organização do trabalho restringir o campo de atuação do professor, este poderá querer desenvolver um controle absoluto sobre o seu meio. Neste caso, o professor poderá fazer auto-exigências de modo a não se arriscar à terrível possibilidade de cometer um erro, podendo, **inclusive, sentir receio de que não vai dar conta do seu trabalho** (52%) e devido as suas metas perfeccionistas de que há **falta de tempo para executar o seu trabalho com perfeição** (86%). O professor precisa ter liberdade no seu trabalho para executá-lo de diferentes maneiras, mas, segundo Soratto e Olivier-Heckler (1999), se a organização do trabalho negar-lhe esta liberdade, em grau elevado, provocará sofrimento. As autoras comentam que, na determinação do controle

sobre o processo de trabalho, há necessidade de se considerar a capacidade do próprio trabalhador, da organização do trabalho e da tarefa em si.

Diante do exposto, percebemos que os professores da amostra pesquisada eram mais **críticos** (92%), ficavam **chateados quando cometiam erros** (94%) e tendiam para um comportamento **perfeccionista** que, dependendo da intensidade em que estes aspectos se manifestam, poderão, então, trazer alterações prejudiciais ao comportamento do professor. O professor com comportamento perfeccionista tende a exigir o mesmo padrão dos alunos, dos colegas e das pessoas do seu convívio.

O **estresse** poderá estar, também, relacionado com o **perfeccionismo** e demonstrou uma incidência de respostas que poderá desempenhar um papel importante no desencadeamento de estados depressivos. Nas perguntas **se fez ou faz tratamento psicológico e/ou psiquiátrico**, percebemos que alguns professores detectaram alguns eventos como desencadeadores **de estresse** que justificassem um tratamento e que precisariam ser melhor investigados para uma afirmação mais categórica quanto à sua importância na produção de sofrimento psíquico no ambiente acadêmico.

Para conseguir atingir metas perfeccionistas, de ser valorizado por si e pelos outros, o professor poderá sentir que quer ser **o melhor em seu trabalho**, ao mesmo tempo fica com **dúvidas sobre o seu desempenho**, o que poderá almejar fazer o trabalho cada vez mais com **perfeição**. Pensamos ser necessária a mudança do estilo de pensamento do professor universitário em relação a algumas regras ou crenças irracionais que dirigem o seu comportamento ao esgotamento do organismo e ao sofrimento psíquico. Uma delas é a mudança do padrão perfeccionista para uma forma mais flexível, realista do pensamento e adaptativa do comportamento.

O **sentir dificuldades em aceitar críticas** (82%) e **ficar muito chateado quando comete erros** (94%) merecem uma reflexão sobre a preocupação com a saúde física e mental do professor que deverão ser reestruturadas. O professor precisa aprender com suas decisões erradas, ao invés de esperar por soluções perfeitas. Entender que deverá evitar o erro, mas aceitar a si mesmo como falível. As críticas deverão ser compreendidas

sempre como construtivas. É desejável ser aprovado pelos outros, mas não é uma premente necessidade. Sabemos que nossos comportamentos serão criticados por alguns, por mais que nos esforcemos para evitá-lo e, se entendermos que cada pessoa deverá respeitar o livre arbítrio do outro de querer criticar, será mais fácil combater esta crença.

O sentir que os **outros não têm competência para trabalhar consigo** apresentou-se em 76% da amostra. O professor que pensa dessa maneira terá dificuldade em dividir tarefas, em trabalhar em equipe, tornando-se um risco psicossocial. Para Cifuentes e Ibieta (1997), um agente de risco é aquele que ocasiona tensão psíquica como no caso da competência. Esta significa que deverá ocorrer entre pares, para obter algum benefício maior para a mudança de seu trabalho.

Codo e Menezes (1999) enfatizam que o educador faz parte do trabalho denominado "*care-givers*" (doadores de cuidado), que significa desenvolver um trabalho em que a atenção particularizada ao outro atua como um diferencial entre fazer e não fazer sua obrigação. Batista e Codo (1999) afirmam que quanto maior a defasagem entre o trabalho como deve ser e a realidade do trabalho, maior será o investimento afetivo e cognitivo exigido do professor, assim como maior será o esforço realizado e o seu sofrimento no cotidiano do trabalho. Comentam, ainda que, este sofrimento, quando constantemente interpelado durante a atividade de trabalho, dá lugar a um reconhecimento e auto-reconhecimento da sua competência profissional. Completamos dizendo que, para que ocorra a sensação de competência, há necessidade da doação estendida aos alunos, colegas e funcionários da universidade com o propósito de criar um clima de cooperação e respeito.

Observamos o aspecto detectado - extremamente **preocupado com a opinião alheia** sobre o seu desempenho no trabalho, apareceu entre 76 % da amostra e pode se tornar uma crença irracional condutora de sofrimento emocional, ligada à crença: de ser amado e aprovado por todos. Nesta crença, percebe-se que há necessidade de ser estimado para não ser rejeitado e criticado, ao invés de ser respeitado no seu trabalho (Fensterheim e Baer, 1975). Torna-se extremamente prejudicial ao professor, provocando ansiedade na situação de trabalho e nas relações interpessoais. Esta irracionalidade pode estar contida em um erro específico que se generalizou para outras situações de trabalho (Davis, Esthelman e

Mckay, 1996), em que o medo perdura nas atividades em que o professor possa ser avaliado.

O sentir-se **irritado constantemente com alunos e colegas** foi respondido por 80% da amostra e **ficado muito agressivo com seus alunos e colegas**, por 58% , podem ser sintomas da depressão conforme os critérios da CID-10 (OMS, 1993).

Mendels (1972) cita Bailint (1952) e Bonine (1966), que comentam a relação entre depressão e agressão. Bailint (1952) sugeriu que, na depressão, aparece a sensação de frustração e sofrimento, conduzindo a sentimentos de raiva, amargura, desejo de atacar e destruir os fatores responsáveis por seu sofrimento. Bonine (1966) ainda explicou que a depressão é, em si mesma, uma agressão com expressão de hostilidade com efeito punitivo e vingador. Quanto à irritação, Sato (1998) argumenta que a mesma remete a vivências não prazerosas, tanto físicas como mentais. Explica a autora que a irritação pode ser empregada de três maneiras: a primeira, em uma dimensão emocional; a segunda, utilizada como desgaste, cansaço, esforço, força mental e física; e, a terceira aponta para um excesso de estímulos sensoriais e físicos, sinalizando que há desconforto.

O fator detectado **precisa ser aprovado por todos para sentir-se bem** apareceu em 64% da amostra. Trata-se de uma crença irracional equivocada que conduz à perturbação emocional (Lazarus, 1980), pois é impossível agradar a todos, mesmo àqueles que gostam e aprovam o professor. Para Machell (1988), essa crença é fundamental para desenvolver o que ele denomina de melancolia professoral. Segundo Ellis (1970), pessoas com este padrão de comportamento apresentam medo irracional (ansiedade) do que as pessoas pensam sobre ele, de não ter o amor e aprovação dos outros. Fensterheim e Baer (1975) afirmam que a pessoa, no seu ambiente de trabalho, pode sentir necessidade de ser boa para conquistar a aprovação dos demais. Comentam, ainda, que os indivíduos que pertencem a esse tipo, confundem orientação no trabalho, na qual é atribuída a boa execução do mesmo, com orientação do ego, que consiste em uma pessoa utilizar-se do trabalho para provar que tipo de pessoa é. Adotada esta última abordagem, o indivíduo se torna mais vulnerável, mais sensível às tensões, preocupações, afastando-se das realidades objetivas do próprio trabalho. Podemos complementar a opinião desses autores, dizendo que ficarão estressados e sujeitos a desenvolver um estado depressivo.

Sentir-se que tem ficado cada vez mais em **estresse em seu trabalho** foi respondido por 82% da amostra. O efeito do estresse ocupacional no aparecimento de doenças físicas e mentais encontra-se documentado em alguns trabalhos (Selye, 1965; Reinhold, 1984; Schmith, 1999; Lipp, 1996; Vieira, Guimarães e Martins, 1999), mostrando que poderá comprometer a saúde mental do trabalhador. Diversas pesquisas, também, apontaram o efeito do estresse ocupacional em professores (Reinhold, 1984; Schmith, 1990; Codo e Menezes, 1999) e o quanto pode comprometer o seu desempenho profissional. No ambiente acadêmico são encontrados eventos de **estresse** e o **“burnout”**, como já apontado em capítulos anteriores, e que, no nosso estudo, supomos que sejam indicados pelos professores, como sendo **“o problema está mais na Instituição Universitária do que em sua pessoa”**. Entendendo **“Burnout”** como um desgaste físico e mental é considerado como uma das conseqüências mais importantes do estresse profissional (França e Rodrigues, 1997). Isto pode fazer com que o professor experimente ressentimentos com relação à Instituição, que comece a tornar seu comportamento disfuncional e, conseqüentemente, comece a desenvolver *estados depressivos*

Quanto ao pensar que **o problema está mais na instituição escolar/universitária do que em sua pessoa** (80%) e **a instituição escolar/universitária perturba o seu desempenho como professor se fez presente em** 74% da amostra. Estes resultados deverão ser motivo de preocupação por parte das universidades, decorrentes das pesquisas que mostram que as condições de trabalho do professor não são as mais favoráveis.

Segundo Gualberto Filho (1986), os efeitos de tais condições aparecem nos alarmantes índices de acidentes e de doenças ocupacionais nas universidades do país. Silvano Neto *et al.* (1998) relacionaram as principais queixas, com relação às condições de trabalho do professor, como a presença de poeira (pó de giz), ritmo acelerado de trabalho, esforço físico, ambiente intranquilo e estressante; referentes à situação de saúde nomearam o cansaço mental, dor de garganta, dor nas costas e dor nas pernas.

Faria (1998) afirma que as novas tecnologias associadas à organização do trabalho: rígida, controladora e opressiva, intensificam os conflitos preexistentes, contribuindo para o desencadeamento da doença osteomuscular e para o surgimento de quadros clínicos manifestos de neuroses e depressões.

Seligmann Silva (1992), aponta que o trabalho possui um caráter duplo, podendo ser uma fonte de realização, satisfação e prazer, mas também pode significar exploração, sofrimento, doença e morte. Dejours (1992) afirma a importância da organização do trabalho no funcionamento psíquico do trabalhador. Para o autor, a organização do trabalho atinge dois pontos, a saber, o conteúdo das tarefas e as relações humanas que atacam, diretamente, o funcionamento mental. Esclarece que algumas organizações podem ser muito perigosas, atacando o funcionamento mental com perturbações, sofrimentos, doenças mentais e físicas.

Pensamos que diante deste quadro, o professor poderá desenvolver o desamparo aprendido (Seligman, 1977), no qual acredita que não há mais nada a ser feito para melhorar a situação, entrar em burnout - que se refere à exaustão emocional, em que o professor sente que não pode dar mais nada de si mesmo, à nível afetivo, na despersonalização, com o desenvolvimento de atitudes negativistas no trabalho, e a falta de envolvimento pessoal no trabalho, na qual o professor apresenta queda na sua habilidade social e na realização do trabalho.

5.5. FATORES QUE FORAM MENOS ASSINALADOS PELA POPULAÇÃO AMOSTRAL

5.5.1. Quanto aos estados depressivos

Ter **mantido o seu peso em situação estável** apareceu em 30% da amostra. Apesar de não ser uma modificação acentuada, mesmo assim, deverá ser motivo de preocupação conforme as explicações que virão a seguir. Segundo o DSM-IV (APA, 1995), o apetite é, geralmente, reduzido ou pode apresentar avidez por alimentos específicos, somente quando as alterações no apetite são severas, havendo, daí, uma perda ou ganho significativos de peso.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) relatam que, na depressão, muitos pacientes apresentam o apetite diminuído e perda de peso. Outros apresentam aumento do apetite e ganho de peso, sendo estes últimos considerados como tendo características atípicas.

Nardi (1998) comenta que, na depressão, a diminuição do apetite pode evoluir até a anorexia, com acentuada perda de peso. Pode ocorrer o aumento de apetite, no qual se segue um aumento do peso.

Estar **frequentemente pessimista** foi respondido por 30% da amostra. Beck *et al.* (1982) e Kaplan, Sadock e Grebb (1997) argumentam que as interpretações cognitivas equivocadas comumente envolvem uma distorção da experiência de vida, auto-avaliação negativa, pessimismo e desesperança. Prosseguem afirmando que o aprendizado de tais apreciações negativistas leva ao sentimento de depressão.

De forma semelhante, Nardi (1998) afirma ainda que os indivíduos deprimidos vêem o futuro de forma pessimista e são incapazes de responder positivamente, mesmo a estímulos favoráveis e atividades estimulantes.

Sentir-se **culpado** foi colocado por 26 % da amostra. O DSM-IV (APA, 1995), ressalta que, nos episódios depressivos, as pessoas podem apresentar preocupações cheias de culpa ou rumações acerca de pequenos fracassos do passado. Esses indivíduos,

freqüentemente, interpretam mal eventos triviais ou neutros do cotidiano como evidências de defeitos pessoais e têm um senso exagerado de responsabilidades pela adversidade. Para Beck *et al.* (1982), muitos pacientes afirmam sentir-se culpados ou indignos pelas demonstrações de considerações de familiares ou amigos, para com ele.

O aspecto sentir-se com **remorsos** foi escolhido por 30% da amostra. Para Tavares (1997), o professor vem recebendo da sociedade um tratamento como profissional de questionável qualidade no processo educativo, por ser um mero reprodutor da ordem vigente. Nóvoa (1991) ressalta que todos parecem considerar o professor como o principal responsável pelas múltiplas deficiências e pela degradação do sistema de ensino fortemente marcado pela mudança social. Esta situação poderá provocar sentimentos de culpa e remorsos no professor por não propiciar ao aluno um ensino coerente com as suas expectativas.

Comportar-se de maneira **negativista** apareceu em 38 % da amostra. Para Beck *et al.* (1982), o paciente depressivo apresenta uma visão negativista em relação a si mesmo, seu mundo e seu futuro. Seligmann Silva (1995) percebe de maneira diferenciada, afirmando que a negação é a principal defesa adotada pelos empregados, tanto em nível individual como coletivo. Assim, para agüentar o sofrimento provocado pela situação de trabalho, a solução encontrada é relatar que esta não é perigosa, coercitiva. Na presente pesquisa, a amostra se comportou de modo diferente à posição apresentada pela autora, quando colocou que o problema está mais na Instituição e a Instituição universitária perturbava o seu desempenho como professor.

5.5.2. Quanto às situações de trabalho

Temer perder o **controle em seu trabalho e então procurar fazer tudo sozinho** foi respondido por 48% da amostra. Acreditamos na necessidade das Instituições acadêmicas analisarem as suas organizações do trabalho para prevenção de desajustes psicológicos, decorrentes do controle exercido sobre os professores.

Conforme esclarece Faria (1998), o controle sobre o trabalho é compreendido como a possibilidade do trabalhador exercer influências sobre suas atividades e sobre as condições de desempenho de seus atos. O autor sustenta que o trabalho alienado seria aquele exercido sob a forma de organização coercitiva, planejada, controlada de fora e destituído de criatividade. Soratto e Olivier-Heckler (1999) afirmam que se a organização do trabalho estiver estruturada de tal forma que não permita a flexibilidade, o trabalhador sentir-se-á tolhido em sua liberdade de ação e sofrerá com isso. Kaplan, Sadock e Grebb (1997) se baseiam na teoria do aprendizado da impotência de Seligman (1977) e argumentam que a depressão pode ser melhorada se o paciente deprimido obtiver a percepção de controle e domínio do ambiente.

Apresentar **medo da concorrência** foi admitido por 40% da amostra. Atualmente, sabemos que o professor vem convivendo com transformações educacionais que exigem, cada vez mais, a qualificação. Os que não apresentam as titulações exigidas estão sujeitos às demissões, despertando o medo da concorrência neste grupo profissional.

Os fatores sentir que **não está na profissão certa** (40%) e se **pudesse deixaria de ser professor** (20%) sugerem que, apesar de algumas condições indesejáveis e desfavoráveis, 60% dos professores não deixariam a sua profissão. Estes dados são semelhantes aos obtidos por Reinhold (1984), em que os professores consideraram a profissão altamente estressante, mas estavam satisfeitos com a sua escolhas profissionais. Por sua vez, Codo *et al.* (1999), encontraram 90% da amostra satisfeitos, apesar das condições, muitas vezes desfavoráveis, dos professores do 1º e 2º graus. Segundo, Codo e Batista (1999, p. 385), não há como expropriar o conhecimento que o professor possuía e "***eis por quê o professor ganha tão mal, vive tão mal e adora o seu trabalho***".

5.6. ESTIMATIVA DA TAXA DE DEPRESSÃO DOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS

Conforme o ANEXO 9, obtivemos um intervalo de confiança de 52,92% a 68,75 % para a taxa de depressão que foi admitida pelos professores da amostra. Devemos admitir que se trata de uma taxa elevada, mesmo considerando-se as simplificações e suposições que fizemos no cálculo. Tal cálculo resultou elevado porque:

- ❖ a taxa obtida incluiu todas as gamas de variação de intensidade da depressão, desde aqueles estados depressivos que causam ligeiro mal-estar e incomodam ao professor (no caso, a depressão seria *leve*), até aquelas situações que implicam na necessidade de tratamento especializado (caso em que a depressão seria grave);
- ❖ poderá ocorrer que as situações de trabalho que possam causar depressão e os estados depressivos que, efetivamente, concorrem para com a depressão em graus variados, sejam mais numerosos do que os listados neste trabalho e que contribuam de forma diferenciada do indicado;
- ❖ para o cálculo da média de incidência de depressão, consideramos todas as situações de trabalho e estados depressivos, objetos da presente pesquisa e não apenas aqueles que os testes estatísticos indicaram.

Para uma discriminação amostral, entre as influências das várias categorias de depressão deveríamos de ter feito uso de outros instrumentos (como, por exemplo, a Escala de Depressão de Beck) que não foram considerados neste estudo. Além disto, tal estimativa não pode ser considerada para a taxa de depressão em professores universitários para as 3 universidades do Vale do Rio Paraíba, pois, além de o tamanho da amostra não ter sido suficientemente grande, nossa pretensão foi o de apresentar um *estudo exploratório da depressão nesta categoria profissional*.

5.7. SUGESTÕES

A escolha do tema "*Depressão em Professores*" no qual se considerou os "*estados depressivos e situações de trabalho de professores universitários*" deu-se em função da sua originalidade e de nossa preocupação com a saúde mental do professor, dado que somos, também, professora universitária, supervisora clínica e lidamos com a área da saúde mental das pessoas.

Fica evidente que este assunto merece um estudo posterior, desta vez, com a utilização dos instrumentos adequados a uma pesquisa, com um número maior de sujeitos, possibilitando levar-nos a possíveis generalizações e propostas de implantação de serviços na área de saúde mental do trabalhador.

Consideramos pertinente e importante, também, termos desenvolvido esta pesquisa, não só como uma medida avaliativa de possíveis estados depressivos, mas também alertar, como já dissemos anteriormente, sobre os prejuízos decorrentes para o próprio professor, a sua vida laborativa e familiar. Pretendemos, inclusive, evidenciar quanto ao risco de suicídio, conforme afirmam vários autores sobre a relação depressão e suicídio (Seligman, 1977; Willis, 1980; Beck, *et al.* 1982; Aguiar, 1995; Nardi, 1998; Mendes, 1995; Seligmann Silva, 1995) e a co-morbidade psiquiátrica: depressão e álcool (Willis, 1980; Seligmann Silva, 1990; Ferreira Jr., 1990; Lacerda, 1999); depressão e drogas (Azevedo, 1999).

Vimos que o estresse ocupacional do professor é o estado desagradável, decorrente da avaliação individual de aspectos do trabalho como ameaçadores da auto-estima e de seu bem-estar (Reinhold, 1984) e que provoca o mal estar docente (Trias, 1998). De certa maneira, isto foi percebido, através dos professores da amostra, quando acharam que o **problema está mais na Instituição** (80%). Decorrente desta percepção, a Instituição Universitária deverá preocupar-se, na medida do possível e de forma viável, com formas de redução de eventos estressores e de programas de controle de estresse, para ajudar na Saúde Mental do professor.

Sugerimos a formação de uma equipe multidisciplinar que desenvolva atividades que atenuem o estresse e melhorem a qualidade de vida dos professores. Palestras informativas e avaliativas sobre o desgaste profissional e sobre o controle de estresse através de relaxamento, exercícios e avaliações médicas rotineiras poderiam ser utilizadas, com frequência, no ambiente acadêmico. Após a implantação de tal programa, seus resultados poderiam ser avaliados, periodicamente, para atestar sua eficácia e, eventualmente, modificar o que não estiver obtendo os resultados esperados.

Diante deste quadro, pensamos que as universidades deverão atuar, melhorando a organização de trabalho dos professores, fazendo projetos de Prevenção de Acidentes, através da atuação da Medicina do Trabalho, a fim de que melhorem as condições de trabalho para o professor universitário, aluno e dos funcionários como um todo. Partilhamos do argumento de Aguiar (1995), ao enfatizar o tratamento das doenças profissionais de uma equipe de Medicina do Trabalho numa empresa, em que o diagnóstico precoce é fundamental para uma incapacitação, transitória ou permanente, bem como o socorro de urgência de acidentados.

Uma outra alternativa seria a criação de centros recreativos e de lazer nos campus, os quais motivassem a participação do professor, proporcionando meios de estimular o apoio social. Segundo alguns autores, eles promovem uma proteção à saúde mental do trabalhador (Reinhold, 1984; Areias, 1999; Vasques-Menezes e Soratto, 1999).

O estudo desenvolvido por Areias (1999) apontou para a importância do apoio social na qualidade de vida dos trabalhadores da universidade e sabemos que, além da dedicação às atividades profissionais dentro das universidades, o professor realiza uma série de atividades em sua casa, como a preparação de aulas, leituras adicionais, correção de trabalhos, as quais reduzem ou inibem, por completo atividades de lazer. Isto contribui para maior ou total dedicação ao dever, em detrimento do descanso e da formação de círculos de amizade, correndo o professor o risco do desgaste cumulativo. A este respeito, Seligmann Silva (1992) comenta que o lazer deverá proporcionar atividades capazes de determinar prazer, descontração, despreocupações com o trabalho cotidiano, conduzindo ao enriquecimento existencial, fortalecendo a identidade cultural, com significados emocional e

socialmente gratificantes. Ainda, Seligmann Silva (1995) comenta que os laços de confiança e solidariedade possuem forte significado em termos de proteção à saúde mental. Salaria a autora que, nas situações em que existem alta rotatividade de trabalhadores e/ou rígido controle para impedir comunicação entre os mesmos, essa proteção fica prejudicada.

O equilíbrio, segundo Marlatt e Gordon (1993, p. 258), é definido como **“o grau de harmonia existente na vida diária de alguém, entre aquelas atividades percebidas como demandas externas (os deveres) e aquelas percebidas como atividades em que a pessoa se engaja para obter prazer ou autogratificação (desejos)”**. Assim, pensamos que o professor, mantendo um equilíbrio entre dever e lazer, deverá, não só aumentar a própria produtividade, bem como tal fato irá contribuir para o seu bem-estar.

A qualidade de vida enfatiza a habilidade individual de participar, com satisfação, das atividades da sociedade (trabalho, vida familiar, afetiva, sexual e atividade de lazer) e isto deve permear a vida do professor de maneira harmônica e gratificante para o mesmo. Concordamos com o posicionamento de Cardoso (1999 b), ao enfatizar que *“qualidade de vida no trabalho é o trabalho como qualidade de vida”*. Conforme diz a autora, é importante valorizar o profissional com benefícios, lazer, assistência médica, bons salários, mas sobretudo, valorizar o homem, acreditando em suas potencialidades, garantindo-lhe o respeito e o reconhecimento das pessoas que convivem com ele.

Como o presente estudo foi de caráter eminentemente exploratório, pode servir de base para outras pesquisas sobre depressão em professores. Acreditamos na importância de novas pesquisas com a utilização de instrumentos mais refinados, possíveis de serem utilizados quando as amostras são grandes, que ajudem a detectar, mais apuradamente, os *estados depressivos e situações de trabalho* em professores universitários. Reforçamos o papel importante exercido pela Psicopedagogia que possibilita uma leitura do homem em seus vários eixos vivenciais e deverá contribuir para a prevenção, promoção da saúde e qualidade de vida, no ambiente acadêmico. Em geral, recomendamos-la com o enfoque cognitivo-comportamental, que se mostra comprovadamente eficaz, principalmente no estudo da depressão.

Assim, em conformidade com Hoirisch *et al.* (1993), cremos que a prevenção, efetuada através da orientação psicopedagógica e de apoio continuado aos alunos, bem com a assessoria aos professores, oferecerá maiores possibilidades de desenvolvimento adequado, crescente e criativo em educação. Concordamos, parcialmente, com a afirmação de Mouly (1970), que o professor é o principal responsável por sua saúde mental, mas acreditamos que as instituições de ensino precisam ajudar na sua prevenção e manutenção. A atuação da Psicopedagogia poderá ajudar, então, na elaboração de programas preventivos relacionados à Saúde Mental na Educação.

Em função deste quadro apresentado acima, queremos finalizar, enfatizando que todas as medidas preventivas deverão ser encaradas positivamente, para evitar a cronificação da depressão e outros transtornos psiquiátricos nos professores. A criação de centros de atendimento à saúde mental nas universidades que contemplem atendimentos a professores, alunos e funcionários tornam-se imprescindíveis no momento atual de grandes transformações e pressões no meio universitário. Para que isto ocorra de maneira adequada, as recomendações de Guimarães, Cardoso, Grubits e Martins (1999, p. 65) deverão ser implantadas: *"... ressalta-se a necessidade de se introduzir políticas de saúde mental nos locais de trabalho, sensibilizando assim empregadores e instituições"*.

6. CONCLUSÃO

Na tentativa de estabelecermos nexos causais entre estados depressivos em professores universitários de três cidades do Vale do Rio Paraíba, buscamos, nesta pesquisa acadêmica avaliativa, reunir estratégias de procedimentos que estudaram de formas diferentes o mesmo campo do conhecimento, procurando, por meio de um teste e procedimentos estatísticos conhecidos, caminhos de avaliação aceitos e possuidores de lógicas consistentes para com os objetivos da nossa pesquisa. Tanto pelo pequeno tamanho da amostra, quanto pela limitação da área de estudo, temos, como claro, o caráter não exaustivo e não generalizador desta pesquisa.

6.1. QUANTO AO OBJETIVO GERAL

A pesquisa revelou que, em relação ao *ambiente acadêmico*, os professores universitários da amostra sentem-se da seguinte forma:

- Tinham **poucas** dúvidas quanto ao seu desempenho no trabalho;
- Sentiam **mais ou menos** que queriam ser o melhor em seu trabalho;
- **Não tinham medo** da concorrência em seu trabalho;
- **Não temiam em perder** o controle em seu trabalho;
- Procuravam **bastante** fazer sempre o seu trabalho com perfeição;
- Sentiam **mais ou menos** dificuldades em aceitar críticas em seu trabalho;
- Ficavam **bastante** chateados quando cometiam erros trabalhando;
- Ficavam entre **mais ou menos** e **bastante** tensos pela falta de tempo para executar seu trabalho totalmente;
- Ficavam muito tensos para executar o seu trabalho **um pouco**;

- Sentem que estão ficando **um pouco** cada vez mais em estresse no seu trabalho;
- Pensam **mais ou menos** que o problema está mais na instituição escolar/universitária do que neles mesmos;
- Pensam que a instituição perturba **mais ou menos** o seu desempenho como professor.
- A pesquisa revelou, ainda que, em relação à *sua realização pessoal e profissional*, os professores universitários da amostra sentem-se da seguinte forma:
 - Sentem que **estão** na profissão certa;
 - Se pudessem, **não** deixariam de ser professores.
 - Sentem **pouco** quanto aos outros não terem competência para trabalhar com eles;
 - Estavam entre **pouco** e **mais ou menos** preocupados com a opinião alheia, sobre o desempenho de seu trabalho;
 - Ficavam **pouco** irritados com alunos e colegas;
 - Ficavam **nada** agressivos com alunos e colegas;
 - **Não** precisavam da aprovação de todos para se sentirem bem;

6.2. QUANTO AOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.2.1. Caracterização dos Aspectos Pessoais e Profissionais dos Professores Universitários

O *aspecto pessoal* do professor universitário da área pesquisada ficou caracterizado como: **não tendo realizado os tratamentos psicológico e psiquiátrico**, possuindo a **idade de 36 a 45 anos**, sendo do **sexo masculino** e tendo o **estado civil de casado**.

Quanto ao *aspecto profissional*, estes professores **trabalhavam de 41 a 50 horas por semana**, tinham **Auxiliares de Ensino como categoria docente**, eram da **área acadêmica de Ciências Humanas**, tinham de **6 a 10 anos de serviço**, trabalhavam no **regime de trabalho parcial** e possuíam o **título acadêmico de bacharel**.

6.2.2. Verificação quanto ao ambiente universitário ser ou não desencadeante de estados depressivos

❖ O *ambiente universitário* revelou ser, talvez, possível de desencadear estados depressivos a partir do critério de 50 %, ou mais, da população amostral nos seguintes casos: Procura fazer sempre seu trabalho com **perfeição**; Sente que os **outros não têm competência** para trabalhar consigo; Sente-se extremamente preocupado com a **opinião alheia**, sobre o seu desempenho no trabalho; Sente que tem ficado, cada vez mais, **em estresse**, em seu trabalho; Pensa que o **problema está mais na instituição** escolar/universitária do que na sua pessoa; e a **instituição** escolar/universitária **perturba** seu desempenho como professor.

❖ Os *estados depressivos* assinalados por 50 %, ou mais, da amostra pesquisada (e que poderão ser desencadeados pelas situações de trabalho mencionadas) foram os seguintes: **Estresse, Perfeccionismo, Irritação e Crítico**.

❖ Portanto, dentre as 20 situações de trabalho possíveis de desencadear os 14 estados depressivos relacionados nesta pesquisa, foram indicadas, como possíveis de terem ocasionado isto, 7 situações de trabalho (35 % do total), em 4 estados depressivos (28,6 % do total).

6.2.3. Verificação dos estados depressivos existentes na amostra

❖ Foi verificado que os estados depressivos existem em 50% da amostra de professores universitários pesquisados.

❖ Dentre os 14 estados depressivos possíveis, neste estudo, foram relacionados 9 (64,3 % do total): **Desânimo, Melancolia, Tristeza, Irritação, Períodos de Ansiedade, Baixa Auto-Estima, Estresse, Perfeccionismo e Crítico.**

❖ A existência dos estados depressivos **desânimo, melancolia, tristeza, períodos de ansiedade, baixa auto-estima e estresse**, nos professores universitários da amostra, sugeriu a dependência do fato de os professores universitários **não terem feito os tratamentos psicológico e psiquiátrico.**

❖ Os estados depressivos apareceram em relação à **idade** de 36-45 anos (40%), dos **estados civis** de casados (58%), e dos **regimes de trabalho** parcial (58%) dos professores universitários da amostra;

❖ Há, no estado depressivo, **períodos de ansiedade** (76%), segundo os resultados, diante das **horas com que os professores** universitários da amostra trabalharam por semana de 41 a 50 horas (28%);

❖ A existência dos estados depressivos **irritação** (74%), **períodos de ansiedade** (76%), **baixa auto-estima** (56%), **estresse** (74%), **perfeccionismo** (98%) e **crítico** (92%) apareceu na **categoria docente de humanas** (38%) dos professores universitários da amostra.

❖ Os estados depressivos **desânimo** (64%), **tristeza** (56%), **irritação** (74%), **períodos de ansiedade** (76%), **baixa auto-estima** (56%), **estresse** 74%), **perfeccionismo** (98%) e **crítico** (92%) foram sugeridos, com maior incidência, no **regime de trabalho** parcial (58%).

❖ Os estados depressivos **irritação, perfeccionismo e crítico** independeu dos professores universitários da amostra **não terem feito os tratamentos psiquiátrico e psicológico;**

❖ A existência dos 9 estados depressivos sugeriram que os aspectos **sexos** (62%), **áreas acadêmicas** de humanas (38%), e **tempo de serviço** de 6 a 10 anos (30%) dos professores universitários da amostra, não são significativos destes estados.

❖ O **desânimo, melancolia, tristeza, irritação, baixa auto-estima, estresse, perfeccionismo e crítico** apareceram nos professores da amostra, mas não foram relacionados com as horas que **trabalhavam por semana**;

❖ O **desânimo, melancolia e tristeza** foram testemunhados por **toda as categorias docentes da amostra**.

❖ A **melancolia** foi colocada como existente, pelos professores, independente de sua **titulação acadêmica**.

❖ :

❖ As situações de trabalho **desempenho, não dar conta, perfeição, dificuldades em aceitar críticas, outros não têm competência, preocupado com a opinião alheia, irritado com alunos e colegas, agressivo com alunos e colegas, tenso, problema está na instituição e instituição perturba seu desempenho** que acometeram os professores universitários, foram mais comuns em professores que **não tinham feito tratamento psicológico**;

❖ As situações de trabalho **desempenho, não dar conta, perfeição, dificuldades em aceitar críticas, falta de tempo, outros não têm competência, preocupado com a opinião alheia, irritado com alunos e colegas, precisa da aprovação de todos, tenso, problema está na instituição e instituição perturba seu desempenho** que acometeram os professores universitários, foram mais comuns na amostragem que **não fizeram tratamento psiquiátrico**;

❖ Todas as 16 situações de trabalho, exceto a **não dar conta**, que acometeram os professores universitários da amostra, apareceram, mais comumente, em professores com a **idade** de 36 a 45 anos e do **estado civil** casado.

- ❖ As situações de trabalho **desempenho, perfeição e cometer erros** foram mais frequentes em professores que trabalhavam de 41 a 50 horas por semana.
- ❖ As situações de trabalho **melhor, não dar conta, perfeição, dificuldades em aceitar críticas, comete erros, falta de tempo, outros não têm competência, irritado com alunos e colegas, agressivo com alunos e colegas, precisa da aprovação de todos, tenso, em estresse, problema está na instituição e instituição perturba** foram testemunhados na **categoria docente** de professor-assistente.
- ❖ A situação de trabalho **dificuldades em aceitar críticas**, que acometeu os professores da amostra, foi mais frequente na **área acadêmica** de humanas;
- ❖ A situação de trabalho **preocupado com a opinião alheia** foi sugerida pelos professores da amostra que apresentaram **tempo de serviço** de 6 a 10 anos;
- ❖ Todos os 16 estados depressivos, exceto **outros não têm competência**, que acometeram os professores universitários da amostra, apareceram naqueles que tinham **regimes de trabalho** parcial ;
- ❖ Todos os 16 estados depressivos, exceto **preocupado com a opinião alheia**, que acometeram nossa amostra, foram mais frequentes entre os professores que tinham o **título acadêmico** de mestre.
- ❖ As situações de trabalho **melhor em seu trabalho, cometer erros, falta de tempo, precisa da aprovação de todos, e em estresse**, que acometeram os professores universitários da amostra, sugerem que apareceram independentemente de **não terem feito tratamento psicológico**;
- ❖ Também as situações de trabalho **melhor em seu trabalho, cometer erros, agressivo com alunos e colegas e em estresse**, que acometeram os professores universitários, independentemente de **não terem feito tratamento psiquiátrico**;
- ❖ A situação de trabalho **não dar conta**, que acometeu os professores universitários da amostra, assim o fizeram independentemente das **idades** que eles tinham;

❖ Todas as 16 situações de trabalho, que acometeram os professores universitários da amostra, assim o fizeram independentemente dos **sexos** e dos **tempos de serviços**;

❖ As situações de trabalho **melhor em seu trabalho, não dar conta, dificuldade em aceitar críticas, falta de tempo, outros não têm competência, preocupado com a opinião alheia, irritado com alunos e colegas, agressivo com alunos e colegas, precisa da aprovação de todos, tenso, em estresse, problema está na instituição e instituição perturba**, que acometeram os professores universitários da amostra, assim o fizeram independentemente das **horas que eles trabalhavam por semana**;

❖ As situações de trabalho **desempenho, preocupado com a opinião alheia e instituição perturba** independeram das **categorias docentes**;

❖ Todas as 16 situações de trabalho, exceto a **dificuldade de aceitar críticas**, que acometeram os professores universitários da amostra, independeram das **áreas acadêmicas** que eles tinham; e

❖ A situação de trabalho **outros não têm competência**, que acometeu os professores universitários da amostra, assim o fizeram independentemente dos **regimes de trabalho** que eles tinham.

7. SUMMARY

The aim of the present research was to investigate, through an exploratory study, how the university professors perceive the academic environment and possible depressive states.

A pre-sample was used composing of 20 university professors for verifying the validity of the instruments that were used to make the research. The sample studied consisted of 50 university professors, both genders, actively working for three schools of higher learning in the Paraíba River Valley who were from three academic areas (sciences, humanities and biology). Three questionnaires were used as instruments of research, made by the author of the study, named: Questionnaire of Identification Sample Data (QDIA), Questionnaire for Verifying Depressive States (QVED) and Questionnaire for Verifying Working Situations (QVST).

The analysis of the results was made by using the computer program "Statistica", from StatSoft, and by applying the Kolmogorov-Smirnov Test of one sample to those variables which had data permitting this.

The sample presented the following more frequent categories: **age:** 36 to 45 years; **gender:** male; **civil status:** married; **hours worked per week:** 41 to 50 hours; **teaching position:** assistant professor; **academic field:** human sciences; **time at work:** from 6 to 10 years; **working policy:** part-time; **academic title:** master.

The Working Situations showed be possible to unchain the depressive states in the sample in the following events: **seek to make his work with perfection (84%); perceive that the others have no competency to working with him (76%); feel extreme worried with the other's opinion about his working performance (82%); think that the problem is in the high school institution (80%); the high school disturb his performance as a teacher (74%).**

The Depressive States which affected the sample surveyed was the following: **discouragement (64%); melancholy (50%); sadness (56%); irritation (74%), anxiety (76%); low self-esteem (56%); stress (74%); perfeccionism (98%) and critical (92%).**

The conclusions derived in this study, because of the size sample limitations, cannot be generalized. One developed, from the gathered results, strategies Psychopedagogy and Cognitive Behavioral Therapy approaches based, for Mental Health prevention of the university professors.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, H.A. Depressão e trabalho: importância na medicina social e ocupacional. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 69 (4): 183-192, 1995.
- ALBERTI, R.E. & EMMONS, M.L. *Comportamento Assertivo: um guia de auto-expressão*. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.
- AMARAL DIAS, C. e NUNES VICENTE, T. *A Depressão no adolescente*. Porto: Edições Afrontamento, 1984.
- AMARAL DIAS, C. *Para uma Psicanálise da relação*. Porto: Edições Afrontamento, 1988.
- AMIRALIAN, M.L.T.M. *Psicologia do excepcional*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.
- ANDRÉ, C. e LÉGERON, P. Thérapies cognitives de l'anxiété seule et de la phobie sociale. Paris: *Psychologie Française*, 38, 1993, 231-240.
- ARANTES, M.A.A.C. Vida e morte no trabalho. In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C. & ARANTES, M.A.A.C., orgs.. *Psicossomática II: Psicossomática e Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- AREIAS, M.E.Q. *Saúde Mental, Estresse e Trabalho dos servidores de uma Universidade*. Campinas: 1999. Tese (Doutorado) em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.
- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- AZEVEDO, R.C.S. de Drogas e trabalho. In: GUIMARÃES, L.A.M. & GRUBITS, S., orgs. *Série Saúde Mental e Trabalho*. Vol 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- BATISTA, M.N. ET AL. Nível e Fontes de estresse em alunos de Psicologia. Bragança Paulista: *PSICO - USF*, v.3, n,1, p. 61-76, 1998.

- BATISTA, A.S. & CODO, W. Crise de identidade e sofrimento. In: CODO, W. (Org.) *Educação: carinho e trabalho*. Burnout, a síndrome da desistência do educador que pode levar a falência da educação. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- BECK, A.T. *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Haper & Row, 1967.
- _____. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- _____; RUSH, A.J.; SHAW, B.F. & EMERY, G. *Terapia cognitiva da depressão* Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- _____ & FREEMAN, A. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- _____ & EMERY, G. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. Nova Iorque: Basic Books, 1985.
- BERTHOUD, C. Formando e rompendo vínculos: a grande aventura da vida. In: C. BERTHOUD, M.H.BROMBERG & M.R.BARREGO. *Ensaio sobre Formação e Rompimento de Vínculos Afetivos*. Taubaté: Cabral Editorial, 1997.
- BERTOLETE, J.M. et al. *Glossário de termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus derivados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BÍBLIA sagrada. *Antigo e novo testamento*. Tradução do Centro Bíblico Católico, São Paulo: Editora Ave Maria, 1989.
- BLEICHMAR, H. *Depressão: um estudo psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BORGES, L.H. Trabalho e Doença Mental: reconhecimento social do nexos trabalho e doença mental. In: SILVA FILHO, J. & JARDIM, S. (Orgs.): *A Damação do Trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997.

- BOSSA, N.A. *A Psicopedagogia no Brasil*. Contribuições a Partir da Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BOWLBY, J. *Perda, Tristeza e Depressão*. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- BRANDÃO, C.R. *O Educador: vida e morte*. São Paulo: Edições Graal, 1989.
- BRUNET, L. *Stress et climat de travail chez les enseignants*: Disponível na Internet: <http://www.ordp.vsnet.ch/Resjun98/BurnBrunet.html> [5-7-1999].
- BUMPUS, J.F. Career vitality of professors: a cognitive restructuring model. annual Meeting of the Werstern Psychological Association. São Francisco. **Washington:Viewpoints**, CA, Apr, 27-30, 1983.
- CABALLO, V.E. *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento*. São Paulo: Santos Editora, 1996.
- CAMPOS, L.F.L. Terapia Racional-Emotiva Comportamental. In: RANGÉ, B., org.. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*, Campinas: Editora Psy, 1995 (b).
- CARDOSO, W.L.C.D. *Abortamento provocado*. Aspectos Psicológicos. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. São Paulo: Pontificia Universidade Católica, 1987.
- _____. *Subsídios psicopatológicos da depressão pós-abortamento provocado*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Coimbra: Faculdade de Psicologia Clínica e de Ciências da Educação da Univerdidade de Coimbra, 1997.
- _____. *Revista Salesiana*. Mestrado em Educação, 1999_(a, no prelo).
- _____. Qualidade de Vida e Trabalho: uma articulação possível. In: GUIMARÃES, L.A.M. & GRUBITS, S.,orgs. *Série Saúde Mental e Trabalho*. Vol 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999 (b).
- CARVALHO, C. *et al.*, Psicoterapia existencial na depressão. *Jornadas de Psicologia e Psicopatologia Existencial*. Lisboa: ISPA, 1990, 97-99.

- CARVALHO, H.T.T.K. Professora primária: amor e dor. In: CODO, W. & SAMPAIO, J.C.S. (orgs). *Sofrimento psíquico nas organizações*. Saúde Mental e Trabalho. Vozes, 1995. p.127-138.
- CARVALHO, M.M.B. *de O professor: um profissional, sua saúde e a educação na saúde na escola*. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 1995.
- CASTELLAZZI, V.L. *Psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza*. Roma: Libreria Aenes Salesiano, 1995
- 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 da desistência do educador que pode levar a falência da educação. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- _____ & BATISTA, A.S. O outro como produto. In: CODO, W. (Org.) *Educação: carinho e trabalho*. Burnout, a síndrome da desistência do educador que pode levar a falência da educação. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- _____ & VASQUES-MENEZES, I. 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: Editora Vozes, 1999.
- COSTA, S.F. *Introdução ilustrada à estatística*. São Paulo: Editora Harbra, 1988.
- COSTELLO, C. Depression: loss of reinforcer or loss of reinforcer effectiveness, *Behavior Therapy*, 3: 240-247, 1972.
- COUTO, H.A. *Estresse e qualidade de vida do executivo*. Rio de Janeiro: COP Editora, 1987.
- COVOLAN, M.A. *O estresse ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUCCAMP< Instituto de Psicologia, 1989.

COX, T. & BROCKLEY, K.D. The experience and effects of stress unteachers. *British Educ. Research Journal*, 10, 83-87, 1984.

CRUZ, A.P.M., ZAMGROSSI JR.& GRAEFF, F.G. Psicobiologia da ansiedade. In: RANGÉ, B, org. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editoria Psy, 1995.

DATTILIO, F.M. & FREEMAN, A. *Estratégias cognitivo-comportamental para intervenção em crises: tratamentos de problemas clínicos*. Campinas: Editorial Psy, 1995 (a).

_____. *Estratégias cognitivo-comportamental para intervenção em crises: tópicos especiais*. Campinas: Editorial Psy, 1995 (b).

_____ & PADESKY, C.A. *Terapia cognitiva com casais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DAVIS, M.; ESHELMAN, E.R. & MCKAY, M. *Manual de relaxamento e redução de estresse*. São Paulo: Summus, 1996.

DEJOURS, C Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. nº 54, vol. 14, abril, maio, junho, 1986.

_____. *A Loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho*. 5ª edição ampliada, São Paulo: Ed. Cortez - Oboré, 1992.

_____ ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Editora Atlas, 1994.

_____ - *O Fator humano*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DELLITI, M. Depressão. *Psicologia e Comportamento*, 1984, 3,46-49.

- DICHTCHEKENIAN, M.F. Alienação e solidão: caminho existencial. In: M.F. DICHTCHEKENIAN, org. *Vida e morte: ensaios fenomenológicos*. São Paulo: Ed. Companhia Ilimitada, 1988.
- DICIONÁRIO DE PSICOPEDAGOGIA E PSICOLOGIA EDUCACIONAL – BRUNER E ZETTNER. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- DOLTO, F. A sociedade (A escola). O seu poder profilático. In: MANNONI, M. *A primeira entrevista em psicanálise*. - Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- DOUGHER, M. & HACKBERT, L. A behavior-analitic of depression and a case report using. *The behavior analyst*, 1994, 17, 321- 334.
- ELLIS, A. (1970) *Como viver com neuróticos: no trabalho ou no lar*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1970.
- _____. Psicoterapia racional. In: MILLON, T. *Psicopatologia e personalidade*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
- _____. & DRYDEN, W. *The practice of rational-emotive therapy*. Nova Iorque: The Guilford Press, 1987.
- FARIA, M.A.M. O trabalho e o processo saúde-doença. In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C. & ARANTES, M.A.A.C (orgs.). *Psicossomática II: Psicossomática e Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- FELSTEN, G. & WILCOX, K. Influences of stress and situation-specific mastery beliefs and satisfaction with social support on well-being and academic performance. *Psychological Reports*, 70, (1): 291-303.
- FENSTERHEIM, H. & BAER, J. *Não diga sim quando quer dizer não*. Rio de Janeiro: Editora Record, 1975.
- FERNÁNDEZ, A. *A inteligência aprisionada*. Abordagem clínica da criança e sua família. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

- FERNÁNDEZ, A. *A Mulher Escondida na Professora*. uma leitura psicopedagógica do ser, da corporalidade e da aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- FERRAZ, F.C. O mal-estar no trabalho. In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C. & ARANTES, M.A.A.C (orgs.). *Psicossomática II: Psicossomática e Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- FERREIRA, A.B.H. *Novo dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro; Nova Fronteira, 1975.
- FERREIRA JR. Alcoolismo e trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. nº 70, vol. 18 - abril, maio, junho, 1990.
- FESTER, C.B. A funcional analysis of depression. *American Psychologist*, 28: 857-870, 1973.
- FIGUEROA, L.A.A. & CUELLAR, O.E.G. Estudio de clima organizacional y satisfacción laboral en establecimientos educacionales: su relación con la calidad de la enseñanza. In: O futuro da criança na escola, família e sociedade. *Anais do II Congresso Nacional de Psicologia Escolar*. Rio de Janeiro: Editora Átomo, 1995.
- FISHER, S. *Stress in academic life: the mental assembly line*. Buckingham: Open University Presse, 1994.
- FORGHIERI, Y.C. Contribuições da fenomenologia para o estudo das vivências. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, São Paulo, 2 (1),1989.
- FORGHIERI, Y.C. Levantamento e classificação de pesquisas fenomenológicas no campo da Psicologia. *Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia*, São Paulo, 4 (03), 1992.
- FORGHIERI, Y.C. Fenomenologia e psicoterapia. In: FORGHIERI, Y.C., org. *Fenomenológica e Psicologia*. Biblioteca Pioneira, São Paulo, 1993.
- FRANCO, A.C.S.F.; GONÇAVES, A. & PADOVANI, C.R. Relação saúde-doença de professores de educação física expressa em estudo na rede municipal de ensino. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, Nº 91-92, vol.24, p.74-84, 1992.

- FRANÇA, H.H. A síndrome de burnout. *Revista Brasileira de Medicina*, 44 (8). Ago., 1987, pp. 197-199.
- FRANÇA, A.C.L. & RODRIGUES, A.R. *Stress e trabalho*: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Editora Atlas, 1997.
- FRANKL, V.E. *Psicoterapia e sentido de vida*: fundamentos de logoterapia e análise existencial. São Paulo: Editora Quadrante, 1973.
- _____ - *Em busca de sentido*: um psicólogo no campo de concentração. 2ª. ed. São Leopoldo: Editora Sinodal, 1997.
- FREUD, S. *Luto e Melancolia*. Obras Completas. Rio de Janeiro: Editora Imago, vol. XIV, 1983.
- FRIEDMAN, M. & ROSENMAN, R.H. *Type A behavior and you heart*. New York, Fawcett Crest, 1974.
- GADZELLA, B.M. Student-life stress inventory: identification of and reations to stressors. *Psychological Reports*, 74: 395 - 402, 1994.
- GIL, A.C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 1995.
- GONGORA, M.A.N. *Depressão: Teorias da Aprendizagem e Construção de uma Escala Brasileira para avaliá-la*. Campinas, 1982. Dissertação (Mestrado) em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- GORAYEB, R. e RANGÉ, B. Metodologia Clínica: técnicas comportamentais. In: LETTNER, H. & RANGÉ, B.; orgs. *Manual de Psicoterapia Comportamental*. São Paulo: Editora Manole, 1988.
- GOUVEIA, J.A.P. *Factores Cognitivos de vulnerabilidade para a depressão*. Coimbra: 1990. Tese (Doutorado) em Psicologia Clínica. Universidade de Coimbra.
- GRINBERG, L. *Culpa Y Depression*. Estudo psicanalítico. Madrid: Alianza Editoria, 1988.

GUALBERTO FILHO, A. As condições de trabalho na universidade e seus reflexos na formação do aluno e na sociedade. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.*, nº 53, vol.14, jan., fev., mar., 1986.

GUELFÍ, J.D. & CALABRIA, A. Distúrbios de personalidade e depressão. *Informação Psiquiátrica*, vol. 17 nº 2, 1998.

GUIMARÃES, L.A.M. *Saúde Mental e Trabalho em um seguimento do operariado da Indústria Extrativa de Mineração de Ferro*. Campinas, 1992. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

_____ & GRUBITS, S. orgs. *Série Saúde Mental e Trabalho*. Vol 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

_____ ; CARDOSO, W.L.C.D.; GRUBITS, S. & MARTINS, A. Prevalência de transtornos mentais no ambiente de trabalho. In: GUIMARÃES, L.A.M. & GRUBITS, S. orgs. *Série Saúde Mental e Trabalho*. Vol 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

GUZZO, R.S.L. Prevenção e escola. Em: Guzzo, *et al.* O futuro da criança na escola, família e sociedade. *Anais do II Congresso Nacional de Psicologia Escolar*, Rio de Janeiro: Editora Átomo, 1995.

HALL, E.; HALL, C. & ABACI, R. The effects of human relations training on reported teacher stress, pupil control ideology and locus de control. *BR. J. Educ. Psychology*, 57 (Pt4) 483-96, 1997.

HEIDEGGER, M. *Conferências e escritos filosóficos*. São Paulo: Abril Cultural. Os Pensadores, 1973.

_____. *Introdução à metafísica*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978.

_____. In: Padovani, U. e Castagnola, L. *História da Filosofia*. São Paulo: Melhoramentos, 1993.

- HOIRISCH, A. BARROS, D. IM. M. e SOUZA, I. S. *Orientação psicopedagógica no ensino superior*. São Paulo: Cortez Editora, 1993.
- HOJAIJ, C. R. Fenomenologia da Angústia. *Psiquiatria Psicológica*, São Paulo: 2 (2), 70-73, 1994.
- HUSSERL, E. *Conferências de Paris*. Textos filosóficos. Lisboa: Edições 70, 1992.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL DOS ESTADOS UNIDOS. Você não está só: informações sobre saúde mental e doença mental. *Departamento de Saúde e Serviço Social dos EUA*, 1991.
- JASPERS, K. *Psicopatologia Geral: psicologia compreensiva, explicativa, fenomenológica*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1985, vol. I., (a).
- _____. *Psicopatologia Geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenológica*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1985, vol. II., (b).
- JOLIVET, R. *As doutrinas existencialistas*. Porto: Livraria Tavares Martins, 1975.
- JORNAL DA ASSOCIAÇÃO DO PROFESSORES DO ENSINO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO (APEOESP). Condições das escolas estaduais podem causar desânimo e apatia em professores e funcionários. Especial para o *XVI Congresso Estadual da APEOESP* (s/d).
- KAPLAN, H., SADOCK, B. GREBB, J. *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KERBAUY, R. R. Terapia comportamental cognitiva: uma comparação entre perspectivas. *Ciência e profissão*, 1983, 2, 10-23.
- _____. O que é a Psicoterapia Analítica Funcional. *Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental*, 1995, 1-2, p.
- _____. Terapia comportamental. *Revista Biociências*. Taubaté: Universidade de Taubaté, 1997.

- KLEIN, M. *Psicanálise da criança*. Editora Mestre Jou, 1982.
- KIERKEGAARD, S. *Ponto explicativo da minha obra*. Lisboa: Lisboa Edições, 1986.
- KOHLBERG, R.J. e TSAI, M. Improving cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: theory and case study. *The Behavior Analyst*, 1994, 17, 305-319.
- KYRIACOU, C. e SUTCLIFFE, J. A model of teacher stress. *Educational Studies*, 4 (1), 1-6, 1978.
- KUNTI, LF, PETRUS, G.M., MATIDA, C.K., ZANATTA, A., PROBST, V.S., CARMELLO, V.T., PELEGRI, A.C., ANDROUKOVITH, F. E OLIVEIRA, M.S. Prevalência do Estresse na comunidade acadêmica. *Re. Bras. Med. Psicossomática*, 2(4): 148-149, 1998.
- LACERDA, A.L.T. de Álcool e local de trabalho. In: In: GUIMARÃES, L.A.M. & GRUBITS, S., orgs. *Série Saúde Mental e Trabalho*. Vol 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- LAFON, R. *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France, 1969.
- LAMUDE, K.G. Resistance in the classroom: variations in student's perceived strategies for resistance and teacher's stressors as a function of student's ethnicity. *Perceptual and Motor Skill*, vol. 75, p. 616-626, 1992.
- LAZARUS, A. *Terapia multimodal do comportamento*. São Paulo: Editora Manole, 1980.
- LÉON, L.M. & IGUTI, A.M. Saúde em tempos de desemprego. In: GUIMARÃES, L.A.M. & GRUBITS, S., orgs. *Série Saúde Mental e Trabalho*. Vol 1. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- LEWINSON, P.M. *Clinical and theoretical aspects do depression: innovative treatment and methods in psychopathology*, New York: Wiley, 1974.

- LINDGREN, H.C. *Saúde Mental na Educação*. Rio de Janeiro: Editora Científica, 1965.
- LIPP, M.N.; NERY, M.J. & MALAGRIS, L.N. Padrão de comportamento Tipo A: sua incidência em amostras de executivos brasileiros e a relação com a primogenitura. *Estudos de Psicologia*, 5 (2). Campinas: PUCCAMP, p. 58-69, 1988.
- _____ & ROCHA, J.C. *Stress, hipertensão e qualidade de vida*. Campinas: Editora Papyrus, 1994.
- _____ & MALAGRIS, L.N. Manejo do estresse. In: RANGÉ, B., org. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editora Psy II, 1995.(b)
- _____. org. *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupo de riscos*. Campinas: Papyrus Editora, 1996.
- LYOTARD, J.F. *La Phénoménologie*. Press Universitaires de France, 1954.
- MACHELL, D.F. A discourse on professorial melancholia. Washington: *Viewpoints*, 1988.
- MAFFEI, E.F. *Ansiedade em professores universitários: um estudo exploratório*. São Paulo, 1992. Dissertação (Mestrado - Psicologia Escolar. São Paulo: USP.
- MAIA, M.A. Fenomenologia da consciência de culpabilidade. Lisboa: *Jornadas de Psicologia e Psicopatologia Fenomenológicas e Existenciais*, 91-95, 1990.
- MANNONI, M. – *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- MARLATT, G. & GORDON, J. *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção e tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- MARTINS, A.; COELHO, R. & BARROS, H. Impacte do stress da época de exames e sintomatologia depressiva numa amostra de estudantes universitários. *Rev. Psiquiat. F.M.P.* III Série (XIX) 3-4 Jul.-Dez., 1997.

- MARTINS, R. de C.; SELEGUINE, L. & MOURA, M. Estresse ocupacional em professores de psicologia. *Anais do I Simpósio sobre estresse e suas implicações*. Campinas: PUCCAMP, 109, 1996.
- MATOS, E.G. *Contribuições ao estudo do distúrbio de pânico e prolapso de válvula mitral*. Campinas, 1992. Tese (Doutorado)_em Medicina, área de Saúde Mental. UNICAMP.
- MAY, R. *O homem à procura de si mesmo*. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1973.
- MAY, R. *Psicologia e dilema humano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.
- MENDELS, J. *Conceitos de depressão*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1972.
- MENDES, R. Aspectos conceituais da Patologia do trabalho. In: MENDES, R. org. *Patologia do trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1971.
- MIRABEL-SARRON, C. Les abords cognitifs des états dépressives. *Psychologie Française*, 38, 3-4, 1993, 216-217.
- MORAIS, R. *Stress existencial e sentido de vida*. São Paulo: Edição Loyola, 1997.
- MOSQUERA, J. *O professor como pessoa*. Porto Alegre: Editora Sulina, 1983.
- MOULY, G.J. A saúde mental na sala de aula. In: MOULY, G.J. *Psicologia Educacional*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1970.
- MOUTINHO, L. *Sartre: Existencialismo e Liberdade*. São Paulo.: Editora Moderna, 1995.
- NARDI, A.E. *Questões atuais sobre depressão*. São Paulo: Editorial Lemos, 1998.
- NEVES, M.Y.R. Processo de trabalho docente e sofrimento psíquico. *Cadernos do IPUB*, vol.1, nº 2, 2ª.ed., 1996.

- NÓVOA, A. *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1982.
- OKEBUKDA, P.A. & JEGEDE, O.J. Survey of factors that stress science teachers and an examination of coping strategies. *Science Education*, 76 (2): 199-210, 1992.
- OLIVEIRA NETO, P.L. *Estatística*. São Paulo: Editora Bücher, 1988.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Trad. Caetano, D. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- PADOVANI, U. e CASTAGNOLA, L. *História da Filosofia*. São Paulo: Melhoramentos, 1993.
- PAÍN, S. Processo de Aprendizagem e o Papel da Escola na Transmissão dos Conhecimentos. São Paulo: *Cadernos Cevec*, N° 1, 1985.
- _____. *Diagnóstico e problemas de aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- PAIVA, L.M.D. *Depressão e suicídio: tanatismo, psicanálise e psicossomática*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1982.
- PERLMAN, B. e HARTMAN, E. Burnout: summary and future. **Human Relations**, 35 (4), 283-305, 1982.
- PERLS, F.S. *Terapia explicada*. São Paulo: Summus, 1976.
- PERLS, F. S. *Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata de lixo*. São Paulo: Editora Summus, 1979.
- RAMOS, M. – Intervenção comportamental e cognitiva nos comportamentos depressivos da criança e do adolescente. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1987, p. 177-199.
- RANGÉ, B. Psicoterapia comportamental. In: RANGÉ, B. (Org.) Psicoterapia comportamental e cognitiva: transtornos psiquiátricos. Campinas: Editorial Psy, 1995 (a).

- _____. RANGÉ, B. org. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Editorial Psy, 1995 (b)
- RATNER, C. *A psicologia sócio-histórica de Vygotsky: aplicações contemporâneas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- REINHOLD, H. H. *Stress ocupacional do professor I*. Campinas, 1984. - Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- RIMM, D.C. e MASTERS, J.C. *Terapia Comportamental*. São Paulo: Editora Manole, 1983.
- ROGERS, C.R. *Liberdade para aprender*. Belo Horizonte: Interlivros, 1973.
- ROMANO, A.S. *Levantamento das fontes de stress ocupacional de soldados da Polícia militar e o nível de stress por elas criado: uma proposta de um programa de curso de controle do stress específico para a Polícia Militar*. Campinas, 1989. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, PUCCAMP.
- ROSA, A.N. El lenguaje como mediador en le prevención de la depresión.. São Paulo: *Congresso Interamericano de Psicologia*, 1997 [mimeografado}.
- RUBSTEIN, E. A Intervenção Psicopedagógica Clínica. In: SCOZ, B.J.L. *et al. Psicopedagogia: contextualização, formação e atuação profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SANTOS, A.M. dos; MARTINEZ, A.; BAPTISTA, M.N.; MIGLIOLI, F.A. & LIPP, M.N. Níveis de estresse em pós-graduandos. *Anais do I Simpósio sobre estresse e suas implicações*. Campinas: PUCCAMP, 108, 1996.
- SARTRE, J.P. O existencialismo e o humanismo. In: FERREIRA, V. *O existencialismo e o humanismo*. Lisboa: Editorial Presença, 1978.
- _____. Existencialismo e liberdade. In: L.D.S.MOUTINHO, L.D.S. *Existencialismo e liberdade*. São Paulo: Editora Moderna, 1995.

- SATO, L. Trabalho como categoria explicativa dos problemas psicossomáticos e de saúde mental. In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C. & ARANTES, M.A.A.C., orgs. *Psicossomática II: psicossomática e psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- SCHMIDT, I.T. *Stress ocupacional no ambiente acadêmico*. São Paulo, 1990. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo (USP).
- SCHONFELD, I.S. Psychological distress in a sample of teacher. *J. Psychol.*, may, 124 (3): 321-38, 1990.
- SELIGMAN, M.E. *Desamparo sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1977.
- SELIGMANN SILVA, E. Repercussões das condições de trabalho na vida familiar. *J. Bras. Psiq. (supl. 2)* 255-275, 1990.
- _____. Saúde mental e trabalho. In: S.A. TUNDIS & N.R. COSTA. *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental e trabalho*. 3ª. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1992.
- _____. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho: marcos de um percurso. In: DEJOURS, C, ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- _____. Saúde mental e trabalho. Psicopatologia e dinâmica do trabalho. In: MENDES, R. *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1995.
- _____. A Interface Desemprego Prolongado e Saúde Psicossocial. In: SILVA FILHO, J. & JARDIM, S. (Orgs.): *A Danação do Trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997.
- SELYE, H. *The stress of life*. New York, Mac Graw-Hill, 1956.
- Stress: a tensão da vida*. São Paulo: IBRASA, 1965.

- _____. *Stress without distress*. Philadelphia, New York, J.P. Lippincot, 1974.
- SHEPARD, S.R. *Um Estudo Exploratório sobre Depressão e "Desamparo Adquirido" em Estudantes Universitários*. São Paulo, 1983. Tese (Doutorado) - Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.(PUC)
- SHINOHARA, H. Transtornos do humor. In: RANGÉ, B., org. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*. Transtornos psiquiátricos Campinas: Editora Psy, 1995 (a).
- SIDMAN, M. *Coerção e suas implicações*. Campinas: Editorial Psy II, 1995.
- SIEGEL, S. *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. Tokyo: Mc-Graw-Hill, 1956.
- SILVA, A.C.A. *Estresse, estressores e qualidade de vida em bancários: um estudo exploratório com uma amostra de funcionários do Banco do Brasil*. Campinas, 1992. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, PUCCAMP.
- SILVA, FILHO, J.F. Trabalho e doença mental. In: *Cadernos do IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ - Organização do Trabalho e Saúde Mental*, v.1, n.2, 2ª. edição, 1996.
- SILVANY NETO, A.; ARAÚJO, T.M.; LIMA, B.G.C.; DUTRA, F.R.D.; PAIVA, L.CL & 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.
- SKINNER, B.F. *Science and human behavior*. Nova Iorque: Macmillan, 1953. Ciência e Comportamento Humano. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1967.
- _____. *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix, 1982.
- _____. *Questões recentes na análise comportamental*. Campinas: Papirus Editora, 1991.

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIÁTRIA CLÍNICA. Boletim do Programa D/Art (Depressão: Alerta, Reconhecimento e Tratamento) - tradução autorizada do *Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA* (s.d).
- SORATTO, L. & OLIVIER-HECKLER, C. Trabalho: atividade humana por excelência. In: CODO, W., org *Educação: carinho e trabalho*. Burnout, a síndrome da desistência do educador que pode levar a falência da educação. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- SPIEGEL, M. R. *Estatística*. Coleção Shaum. Ao Livro Técnico S.A. Segunda Edição, Rio de Janeiro, RJ 1969.
- SPITZ, R.A. *O primeiro ano de vida*: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1979.
- STATISTICA. *Statsoft for Windows*. Tulsa: Statsoft, 1995 (Versão 4.3) - (Programa de Computador.)
- TANGANELLI, M.S.L. & LIPP, M.E.N. Sintomas de Stress na Rede Pública de Ensino. *Estudos de Psicologia*, vol.15, nº3, 17-27; 1998.
- TAVARES, M.G.M. A política de extensão para as universidades brasileiras: análise das propostas do governo a partir dos anos 80. *Revista do Centro de Educação da UFAL* - ano 5, nº 5/6 Dez. 96/jul 97.
- TENÓRIO, L.R. Formação em Saúde do Trabalhador: Especialização Técnica e Formação Política. In: SILVA FILHO, J. & JARDIM, S. (Orgs.): *A Danação do Trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997.
- THORSEN, E. STRESS IN ACADEME: What bothers professors? *Higher Education*, 31: 471-489, 1996.
- TRAVERS, C.J. & COOPER, C.L. Mental Health, Job Satisfaction and Occupation Stress Among UK teachers *Work & Stress*, 1993, vol.7, no. 3, 203-219.

TRIAS, S. El malestar docente. *Educação*. Porto Alegre, ano XXI, nº 35, agosto 1998, p. 93-105.

VASQUES-MENEZES, I. & GAZZOTTI, A.A. A si mesmo com trabalho. In: CODO, W., org. *Educação: carinho e trabalho*. Burnout, a síndrome da desistência do educador que pode levar a falência da educação. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

_____ ; CODO, W. & MEDEIROS, L. O conflito entre o trabalho e a família e o sofrimento psíquico. In: CODO, W., org. *Educação: carinho e trabalho*. Burnout, a síndrome da desistência do educador que pode levar a falência da educação. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

_____ & 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: Editora Vozes, 1999.

VAZ SERRA, A. *A influência da personalidade no quadro depressivo. Contribuição para o estudo dos elementos patoplásticos da Sintomatologia*. Coimbra, 1972. Dissertação de (Doutorado). Universidade de Coimbra.

VÉZINA, M. *et al. Pour donner un sens au travail*. Bilan et Orientations du Québec: Gaëtan Morin Éditeur. La Comité de la Santé Mentale du Québec, 1992.

VIDAL, M.C. A Materialidade da Organização do Trabalho como objeto da Intervenção Ergonômica. In: SILVA FILHO, J. & JARDIM, S. (Orgs.): *A Danação do Trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1997.

VIEIRA, L.C., GUIMARÃES, L.A.M. & MARTINS, D.A. O Estresse Ocupacional em Enfermeiros. In: GUIMARÃES, L.A.M. & GRUBITS, S., orgs. *Série Saúde Mental e Trabalho* (Vol 1). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

VILELA, M. *Sintomas e fontes de estresse: amostra de escolares do 1º grau*. Campinas, 1995. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia da PUCCAMP.

WILLIS, J. *Conceitos básicos em psiquiatria*. 5 a. ed. São Paulo: Andrei Editora, 1980.

WINNICOTT, D.W. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

WITTER, G.P. Estresse e disciplina acadêmica. *Anais do I Simpósio sobre estresse e suas implicações*, agosto 1996.

_____. Estresse e desempenho de matérias básicas: variáveis relevantes. *Estudos de Psicologia*, vol.14, nº 2, 3-10, 1997.

WOLPE, J. *The Practice of Behavior Therapy*. England: Copyright, 1969.

9. ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

QUESTIONÁRIO DE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA (QDIA).

(Marque com um “X”, nos parênteses correspondente, os dados que lhe forem mais aplicáveis, para cada tópico).

I - Dados de Identificação (Parcial):

Você fez ou faz tratamento psicológico Sim () Não ()

Você fez ou faz tratamento psiquiátrico Sim () Não ()

1 - Idade:

- 1 - () até 25 anos;
- 2 - () de 26 a 30 anos;
- 3 - () de 31 a 35 anos;
- 4 - () de 36 a 45 anos;
- 5 - () de 46 a 55 anos;
- 6 - () mais de 55 anos.

2 - Sexo:

- 1 - () Masculino;
- 2 - (..) Feminino.

3 - Estado Civil:

- 1 - () Solteiro;
- 2 - () Casado;
- 3 - () Separado;
- 4 - () Desquitado;
- 5 - () Divorciado;
- 6 - () Viúvo.

4 - Número de Horas de Trabalho por Semana:

- 1 - () de 5 a 10 horas;
- 2 - () de 11 a 20 horas;
- 3 - () de 21 a 30 horas;
- 4 - () de 31 a 40 horas;
- 5 - () de 41 a 50 horas;
- 6 - () mais de 51 horas.

5 - Categoria Docente:

- 1 - () Auxiliar de Ensino;
- 2 - () Professor Assistente (Mestre);
- 3 - () Professor Assistente (Doutor);
- 4 - () Professor Adjunto;
- 5 - () Professor Titular;
- 6 - () Professor Colaborador.

6 - Área Acadêmica:

- 1 - () Ciências Humanas;

- 2 - () Ciências Biológicas;
- 3 - () Ciências Exatas.

7 - Tempo de Serviço Como Docente (Total):

- 1 - () Menos de 2 anos;
- 2 - () de 2 a 5 anos;
- 3 - () de 6 a 10 anos;
- 4 - () de 11 a 15 anos;
- 5 - () de 16 a 20 anos;
- 6 - () mais de 21 anos.

8 - Regime de Trabalho:

- 1 - () Dedicção integral;
- 2 - () Turno completo;
- 3 - () Tempo parcial.

9 - Título Acadêmico:

- 1 - () Bacharel/Licenciado;
- 2 - () Mestre;
- 3 - () Doutor;
- 4 - () Livre Docente.

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DE SITUAÇÕES DE TRABALHO

II - QUESTIONÁRIO DE SITUAÇÕES DE TRABALHO (OST):

Responda a todas as questões, indicando no parênteses, o número que melhor corresponda ao grau de intensidade com que você percebe as situações especificadas a seguir. Os graus de intensidade e os respectivos números identificadores são os seguintes:

- 1 - Nada;
- 2 - Pouco;
- 3 - Mais ou menos;
- 4 - Bastante;
- 5 - MUITÍSSIMO.

Perguntas Referentes às Situações de Trabalho:

- 1 - Você fica com dúvidas quanto ao seu desempenho no trabalho ? ()
- 2 - Você sente que quer ser o melhor em seu trabalho ? ()
- 3 - Você tem medo da concorrência, em seu trabalho ? ()
- 4 - Você teme em não dar conta de seu trabalho ? ()
- 5 - Você teme em perder o controle em seu trabalho e, então, procura fazer tudo sozinho ? ()
- 6 - Você procura sempre fazer o seu trabalho com perfeição ? ()
- 7 - Você sente dificuldades em aceitar críticas, em seu trabalho? ()
- 8 - Você costuma ficar muito chateado quando comete algum erro, trabalhando? ()
- 9 - Você sente que fica muito tenso pela falta de tempo para executar, totalmente, seu trabalho ? ()
- 10 - Você sente que os outros não têm competência para trabalhar consigo ? ()
- 11 - Você se sente extremamente preocupado com a opinião alheia, sobre o seu desempenho no trabalho ? ()
- 12 - Você tem se irritado, constantemente com seus alunos ou com seus colegas? ()
- 13 - Você tem ficado muito agressivo com seus alunos ou seus colegas ? ()
- 14 - Você precisa ser aprovado por todos para sentir-se bem ? ()
- 15 - Você tem ficado muito tenso para executar seu trabalho ? ()
- 16 - Você sente que tem ficado cada vez mais em estresse, em seu trabalho? ()
- 17 - Você sente que não está na profissão certa ? ()
- 18 - Se você pudesse, deixaria de ser professor ? ()
- 19 - Você pensa que o problema está mais na Instituição Escolar/Universitária do que na sua pessoa? ()
- 20 - A Instituição Escolar/Universitária perturba o seu desempenho como professor? ()

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO PARA

VERIFICAÇÃO DOS ESTADOS

DEPRESSIVOS

QUESTIONÁRIO PARA VERIFICAÇÃO DOS ESTADOS DEPRESSIVOS (QVED).

Por favor, leia cada uma das perguntas abaixo e assinale como você se sente nas últimas duas semanas, seguindo a escala numérica definida abaixo:

ESCALA	SINTOMAS
1	DE MODO ALGUM
2	UM POUCO
3	MUITO
4	DEMAIS

1. Você tem alterações no humor, como:
 - a) desânimo ?
 - b) melancolia ?
 - c) tristeza ?
 - d) irritação ?
 2. Tem ocorrido, com freqüência, períodos de ansiedade?
 3. Você tem mantido o seu peso em uma situação estável?
 4. Você está apresentando uma baixa auto estima?
 5. Você, freqüentemente, é pessimista?
 6. Você se sente culpado ?
 7. Você se sente com remorso?
 8. Você se sente em estresse?
 9. Você tende a ser perfeccionista, em seu trabalho?
 10. Você se comporta de maneira negativista ?
 11. Você sente que é muito crítico ?
-

ANEXO 4

HISTOGRAMAS DO

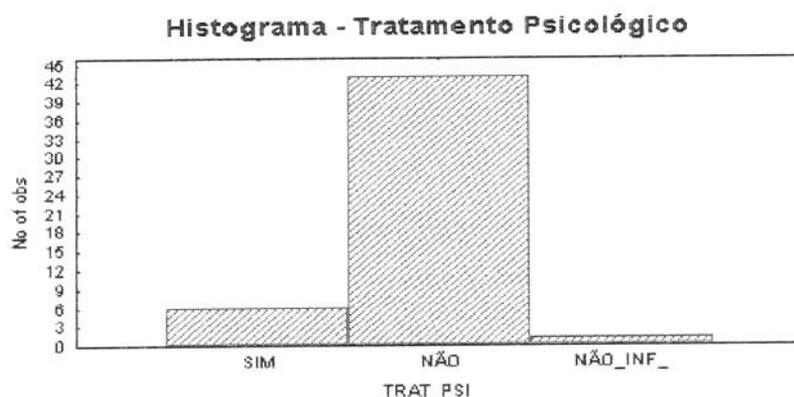
QUESTIONÁRIO DE DADOS DE

IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA

(1) - Tratamento Psicológico

Dos 50 professores da amostra, 6 fizeram tratamento psicológico, 43 não o fizeram e um não o informou.

Pré-Análise do Dado: Considerando-se o pequeno número dos professores que fizeram tratamento psicológico, (12%), este dado não será levado em consideração na Análise Estatística. Em vez deste, será analisado o número dos professores que não fizeram tratamento psicológico, que afetou 86 % da população amostral.

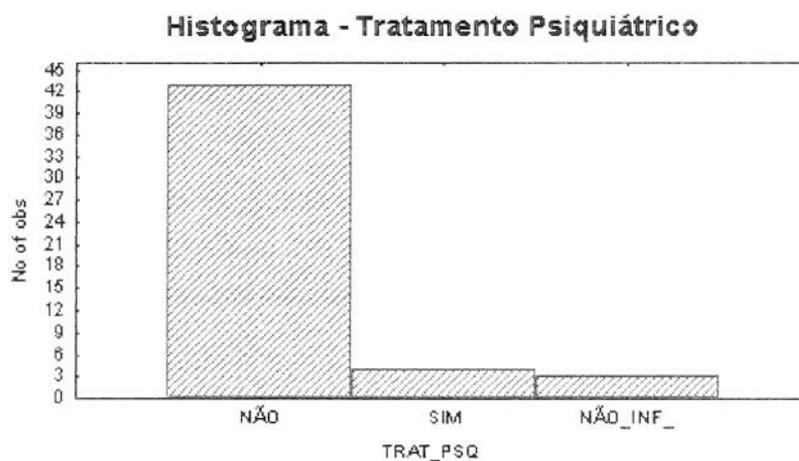


HISTOGRAMA 1 - TRATAMENTO PSICOLÓGICO

(2) - Tratamento Psiquiátrico

Dos 50 professores da amostra, 4 fizeram tratamento psiquiátrico, 43 não o fizeram e 2 não o informaram.

Pré-Análise do Dado: Considerando-se o pequeno número dos professores que fizeram tratamento psiquiátrico, (8%), este dado não será levado em consideração na Análise Estatística Descritiva. Contudo, serão analisados os professores que não fizeram tratamento psiquiátrico.

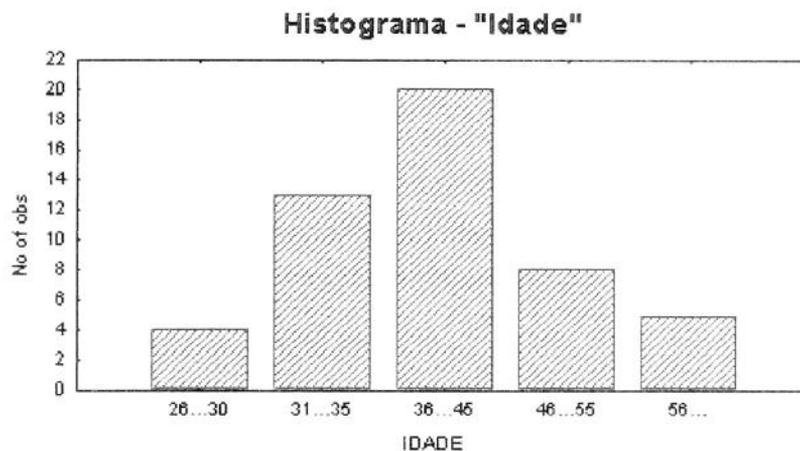


HISTOGRAMA 2 - TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

(3) - Idade

Dos 50 professores da amostra, 4 tinham entre 26 e 30 anos; 13, entre 31 e 35 anos; 20, entre 36 e 45 anos; 8 entre 46 e 55 anos; e 5, mais que 55 anos.

Pré Análise do Dado: A faixa de idade mais freqüente foi de 36 a 45 anos (40%), seguida pela faixa de idade de 31 a 35 anos (26%).

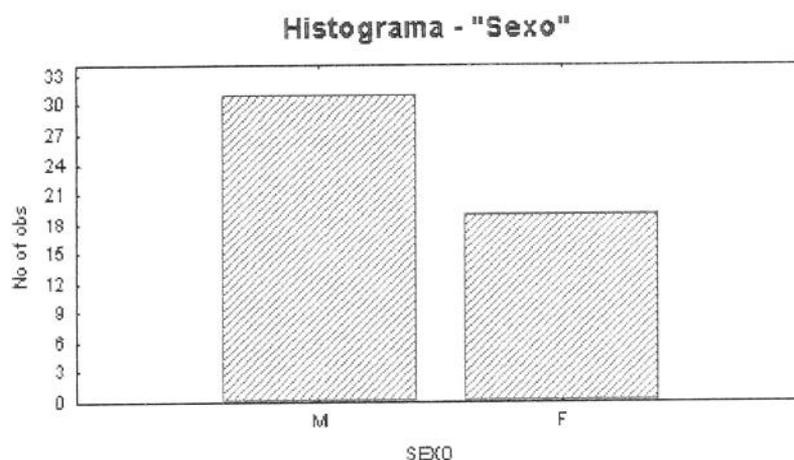


HISTOGRAMA 3 - IDADE

(4) - Sexo

Dos 50 professores da amostra, 31 eram do sexo masculino; e 19, do sexo feminino.

Pré-Análise do Dado: O sexo mais freqüente, na amostra, foi o masculino, com 62,0%.

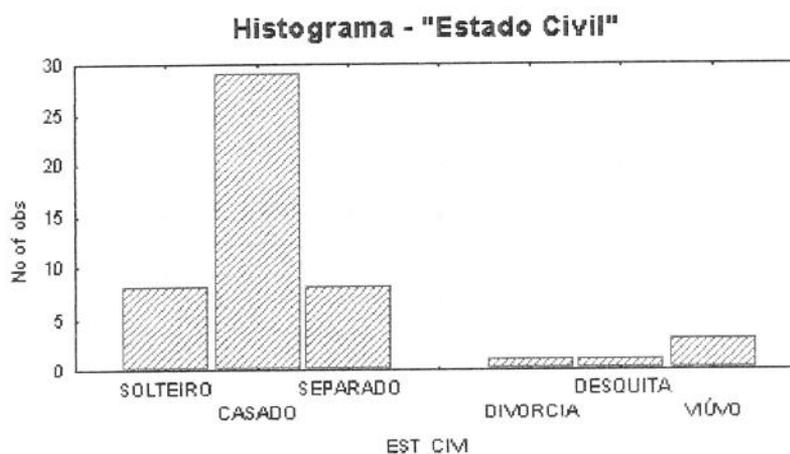


HISTOGRAMA 4 - SEXO

(5) - Estado Civil

Dos 50 professores da amostra, 3 eram viúvos; 29, casados; 8, solteiros; 8, separados, 1, divorciado; e 1 desquitado.

Pré-Análise do Dado: O estado civil mais frequente foi o de casados, com 58% da amostra.



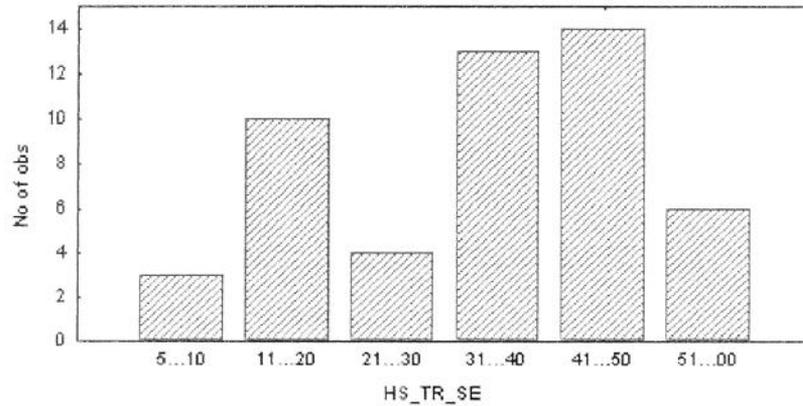
HISTOGRAMA 5 - ESTADO CIVIL

(6) - Horas Trabalhadas por Semana

Dos 50 professores da amostra, 3 trabalhavam de 6 a 10 horas; 10, de 11 a 20 horas; 4, de 21 a 30 horas; 13, de 31 a 40 horas; 14, de 41 a 50 horas; e 6 mais de 51 horas por semana.

Pré-Análise do Dado: A faixa de horário de trabalho semanal mais frequente foi daqueles que trabalhavam de 41 a 50 horas por semana, para 28% da amostra.

Histograma - "Horas Trabalhadas Por Semana"



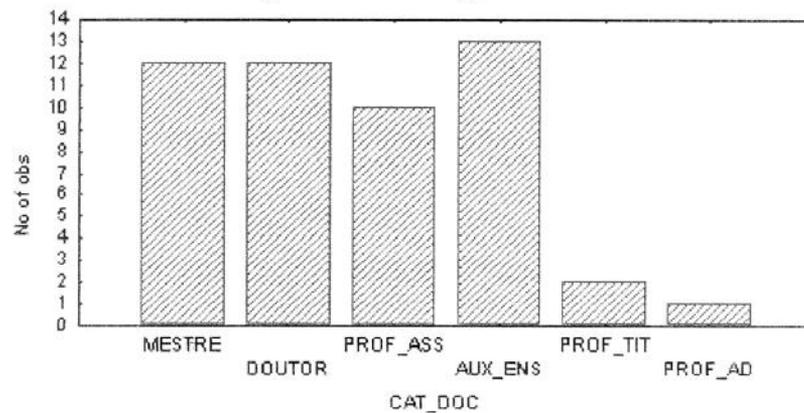
HISTOGRAMA 6 - HORAS TRABALHADAS POR SEMANA

(7) - Categoria Docente

Dos 50 professores da amostra; 12, Mestres; 12, Doutores; 10, Professores Assistentes; 1, Auxiliar de Ensino; 2, Professores Titulares; e 1, Professor Adjunto. Nenhum deles era Professor Colaborador.

Pré-Análise do Dado: As categorias mais frequentes, na amostra, foram as dos Professores Mestres e Assistentes, com 24 % da amostra, cada um.

Histograma - "Categoria Docente"

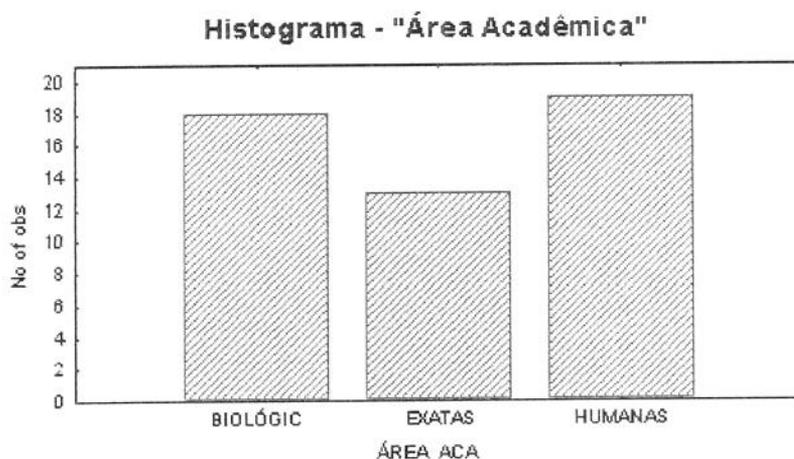


HISTOGRAMA 7 - CATEGORIA DOCENTE

(8) - Área Acadêmica :

Dos 50 professores da amostra, 18 eram da área de Ciências Biológicas, 19 de Ciências Humanas e 13 de Ciências Exatas.

Pré Análise do Dado: A área do conhecimento humano mais freqüente na amostra foi a de Ciências Humanas, com 38% da amostra.

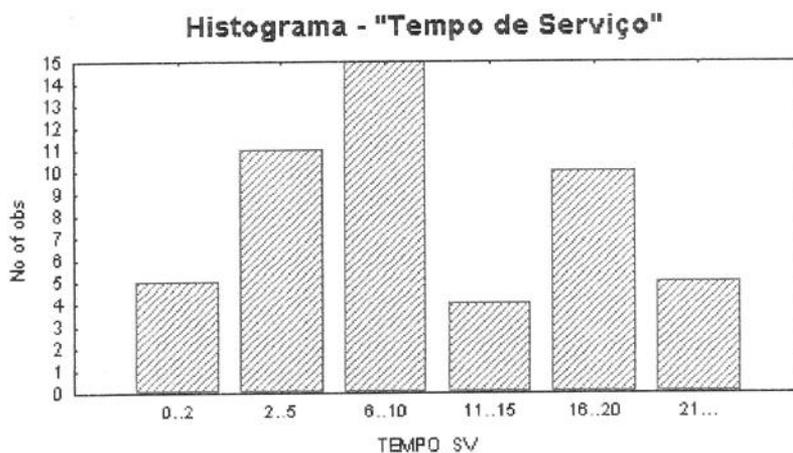


HISTOGRAMA 8 - ÁREA ACADÊMICA

(9) - Tempo de Serviço

Dos 50 professores da amostra, 5 possuíam menos que 2 anos de serviço; 11, entre 2 e 5 anos; 15, entre 6 e 10 anos; 4, entre 11 e 15 anos; 10, entre 16 e 20 anos; e 5, mais que 21 anos de serviço.

Pré Análise do Dado: O tempo de serviço mais freqüente, na amostra, foi o de 6 a 10 anos de serviço, com 30%.

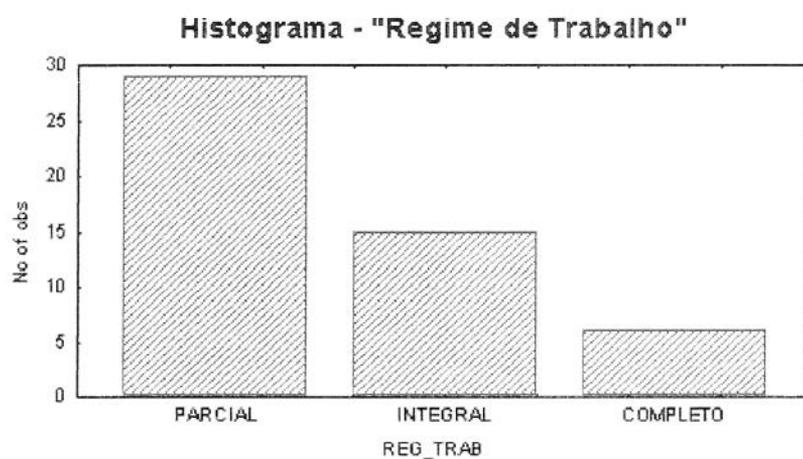


HISTOGRAMA 9 - TEMPO DE SERVIÇO

(10) - Regime de Trabalho

Dos 50 professores da amostra, 29 trabalhavam em Regime Parcial, 15 em Regime Integral e 6 em Regime Completo.

Pré-Análise do Dado: O regime de trabalho mais frequente na amostra foi o de Regime Parcial, com 58%.

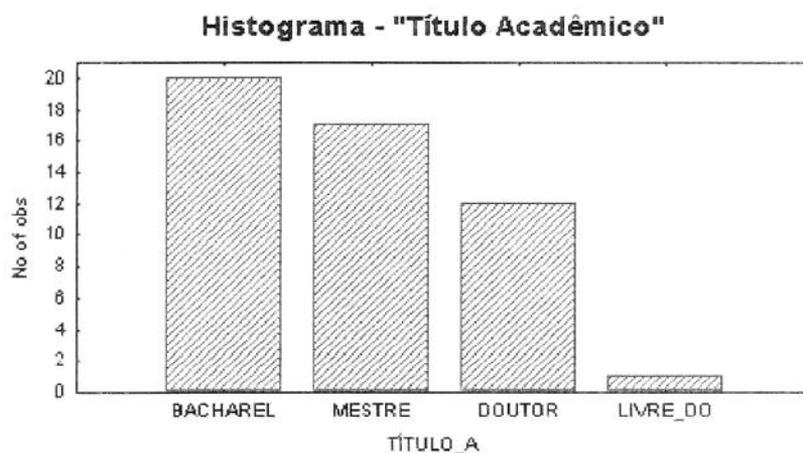


HISTOGRAMA 10 - REGIME DE TRABALHO

(11) - Título Acadêmico:

Dos 50 professores da amostra, 20 eram Bacharéis; 17, Mestres; 12, Doutores; e 1, Livre Docente.

Pré-Análise do Dado: O título acadêmico mais frequente, na amostra, foi o de Bacharel, com 40%.



HISTOGRAMA 11- TÍTULO ACADÊMICO

ANEXO 5

HISTOGRAMAS DO

QUESTIONÁRIO DE

VERIFICAÇÃO DE ESTADOS

DEPRESSIVOS

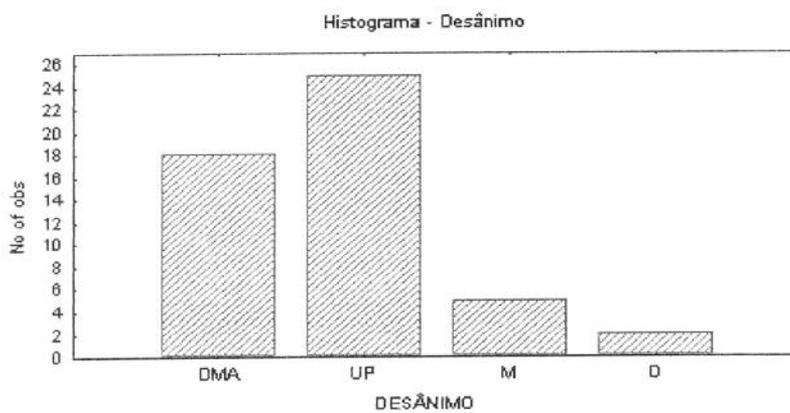
Pergunta a) “Você tem alterações no humor, como **desânimo** ?”

Dos 50 professores da amostra, 18 responderam “De Modo Algum”; 25, “Um Pouco”, 5, “Muito” ; e 2, “Demais”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco, “Muito” e “Demais” foram dadas por 32 professores, representando 64% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **desânimo** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 50% dos professores responderam “Um Pouco” à pergunta.



HISTOGRAMA 12 -ESTADO DEPRESSIVO DESÂNIMO

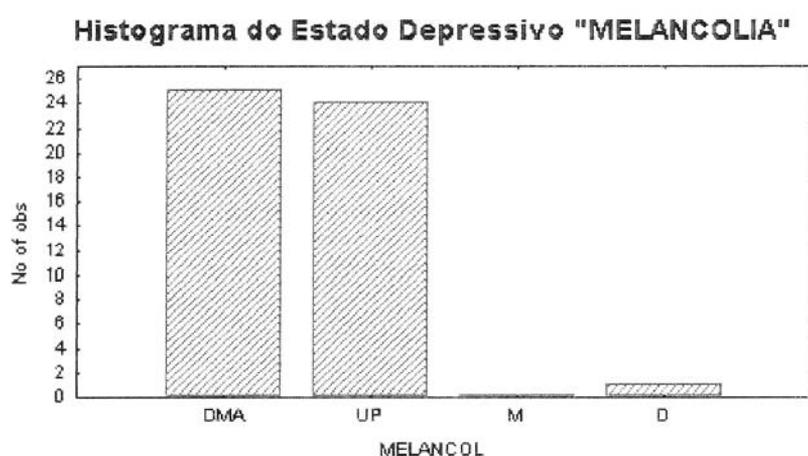
Pergunta b): “Você tem alterações no humor, como **melancolia** ?”

Dos 50 professores da amostra, 25 responderam “De Modo Algum”; 24, “Um Pouco” ; nenhum , “Muito” ; e 1, “Demais”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais" foram dadas por 25 professores, representando 50% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **melancolia** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 50% dos professores responderam "De Modo Algum" à pergunta.



HISTOGRAMA 13 -ESTADO DEPRESSIVO MELANCOLIA

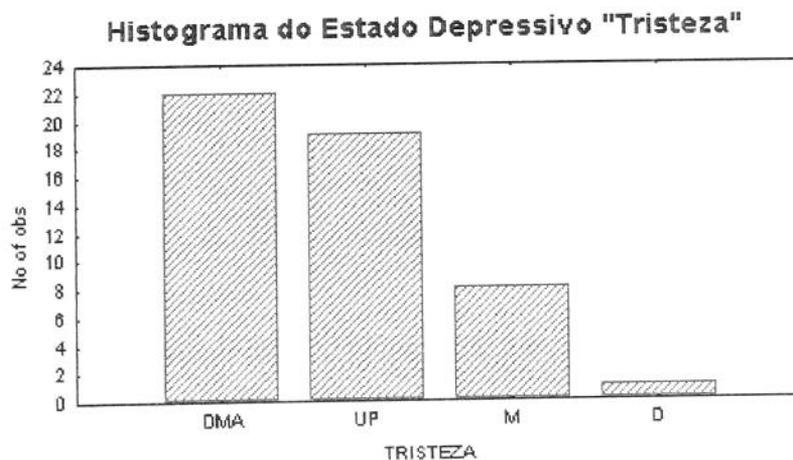
Pergunta c): "Você tem alterações no humor, como tristeza ?"

Dos 50 professores da amostra, 22 responderam "De Modo Algum"; 19, "Um Pouco"; 8, "Muito"; e 1, "Demais".

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais" foram dadas por 28 professores, representando 56% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **tristeza** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 44% dos professores responderam “De Modo Algum” à pergunta.



HISTOGRAMA 14 -ESTADO DEPRESSIVO TRISTEZA

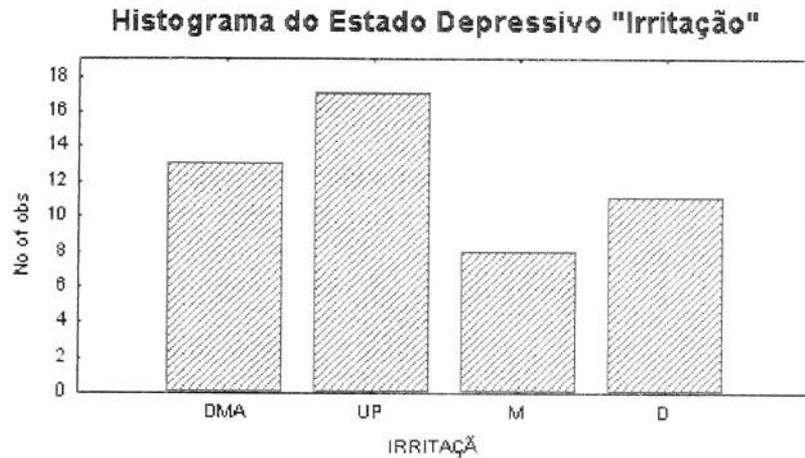
Pergunta d): "Você tem alterações no humor, como irritação ?"

Dos 50 professores da amostra, 13 responderam “De Modo Algum”; 18, “Um Pouco”, 8, “Muito” ; e 11, “Demais”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais" foram dadas por 31 professores, representando 62% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **irritação** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 36% dos professores responderam “Um Pouco” à pergunta.



HISTOGRAMA 15 - ESTADO DEPRESSIVO IRRITAÇÃO.

Pergunta e): “Tem ocorrido com frequência **períodos de ansiedade** ?”

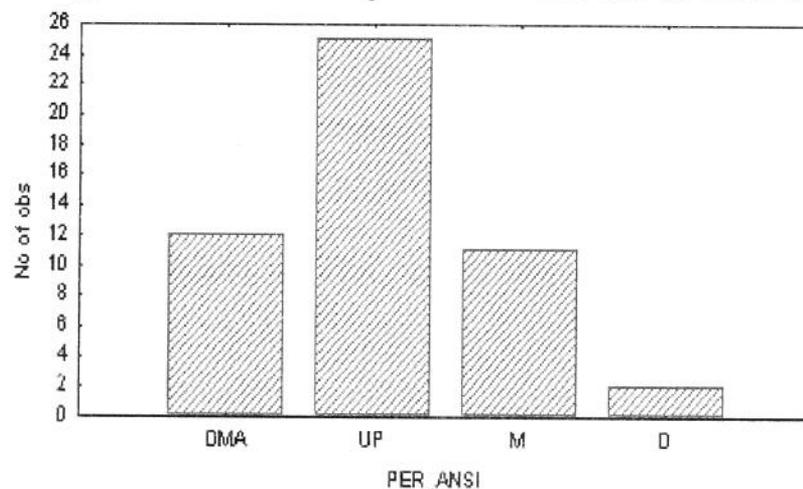
Dos 50 professores da amostra, 12 responderam “De Modo Algum”; 25, “Um Pouco”; 11, “Muito”; e 2, “Demais”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais" foram dadas por 38 professores, representando 76% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **períodos de ansiedade** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 50% dos professores responderam “Um pouco” à pergunta.

Histograma do Estado Depressivo "Períodos de Ansiedade"



HISTOGRAMA 16 - ESTADO DEPRESSIVO PERÍODOS DE ANSIEDADE.

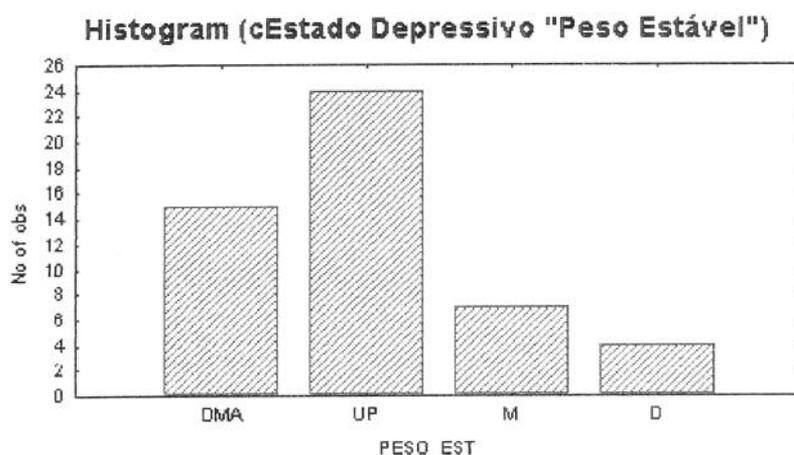
Pergunta f): “Você tem mantido o seu **peso** em uma situação **estável** ?”

Dos 50 professores da amostra, 15 responderam “De Modo Algum”; 24, “Um Pouco”; 7, “Muito”; e 4, “Demais”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", “Muito” e “Demais” foram dadas por 35 professores, representando 70% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **peso estável** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 48% dos professores responderam “Um Pouco” à pergunta.



HISTOGRAMA 17 - ESTADO DEPRESSIVO PESO ESTÁVEL.

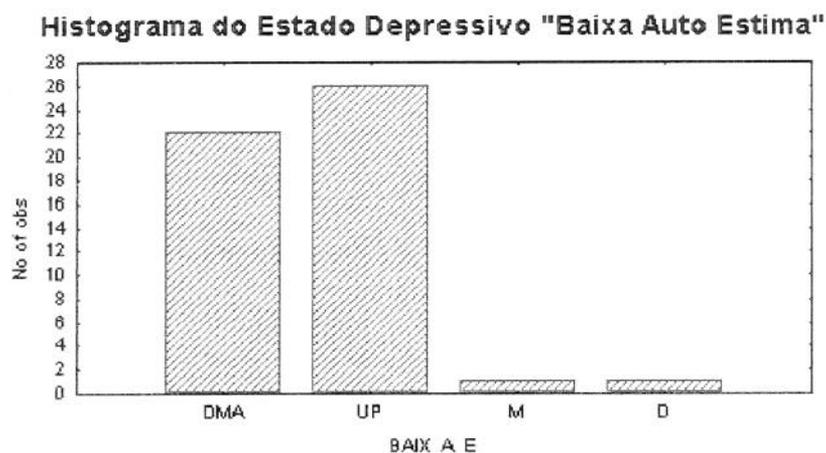
Pergunta g): “Você está apresentando uma **baixa auto-estima** ?”

Dos 50 professores da amostra, 22 responderam “De Modo Algum”; 26, “Um Pouco”; 1, “Muito”; e 1, “Demais”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais" foram dadas por 28 professores, representando 56% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **baixa auto-estima** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 52% dos professores responderam "Um Pouco" à pergunta.



HISTOGRAMA 18 - ESTADO DEPRESSIVO BAIXA AUTO-ESTIMA.

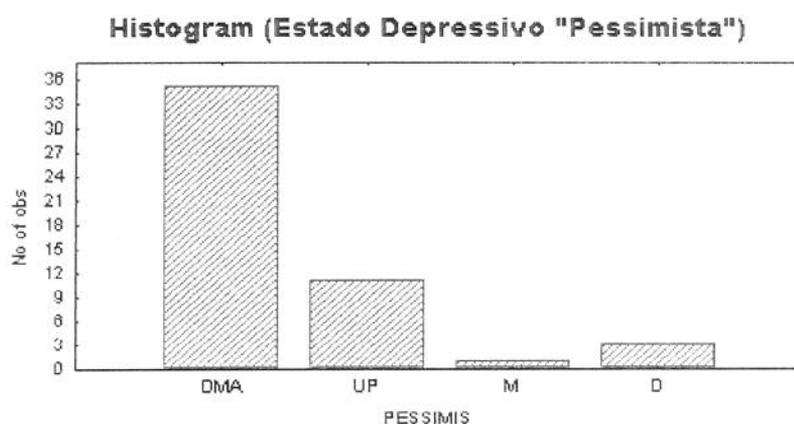
Pergunta h): Você, freqüentemente, é pessimista ?”

Dos 50 professores da amostra, 35 responderam “De Modo Algum”; 11, “Um Pouco”; 1, respondeu “Muito”; e 3, “Demais”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais" foram dadas por 15 professores, representando 30% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **pessimista** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 70% dos professores responderam “De Modo Algum” à pergunta.



HISTOGRAMA 19 - ESTADO DEPRESSIVO PESSIMISTA.

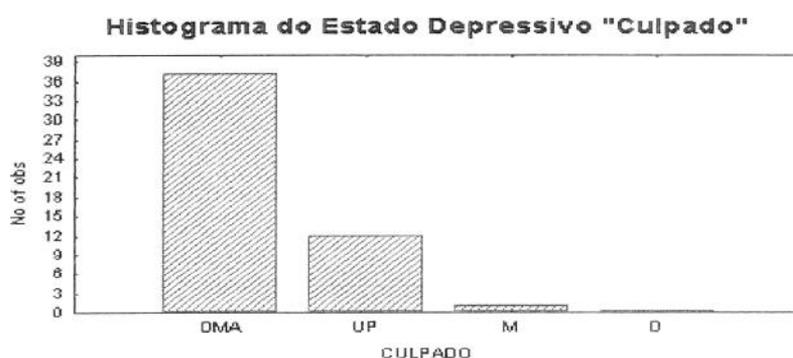
Pergunta i): “Você se sente culpado ?”

Dos 50 professores da amostra, 37 responderam “De Modo Algum”; 12, “Um Pouco”; 1, “Muito”; e nenhum, “Demais”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", “Muito” e “Demais” foram dadas por 13 professores, representando 26% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **culpado** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 74% dos professores responderam “De Modo Algum” à pergunta.



HISTOGRAMA 20 - ESTADO DEPRESSIVO CULPADO.

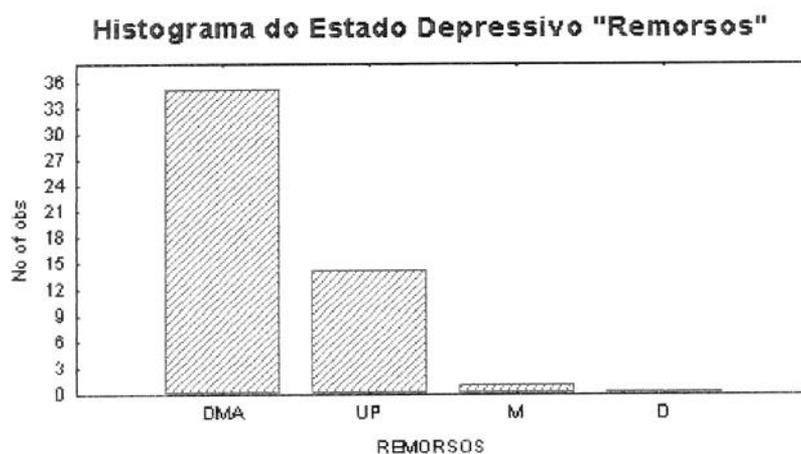
Pergunta j): “Você se sente com remorsos ?”

Dos 50 professores da amostra, 35 responderam ‘De Modo Algum’; 14, “Um Pouco”, 1, “Muito” ; e nenhum, “Demais”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", “Muito” e “Demais” foram dadas por 15 professor, representando 30% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **remorsos** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 50% dos professores responderam “Um Pouco” à pergunta.



HISTOGRAMA 21 - ESTADO DEPRESSIVO REMORSOS.

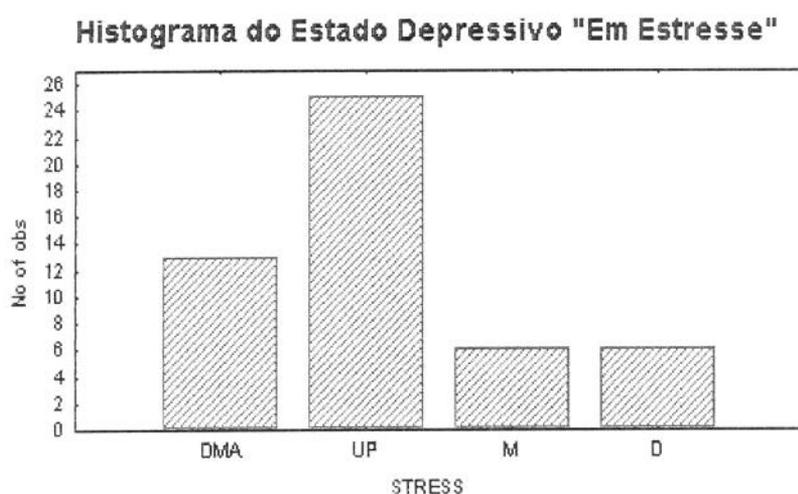
Pergunta k): “Você se sente em estresse ?”

Dos 50 professores da amostra, 13 responderam “De Modo Algum”; 25, “Um Pouco” ; 6, “Muito” ; e 6, “Demais”.

Pré-Análise do Dado:

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais" foram dadas por 37 professores, representando 74% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **em estresse** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 50% dos professores responderam "Um Pouco" à pergunta.



HISTOGRAMA 22 - ESTADO DEPRESSIVO EM ESTRESSE.

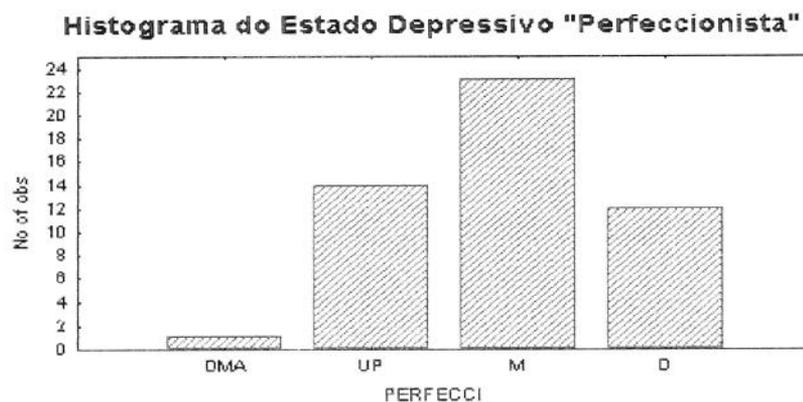
Pergunta I): "Você tende a ser perfeccionista em seu trabalho ? "

Dos 50 professores da amostra, 1 respondeu "De Modo Algum"; 14, "Um Pouco"; 23, "Muito"; e 12, "Demais".

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais" foram dadas por 49 professores, representando 98% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **perfeccionista** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 46% dos professores responderam "Muito" à pergunta.



HISTOGRAMA 23 - ESTADO DEPRESSIVO PERFECCIONISTA.

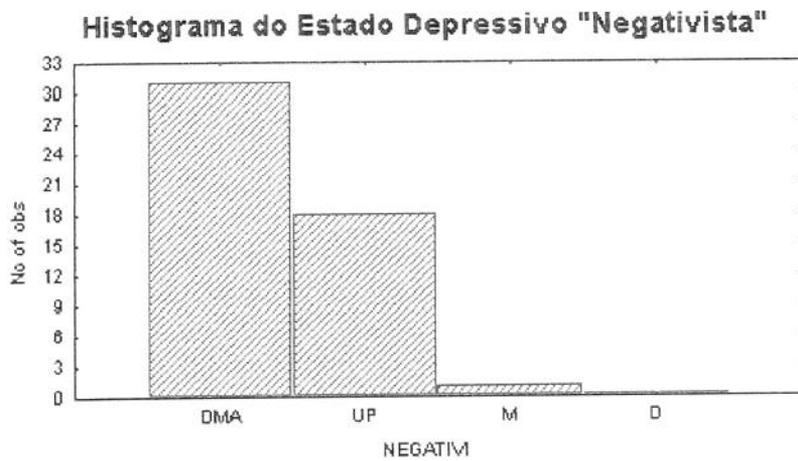
Pergunta m): Você se comporta de maneira **negativista** ?”

Dos 50 professores da amostra, 31 responderam “De Modo Algum”; 18, “Um Pouco”; 1, “Muito” ; e nenhum, “Demais”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", “Muito” e “Demais” foram dadas por 19 professores, representando 38% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **negativista** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 62% dos professores responderam “De Modo Algum” à pergunta.



HISTOGRAMA 24 - ESTADO DEPRESSIVO NEGATIVISTA.

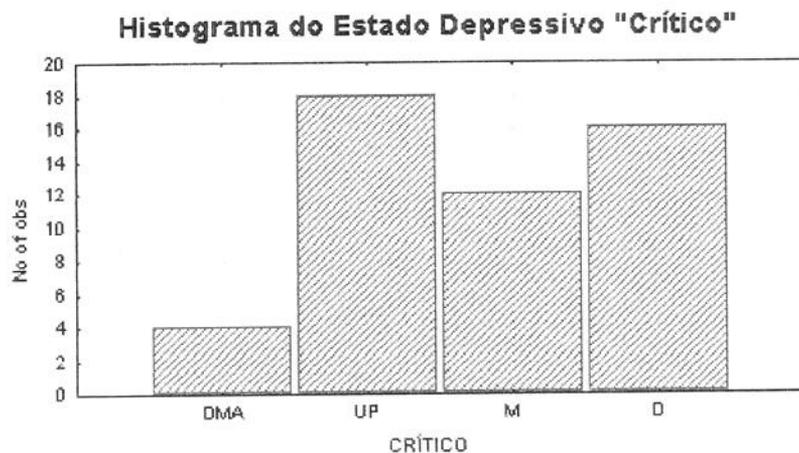
Pergunta n): "Você sente que é muito crítico ?"

Dos 50 professores da amostra, 4 responderam "De Modo Algum"; 18, "Um Pouco"; 12, "Muito"; e 16, "Demais".

Pré-Análise do Dado:

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Um Pouco", "Muito" e "Demais" foram dadas por 46 professores, representando 92% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **crítico** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 36% dos professores responderam "Um Pouco" à pergunta.



HISTOGRAMA 25 - ESTADO DEPRESSIVO CRÍTICO.

ANEXO 6

HISTOGRAMAS DO

QUESTIONÁRIO DAS

SITUAÇÕES DE TRABALHO

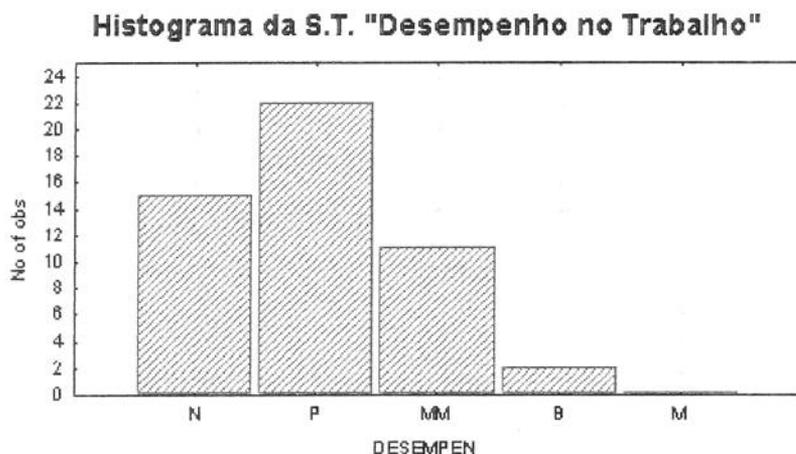
Pergunta 1) “Você fica com dúvidas quanto ao seu **desempenho** no trabalho? ”

Dos 50 professores da amostra, 15 responderam “Nada”; 22, “Pouco”; 11, “Mais ou Menos” ; 2, “Bastante” ; e nenhum, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 2 professores, representando 4% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **desempenho** no trabalho não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 44% dos professores responderam “ Pouco” à pergunta.



HISTOGRAMA 26 - SITUAÇÃO DE TRABALHO **DESEMPENHO** NO TRABALHO.

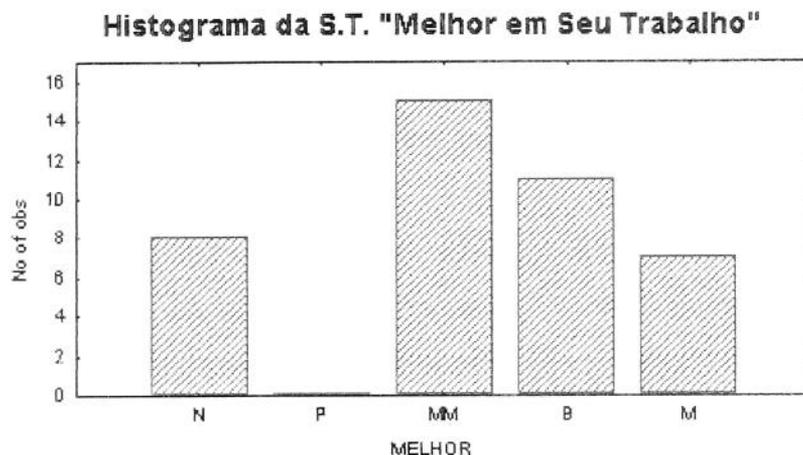
Pergunta 2) “Você sente que quer ser o **melhor** em seu trabalho ? ”

Dos 50 professores da amostra, 8 responderam “Nada”; 8, “Pouco”; 15, “Mais ou Menos”; 12, "Bastante" ; e 7, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 19 professores, representando 38% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **melhor** em seu trabalho sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 30% dos professores responderam “ Mais ou Menos” à pergunta.



HISTOGRAMA 27 - SITUAÇÃO DE TRABALHO MELHOR EM SEU TRABALHO.

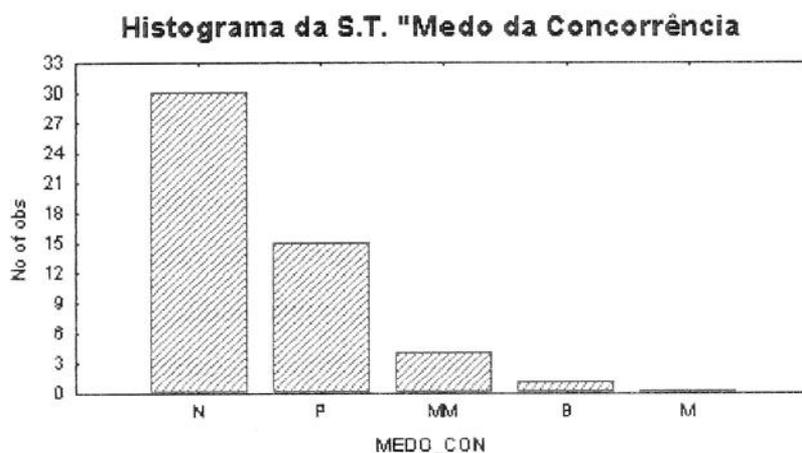
Pergunta 3) “Você tem **medo da concorrência** no trabalho ? ”

Dos 50 professores da amostra, 30 responderam “Nada”; 15, “Pouco”; 4, “Mais ou Menos”; 1, “Bastante”; e nenhum, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por um professor, representando 2% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima o fator **medo** da concorrência não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 60% dos professores responderam “ Nada” à pergunta.



HISTOGRAMA 28 - SITUAÇÃO DE TRABALHO MEDO DA CONCORRÊNCIA.

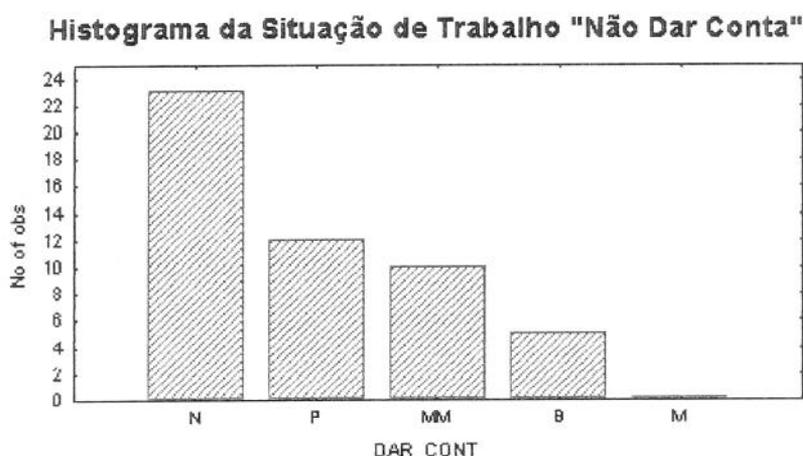
Pergunta 4) “Você teme em **não dar conta** de seu trabalho ? ”

Dos 50 professores da amostra, 23 responderam “Nada”; 12, “Pouco”; 10, “Mais ou Menos”; 5, “Bastante” ; e nenhum, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 5 professores, representando 10% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **não dar conta** do trabalho não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 46% dos professores responderam “ Nada” à pergunta.



HISTOGRAMA 29 - SITUAÇÃO DE TRABALHO NÃO DAR CONTA.

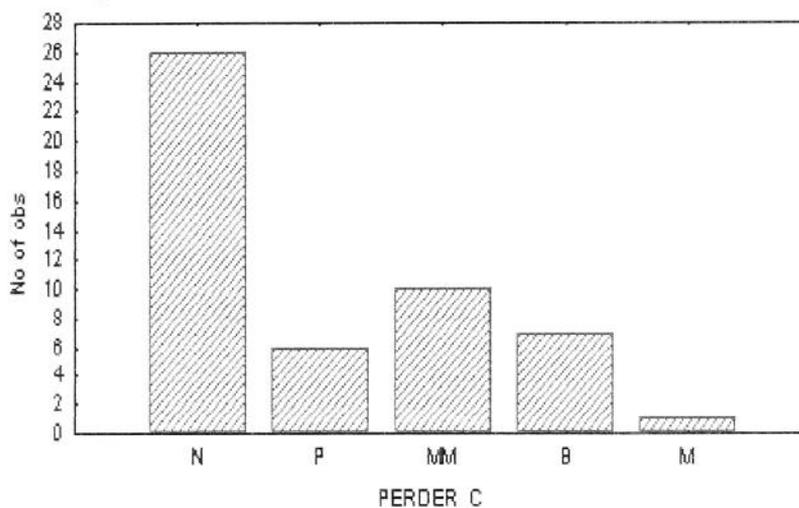
Pergunta 5) “Você teme em **perder o controle** em seu trabalho ? ”

Dos 50 professores da amostra, 26 responderam “Nada”; 6, “Pouco”; 10, “Mais ou Menos”; 7, “Bastante” ; e 1, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado:

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 8 professores, representando 16% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **perder o controle** no trabalho não sofrerá análise estatística.

Histograma da Situação de Trabalho "Perder o Controle"



(b)-Valor Modal Obtido: 52% dos professores responderam “ Nada” à pergunta.

HISTOGRAMA 30 - SITUAÇÃO DE TRABALHO PERDER O CONTROLE.

Pergunta 6) “Você procura sempre fazer o seu trabalho com **perfeição** ? ”

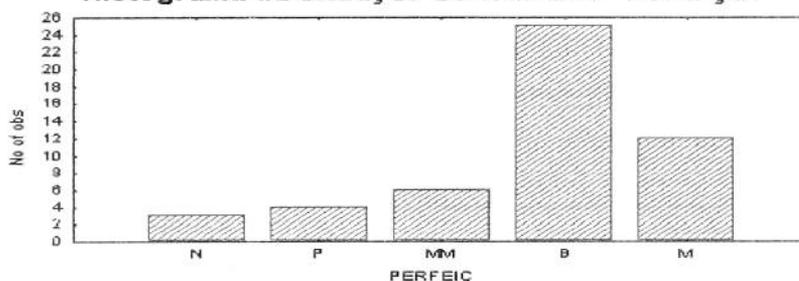
Dos 50 professores da amostra, 3 responderam “Nada”; 4, “Pouco”; 6, “Mais ou Menos”; 25, “Bastante” ; e 12, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 37 professores, representando 74% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **perfeição** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 50% dos professores responderam “ Bastante” à pergunta.

Histograma da Situação de Trabalho "Perfeição"



HISTOGRAMA 31 - SITUAÇÃO DE TRABALHO PERFEIÇÃO.

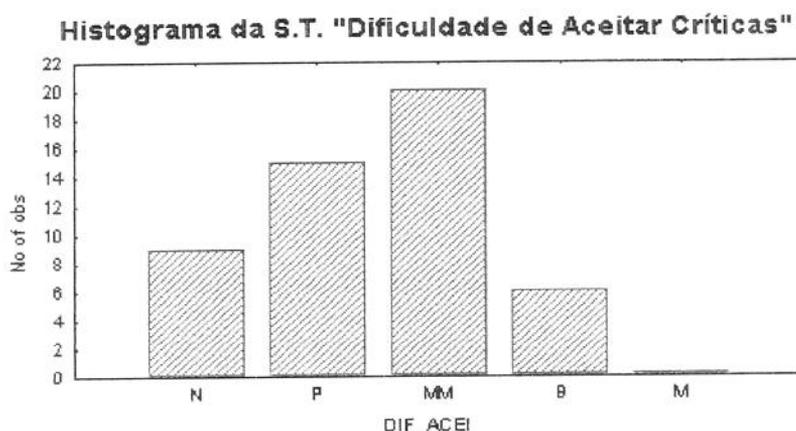
Pergunta 7) “Você sente **dificuldades** em **aceitar críticas** em seu trabalho ?”

Dos 50 professores da amostra, 9 responderam “Nada”; 15, “Pouco”; 20, “Mais ou Menos”; 6, “Bastante”; e nenhum, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 6 professores, representando 12% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **aceitar críticas** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 40% dos professores responderam “Mais ou Menos” à pergunta.



HISTOGRAMA 32 - SITUAÇÃO DE TRABALHO DIF.ACEITAR CRÍTICAS.

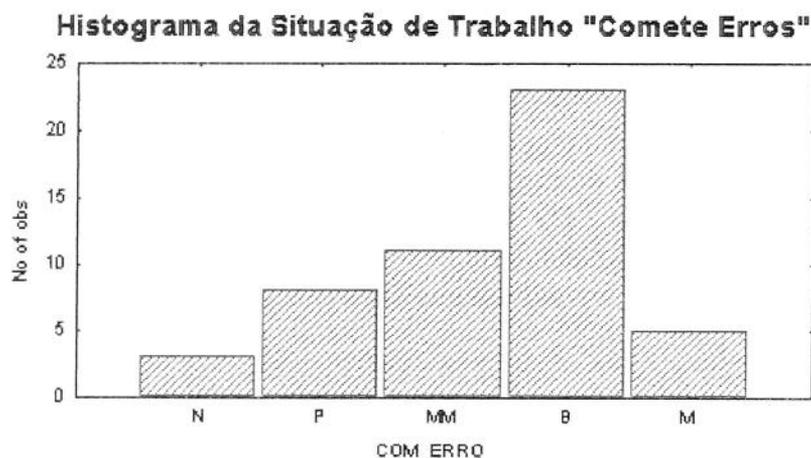
Pergunta 8) “Você costuma ficar muito **chateado** quando **comete algum erro**, trabalhando ?”

Dos 50 professores da amostra, 3 responderam “Nada”; 8, “Pouco”; 11, “Mais ou Menos”; 23, “Bastante”; e 5, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 28 professores, representando 56% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **comete erro** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 46% dos professores responderam “Bastante” à pergunta.



HISTOGRAMA 33 - SITUAÇÃO DE TRABALHO CHATEADO COMETE ERROS

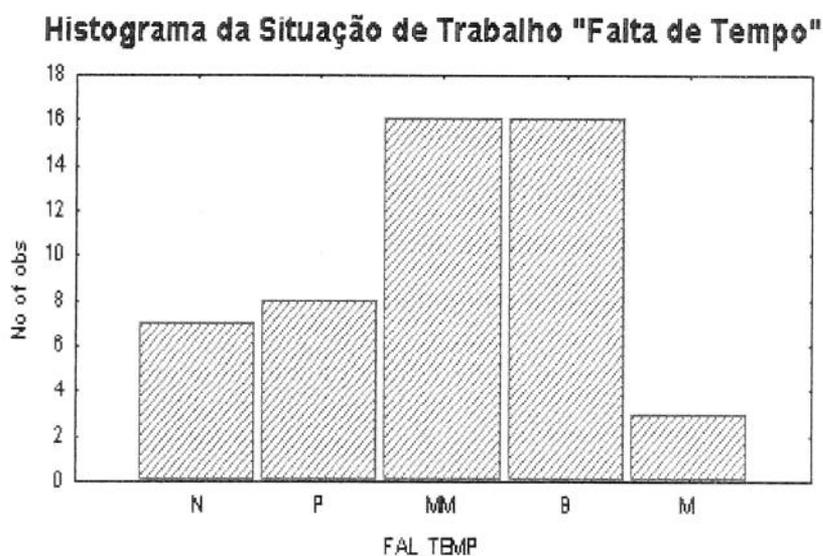
Pergunta 9) "Você sente que fica muito tenso pela **falta de tempo** para executar totalmente seu trabalho ?"

Dos 50 professores da amostra, 7 responderam "Nada"; 8, "Pouco"; 16, "Mais ou Menos"; 16, "Bastante"; e 3, "Muitíssimo".

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Muitíssimo" e "Bastante" foi dada por 19 professores, representando 38% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **falta de tempo** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 32% dos professores responderam " Mais ou Menos" e "Bastante" à pergunta.



HISTOGRAMA 34 - SITUAÇÃO DE TRABALHO FALTA DE TEMPO.

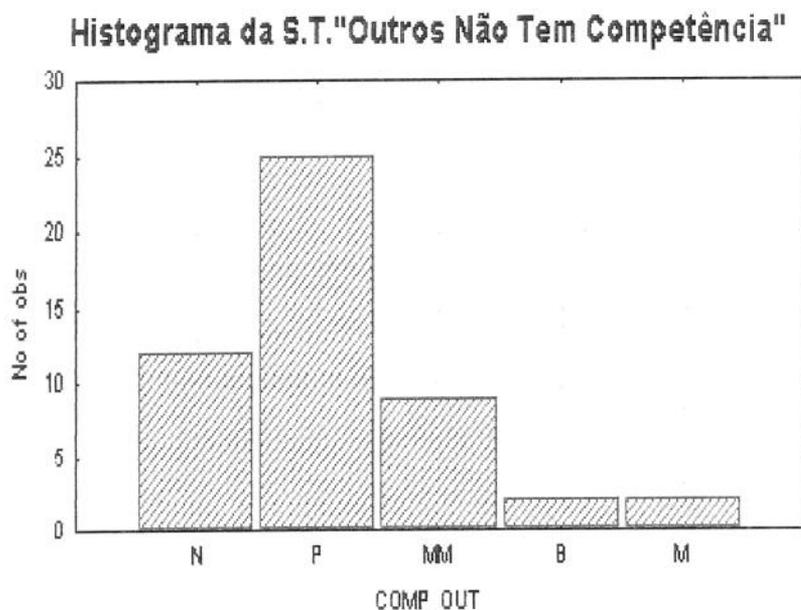
Pergunta 10) “Você sente que os **outros não têm competência** para trabalhar consigo ? ”

Dos 50 professores da amostra, 12 responderam “Nada”; 25, “Pouco”; 9, “Mais ou Menos”; 2, “Bastante” ; e 2, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 4 professores, representando 8% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **outros não tem competência** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 50% dos professores responderam “ Pouco” à pergunta.



HISTOGRAMA 35 - SITUAÇÃO DE TRABALHO OUTROS NÃO TÊM COMPETÊNCIA.

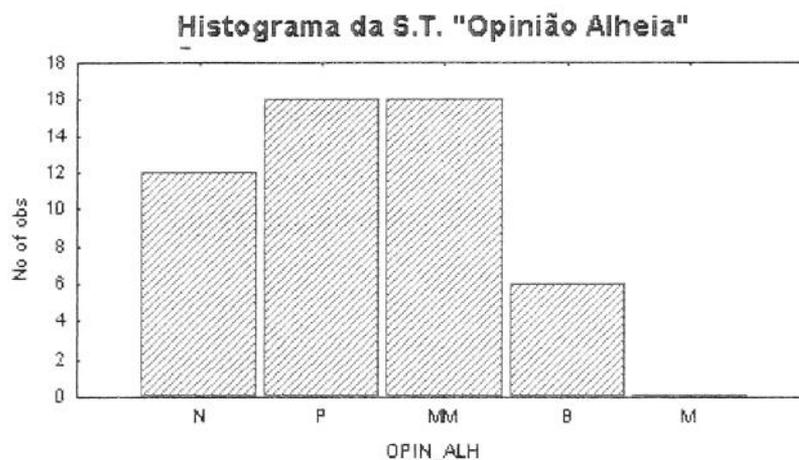
Pergunta 11) “Você se sente extremamente preocupado com a **opinião alheia**, sobre o seu desempenho no trabalho ? ”

Dos 50 professores da amostra, 12 responderam “Nada”; 16, “Pouco”; 16, “Mais ou Menos”; 6, “Bastante” ; e nenhum, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 6 professores, representando 12% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **opinião alheia** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 32% dos professores responderam “ Pouco” e “Mais ou Menos” à pergunta.



HISTOGRAMA 36 - SITUAÇÃO DE TRABALHO OPINIÃO ALHEIA.

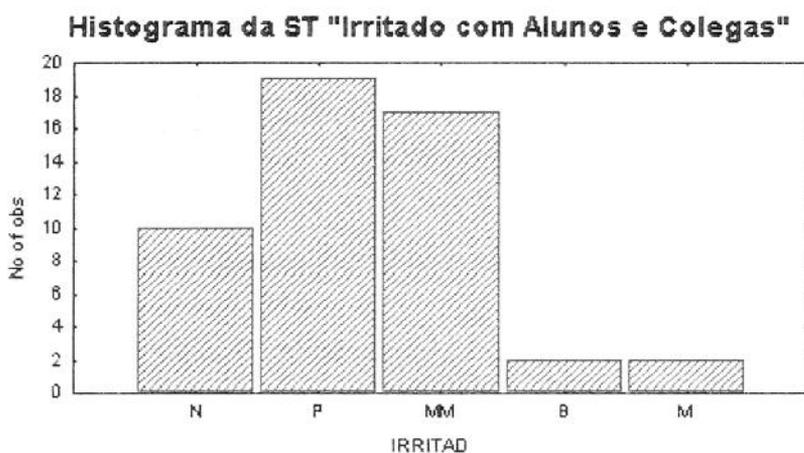
Pergunta 12) “Você tem se **irritado**, constantemente, **com seus alunos ou com seus colegas** ? ”

Dos 50 professores da amostra, 10 responderam “Nada”; 19, “Pouco”; 17, “Mais ou Menos”; 2, “Bastante”; e 2, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 4 professores, representando 8% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **irritado** com seus alunos e colegas não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 38% dos professores responderam “ Pouco” à pergunta.



HISTOGRAMA 37 - SITUAÇÃO DE TRABALHO IRRITADO COM SEUS ALUNOS E COLEGAS.

Pergunta 13) “Você tem ficado muito **agressivo com seus alunos ou com seus colegas ?**”

Dos 50 professores da amostra, 21 responderam “Nada”; 9, “Pouco”; 12, “Mais ou Menos”; 6, “Bastante”; e 2, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 8 professores, representando 16% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **agressivo com alunos e colegas** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 42% dos professores responderam “ Nada” à pergunta.



HISTOGRAMA 38 - SITUAÇÃO DE TRABALHO AGRESSIVO COM ALUNOS E COLEGAS.

Pergunta 14) “Você **precisa ser aprovado por todos** para sentir-se bem ?”

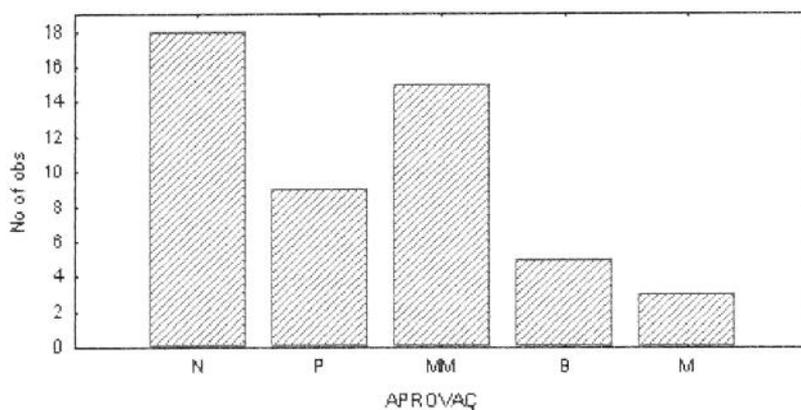
Dos 50 professores da amostra, 18 responderam “Nada”; 9, “Pouco”; 15, “Mais ou Menos”; 5, “Bastante”; e 3, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 8 professores, representando 16% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **precisa ser aprovado por todos** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 36% dos professores responderam “ Nada” à pergunta.

Histograma da S.T. "Precisa Ser Aprovado por Todos"



HISTOGRAMA 39 - SITUAÇÃO DE TRABALHO PRECISA SER APROVADO POR TODOS.

Pergunta 15) "Você tem ficado muito **tenso** para executar seu trabalho ? "

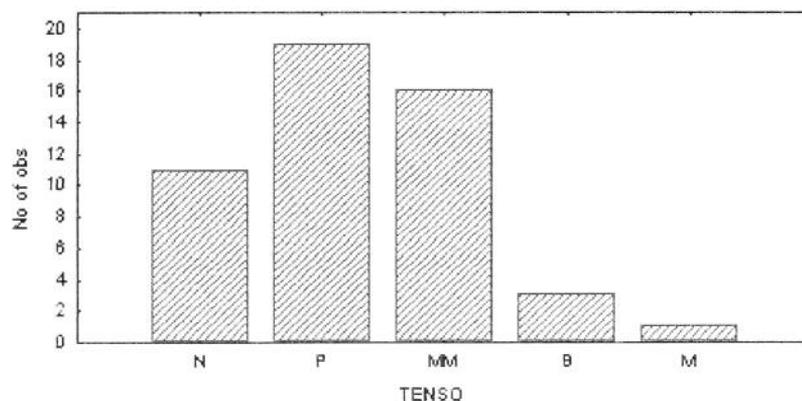
Dos 50 professores da amostra, 11 responderam "Nada"; 19, "Pouco"; 16, "Mais ou Menos"; 3, "Bastante" ; e 1, "Muitíssimo".

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas "Muitíssimo" e "Bastante" foi dada por 4 professores, representando 8% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator muito **tenso** para seu trabalho não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 38% dos professores responderam " Pouco" à pergunta.

Histograma da ST "Muito Tenso em seu Trabalho"



HISTOGRAMA 40 - SITUAÇÃO DE TRABALHO MUITO TENSO PARA SEU TRABALHO.

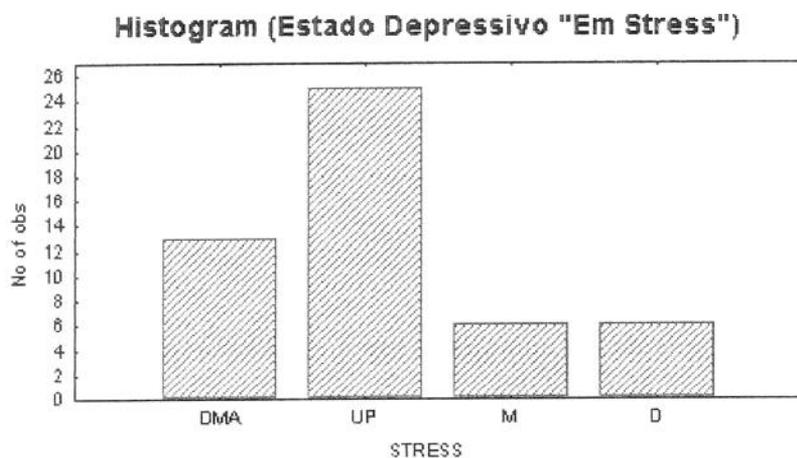
Pergunta 16) “Você sente que tem ficado cada vez mais **em estresse** em seu trabalho ? ”

Dos 50 professores da amostra, 8 responderam “Nada”; 11, “Pouco”; 15, “Mais ou Menos”; 10, “Bastante” ; e 6, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 16 professores, representando 32% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **em estresse** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 30% dos professores responderam “ Mais ou Menos” à pergunta.



HISTOGRAMA 41 - SITUAÇÃO DE TRABALHO EM ESTRESSE.

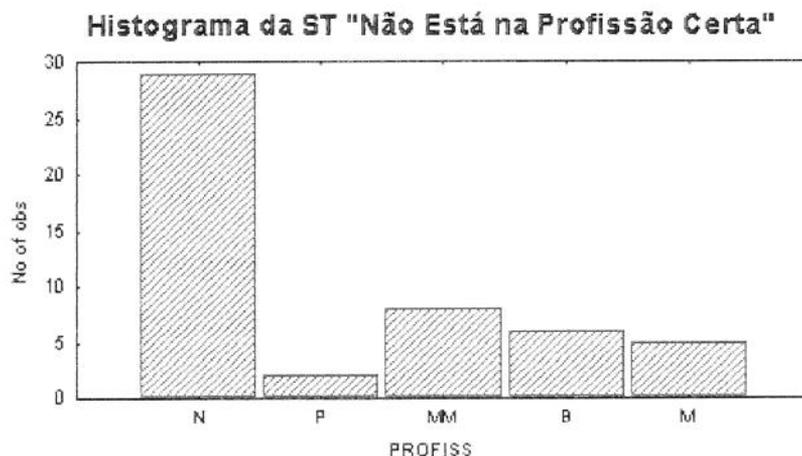
Pergunta 17) “Você sente que **não está na profissão certa** ? ”

Dos 50 professores da amostra, 29 responderam “Nada”; 2, “Pouco”; 8, “Mais ou Menos”; 6, “Bastante” ; e 5, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 11 professores, representando 22% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **não está na profissão certa** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 58% dos professores responderam “ Nada” à pergunta.



HISTOGRAMA 42 - SITUAÇÃO DE TRABALHO NÃO ESTÁ NA PROFISSÃO CERTA.

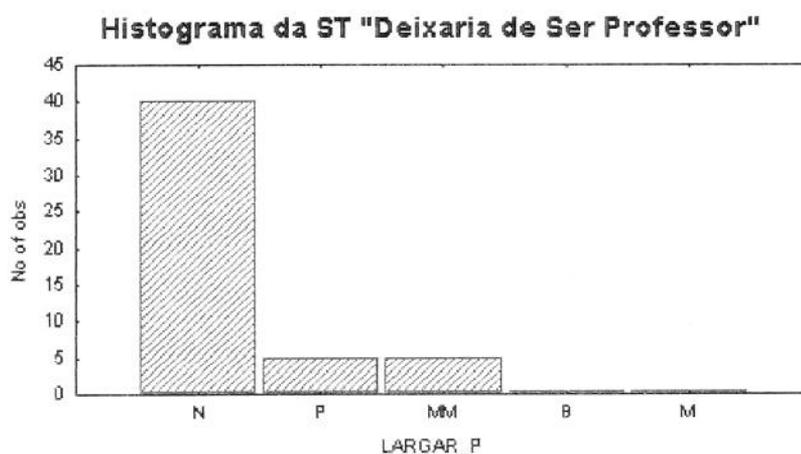
Pergunta 18) “ Se você pudesse, **deixaria de ser professor ?** ”

Dos 50 professores da amostra, 40 responderam “Nada”; 5, “Pouco”; 5, “Mais ou Menos”; nenhum, “Bastante” e , nenhum, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por nenhum professor, representando 0% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **deixaria de ser professor** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 80% dos professores responderam “ Nada” à pergunta.



HISTOGRAMA 43 - SITUAÇÃO DE TRABALHO DEIXARIA DE SER PROFESSOR.

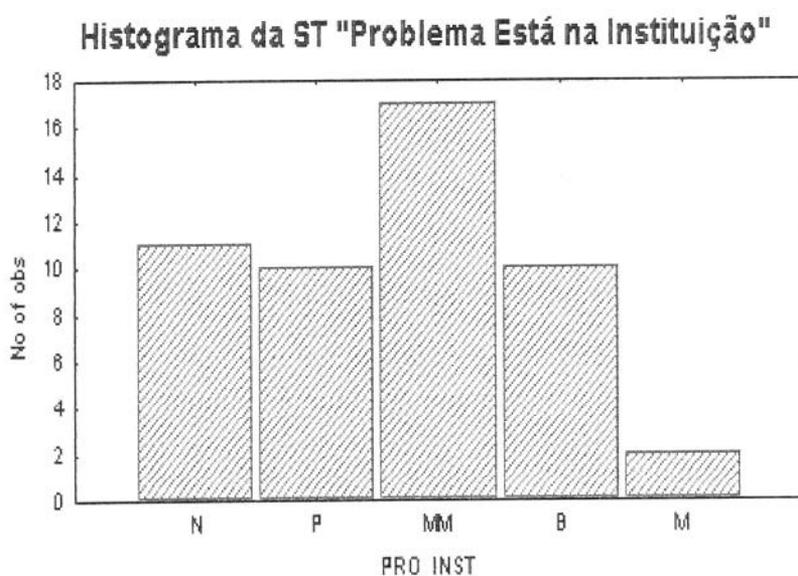
Pergunta 19) “Você pensa que o **problema está na instituição** ? ”

Dos 50 professores da amostra, 11 responderam “Nada”; 10, “Pouco”; 17, “Mais ou Menos”; 10, “Bastante” ; e 2, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 12 professores, representando 24% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **problema está na instituição** sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 34% dos professores responderam “ Mais ou Menos” à pergunta.



HISTOGRAMA 44 - SITUAÇÃO DE TRABALHO **PROBLEMA ESTÁ NA INSTITUIÇÃO.**

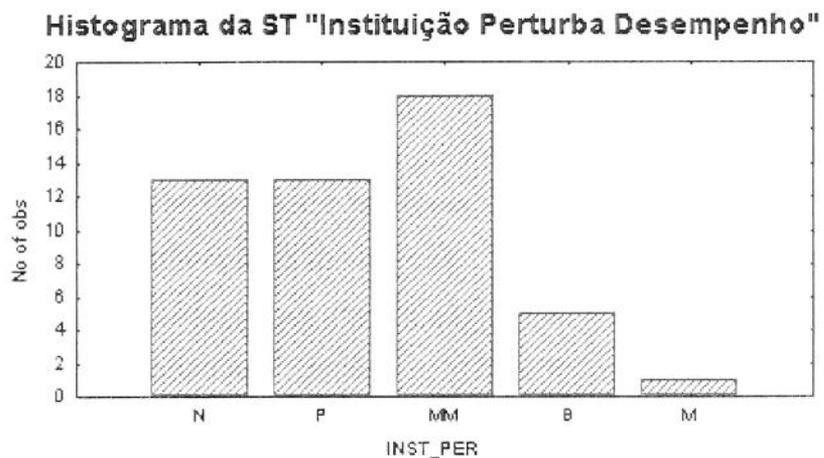
Pergunta 20) “A **instituição** escolar/universitária **perturba seu desempenho** como professor ? ”

Dos 50 professores da amostra, 13 responderam “Nada”; 13, “Pouco”; 18, “Mais ou Menos”; 5, “Bastante” ; e 1, “Muitíssimo”.

Pré-Análise do Dado

(a)-Pelo Critério Estabelecido: A soma das respostas “Muitíssimo” e “Bastante” foi dada por 6 professores, representando 12% da amostra. Em razão do critério estabelecido acima, o fator **instituição perturba seu desempenho** não sofrerá análise estatística.

(b)-Valor Modal Obtido: 36% dos professores responderam “ Mais ou Menos” à pergunta.



HISTOGRAMA 45 - SITUAÇÃO DE TRABALHO INSTITUIÇÃO PERTURBA SEU DESEMPENHO.

ANEXO 7

**TESTES DOS COEFICIENTES DE
CORRELAÇÃO LINEAR E
ESTABELECIMENTO DE
INTERVALOS DE CONFIANÇA
PARA OS MESMOS.**

A.7.1 - FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Oliveira Neto (1988) estabelece que:

"Um ponto importante diz respeito à interpretação do valor de r obtido a partir de uma amostra. Vimos que, estando necessariamente entre -1 e $+1$, o valor de r por si só deve nos dar uma boa idéia do grau e do sinal da correlação linear. Não devemos entretanto esquecer que, em geral, o valor de r é calculado com base nos n elementos de uma amostra aleatória e que, portanto, representa apenas uma estimativa do verdadeiro valor do coeficiente de correlação linear populacional ρ "

....

"Muitas vezes desejamos saber se um dado valor de r , combinado com o respectivo tamanho da amostra n , permite-nos concluir, a um dado nível de significância α , que realmente existe correlação linear entre as variáveis. Testamos, então, as hipóteses:

$$H_0: \rho = 0$$

$$H_1: \rho \neq 0.$$

Este teste pode ser feito através da quantidade

$$t(n-2, \alpha) = \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}} r$$

que será testada com um t de Student com n-2 graus de liberdade. O teste poderá ser feito unilateralmente.

Se desejarmos, entretanto, testar uma hipótese referente a um valor não nulo de ρ , o procedimento visto não deverá ser adotado.

Neste caso, Fischer sugere a transformação:

$$\mathfrak{Z} = \frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r} = 1,1513 [\log_{10}(1+r) - \log_{10}(1-r)]$$

o que equivale a considerar r como uma tangente hiperbólica de \mathfrak{Z} . A vantagem desta transformação está em que os valores de \mathfrak{Z} têm distribuição bastante próxima da normal

$$\sigma(\mathfrak{Z}) = \sqrt{\frac{1}{n-3}}$$

com

$$\mu(\mathfrak{Z}) = \frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+\rho}{1-\rho} \right)$$

Esta transformação permite, portanto, realizar testes de hipóteses, construir intervalos de confiança, etc. para os coeficientes de correlação, trabalhando-se com \mathfrak{Z} e usando-se a distribuição normal.... A Tabela A6.10 foi incluída para permitir que se realize facilmente a transformação de r em \mathfrak{Z} .

A.7.2. APLICAÇÃO DO TESTE DE EXISTÊNCIA DA CORRELAÇÃO LINEAR

A.7.2.1 - Das Variáveis Irritação x Instituição perturba seu desempenho e Preocupado com Opinião Alheia

Sabemos que para as variáveis **irritação x instituição perturba seu desempenho e irritação x preocupado com a opinião alheia**, $r = 0,30$. Desejamos saber se este valor de r , combinado com o respectivo tamanho da amostra ($n = 50$), permite-nos concluir, em nível de significância de $\alpha = 5,0 \%$, que realmente existe correlação linear entre as variáveis mencionadas.

As hipóteses testadas são: $H_0 : \rho = \text{zero}$

$H_1: \rho \neq \text{zero}$.

O teste é feito por meio da quantidade:

$$t(n-2, \alpha) = \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}} r$$

Substituindo as variáveis pelos seus respectivos valores, resulta $t_{(48, 5\%)}$

$= 2,88$.

O valor crítico, obtido de tabelas, para $t_{(n-2, \alpha)} = 1,6781$. Logo, com boa margem, rejeitamos H_0 e, então, podemos concluir pela existência de correlação positiva (porém, pouco mais que fraca) entre as variáveis **irritação x instituição perturba seu desempenho e irritação x preocupado com a opinião alheia**.

A.7.2.2 - Das Variáveis Crítico x Problema Está na Instituição e em Estresse x Irritação

Sabemos que para as variáveis **irritação x problema está na instituição e irritação x estresse**, $r = 0,29$ num caso e $r = -0,29$ no outro caso.. Desejamos saber se este valor de r , combinado com o respectivo tamanho da amostra ($n = 50$), permite-nos concluir, em nível de significância de $\alpha = 5,0 \%$, que realmente existe correlação linear entre as variáveis mencionadas.

As hipóteses testadas são: $H_0 : \rho = \text{zero}$

$H_1 : \rho \neq \text{zero}$.

O teste é feito por meio da quantidade:

$$t(n-2, \alpha) = \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}} r$$

Substituindo as variáveis pelos seus respectivos valores, resulta $t_{(48, 5\%)} = 2,099$.

O valor crítico, obtido de tabelas, para $t_{(n-2, \alpha)} = 1,6781$. Logo, com boa margem, rejeitamos H_0 e, então, podemos concluir pela existência de correlação positiva (porém, pouco mais que fraca) entre as variáveis **crítico x problema está na instituição**; também podemos concluir pela existência de correlação negativa (porém pouco mais que fraca) entre as variáveis **em estresse x irritação**.

A.7.2.3. Das Variáveis Estresse x Preocupado com a Opinião Alheia e Crítico x Outros não têm Competência.

Sabemos que para as variáveis **estresse x preocupado com a opinião alheia e crítico x outros não têm competência**, $r = 0,33$ num caso e $r = -0,33$ no outro caso.. Desejamos saber se este valor de r , combinado com o respectivo tamanho da amostra ($n = 50$), permite-nos concluir, em nível de significância de $\alpha = 5,0 \%$, que realmente existe correlação linear entre as variáveis mencionadas.

As hipóteses testadas são: $H_0 : \rho = \text{zero}$

$H_1: \rho \neq \text{zero}$.

O teste é feito por meio da quantidade:

$$t(n-2, \alpha) = \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}} r$$

Substituindo as variáveis pelos seus respectivos valores, resulta $t_{(48, 5\%)} = 2,422$.

O valor crítico, obtido de tabelas, para $t_{(n-2, \alpha)} = 1,6781$. Logo, com boa margem, rejeitamos H_0 e, então, podemos concluir pela existência de correlação positiva (porém, pouco mais que fraca) entre as variáveis **estresse x preocupado com a opinião alheia**; também, podemos concluir pela existência de correlação negativa (porém, pouco mais que fraca) entre as variáveis **crítico x outros não têm competência**.

A.7.2.4. Das Variáveis Perfeccionismo x Perfeição

Sabemos que para as variáveis **perfeccionismo x perfeição**, $r = 0,37$. Desejamos saber se este valor de r , combinado com o respectivo tamanho da amostra ($n =$

50), permite-nos concluir, em nível de significância de $\alpha = 5,0 \%$, que realmente existe correlação linear entre as variáveis mencionadas.

As hipóteses testadas são: $H_0 : \rho = \text{zero}$

$H_1: \rho \neq \text{zero}.$

O teste é feito por meio da quantidade:

$$t(n-2, \alpha) = \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}} r$$

Substituindo as variáveis pelos seus respectivos valores resulta

$$t_{(48, 5\%)} = 2,759.$$

O valor crítico, obtido de tabelas, para $t_{(n-2, \alpha)} = 1,6781$. Logo, com boa margem, rejeitamos H_0 e, então, podemos concluir pela existência de correlação positiva (porém, pouco mais que fraca) entre as variáveis **perfeccionismo x perfeição**.

A.7.3. ESTABELECIMENTO DOS INTERVALOS DE CONFIANÇA DOS COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO LINEAR

A.7.3.1 - Das Variáveis Irritação x Instituição perturba seu desempenho e Preocupado com Opinião Alheia

Considerando-se representativa a amostra de $n = 50$ professores universitários, construiremos um intervalo de 95 % de confiança para o coeficiente de correlação linear populacional entre as variáveis **irritação x Instituição perturba seu desempenho e Preocupado com Opinião Alheia**.

A amostra forneceu-nos $r = 0,30$; o valor correspondente de \mathfrak{I} , obtido da Tabela A.6.10 do livro, já mencionado, fornece-nos que o *coeficiente de correlação médio* vale 0,3095. Para $n = 50$, ao *desvio padrão do coeficiente de correlação linear*, vale:

$$\sigma(\mathfrak{I}) = \sqrt{\frac{1}{n-3}}$$

A substituição das variáveis da fórmula acima pelos seus respectivos valores resulta um desvio padrão para o coeficiente de variação de 0,1459.

O intervalo de confiança, construído em termos de \mathfrak{I} , será:

$0,3095 \pm 1,96 \times 0,1459$, ou seja: $0,3095 \pm 0,2859$, cujas extremidades são 0,02 e 0,59, ou seja, a correlação populacional positiva das variáveis **irritação x instituição perturba e preocupado com a opinião alheia** varia de quase inexistente a pouco superior à média.

A.7.3.1 - Das Variáveis **Irritação x Em Estresse e Problema Está na Instituição x Crítico**

Considerando-se representativa a amostra de $n = 50$ professores universitários, construiremos um intervalo de 95 % de confiança para o coeficiente de correlação linear populacional entre as variáveis **irritação x em estresse e problema está na instituição x crítico**.

A amostra forneceu-nos $r = 0,29$ num caso e $-0,29$ em outro caso; o valor correspondente de \mathfrak{I} , obtido da Tabela A.6.10 do livro já mencionado, fornece-nos que o *coeficiente de correlação médio* vale 0,2986. Para $n = 50$, ao *desvio padrão do coeficiente de correlação linear*, vale:

$$\sigma(\mathfrak{I}) = \sqrt{\frac{1}{n-3}}$$

A substituição das variáveis da fórmula acima pelos seus respectivos valores resulta um desvio padrão para o coeficiente de variação de 0,1459.

O intervalo de confiança, construído em termos de \mathfrak{I} , será:

$$\pm 0,2986 \pm 1,96 \times 0,1459, \text{ ou seja: } \pm 0,2986 \pm 0,2859.$$

No caso das variáveis **estresse x irritação**, as extremidades do intervalo de confiança do coeficiente de correlação valem $-0,2986 \pm 0,2859$ ou $-0,01 - 0,58$; portanto, a correlação negativa, entre as variáveis mencionadas, varia de quase inexistente a pouco mais que média.

No caso das variáveis **problema está na instituição x crítico**, as extremidades do intervalo de confiança do coeficiente de correlação valem $0,2986 \pm 0,2855$ ou $0,01$ e $0,58$, ou seja, a correlação populacional positiva das variáveis **problema está na instituição x crítico** varia de quase inexistente a pouco superior à média.

A.7.3.3. Das Variáveis Preocupado com a Opinião Alheia x Estresse e Outros não têm Competência.

Considerando-se representativa a amostra de $n = 50$ professores universitários, construímos um intervalo de 95 % de confiança para o coeficiente de correlação linear populacional entre as variáveis **preocupado com a opinião alheia x estresse e outros não têm competência**.

A amostra forneceu-nos $r = 0,33$ num caso e $-0,33$ em outro caso; o valor correspondente de \mathfrak{Z} , obtido da Tabela A.6.10 do livro já mencionado, fornece-nos que o *coeficiente de correlação médio* vale $0,3428$. Para $n = 50$, ao *desvio padrão do coeficiente*

$$\sigma(\mathfrak{Z}) = \sqrt{\frac{1}{n-3}}$$

de correlação linear, vale:

A substituição das variáveis da fórmula acima pelos seus respectivos valores resulta um desvio padrão para o coeficiente de variação de $0,1459$.

O intervalo de confiança, construído em termos de \mathfrak{Z} , será: $\pm 0,3428 \pm 1,96 \times 0,1459$, ou seja: $\pm 0,3428 \pm 0,2859$.

No caso das variáveis **outros não têm competência x crítico**, as extremidades do intervalo de confiança do coeficiente de correlação valem $-0,3428 \pm 0,2859$ ou $-0,06$ e $-0,63$; portanto, a correlação negativa entre as variáveis mencionadas, varia de quase inexistente a pouco mais que média.

No caso das variáveis **estresse x preocupado com a opinião alheia**, as extremidades do intervalo de confiança do coeficiente de correlação valem $0,3428 \pm 0,2855$ ou $0,06$ e $0,58$, ou seja, a correlação populacional positiva das variáveis citadas acima varia de quase inexistente a pouco superior à média.

A.7.3.4 - Das Variáveis Perfeccionista x Perfeição.

Considerando-se representativa a amostra de $n = 50$ professores universitários, construiremos um intervalo de 95 % de confiança para o coeficiente de correlação linear populacional entre as variáveis **perfeccionista x perfeição**.

A amostra forneceu-nos $r = 0,37$; o valor correspondente de \mathfrak{Z} , obtido da Tabela A.6.10 do livro já mencionado, fornece-nos que o *coeficiente de correlação médio* vale 0,3884. Para $n = 50$, ao *desvio padrão do coeficiente de correlação linear*, vale:

$$\sigma(\mathfrak{Z}) = \sqrt{\frac{1}{n-3}}$$

A substituição das variáveis da fórmula acima pelos seus respectivos valores resulta um desvio padrão para o coeficiente de variação de 0,1459.

O intervalo de confiança, construído em termos de \mathfrak{Z} , será: $0,3884 \pm 1,96 \times 0,1459$, ou seja: $0,3884 \pm 0,2859$, cujas extremidades são 0,10 e 0,57, ou seja, a correlação populacional positiva das variáveis **perfeccionista x perfeição** varia de quase inexistente a pouco superior à média

ANEXO 8

DESCRIÇÃO E APLICAÇÃO DO

TESTE

KOLMOGOROV-SMIRNOV

A 8.1. TESTE KOLMOGOROV-SMIRNOV DE UMA AMOSTRA

O Livro "Non-Parametric Statistics For the Behavioral Sciences, de Sydney Siegel (1956), especifica o seguinte para este teste:

- a) Função: Trata-se de um teste de adequação a uma dada distribuição. Isto é, preocupa-se com o grau de concordância entre a distribuição de um conjunto de valores de uma amostra (os escores observados) e alguma distribuição (de probabilidades teórica). Ela determina se os escores na amostra podem razoavelmente ser pensados provirem de uma população possuindo a distribuição (de probabilidades) teórica. Em resumo, o teste envolve a especificação de frequência **cumulativa** que ocorreria sob a distribuição teórica e comparando aquela com a distribuição de frequências cumulativa observada. A distribuição teórica representa o que seria esperado sob H_0 . O ponto no qual estas distribuições, teórica e observada, mostra a maior divergência é determinado. A referência à distribuição amostral indica se uma tal divergência máxima é possível de ser atribuída na base do acaso. Isto é, a distribuição amostral indica se uma divergência de tal magnitude observada teria probabilidade de ocorrer se as observações forem na verdade uma amostra aleatória da distribuição teórica.
- b) Método: Seja $F_0(X)$ = uma função de distribuição cumulativa de probabilidades completamente especificada sob H_0 . Isto é, para qualquer valor de X , o valor de $F_0(X)$ é a proporção de casos esperados Ter escores iguais ou menores do que X . E seja $S_N(X)$ = a função de distribuição cumulativa de probabilidades de uma amostra aleatória de N observações. Onde X é qualquer escore possível, $S_N(X) = k/N$, onde k é o número de observações iguais ou menores do que X . Agora, sob a hipótese nula de que a amostra foi tirada de uma distribuição teórica especificada, é esperado que para cada valor de X , $S_N(X)$ deva ser suficientemente perto de $F_0(X)$. Isto é, sob H_0 esperaríamos que as diferenças entre $S_N(X)$ e $F_0(X)$ sejam pequenas e dentro de limites de erros aleatórios. O teste Komolgorov-Smirnov focaliza no **maior dos desvios**. O maior valor do módulo da diferença $F_0(X) - S_N(X)$ é chamado o **desvio máximo, D**: $D = \text{máximo } |F_0(X) - S_N(X)|$. A distribuição de D sob H_0 é conhecida e está tabelada. Deve ser notado que a significância de um dado valor de D depende de N .
- c) Potência do Teste: Em geral, o teste Komolgorov-Smirnor é mais potente que o este do χ^2 .

A8.2. MODELO DO TESTE K-S

Preferências Hipotéticas dos Fatores

Os fatores analisáveis estatisticamente (Estados Depressivos, assim como as Situações de Trabalho) foram submetidos ao Teste Komolgorov-Smirnov, dentro do seguinte esquema:

1 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo () / Situação de Trabalho () -----
 Quanto ao Dado Demográfico.....

(a) - Hipótese Nula

H_0 = Não há diferença no número esperado de escolhas para cada uma das _____ classes de _____ para os _____ professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo _____ em graus variados.

(b) - Hipótese Alternativa

H_1 = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das classes do do Dado Demográfico _____ para os _____ professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo () / Situação de Trabalho () em graus variados.

(c) - Distribuições Amostrais Teórica e Observada

	Dados do(a) "Escolhida"					
F = Núm. de Professores						
F ₀ (X) = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob H ₀ .						
S _N (X) = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.						
F ₀ (X) - S _N (X) =						
D_{Calculado} = máximo F₀(X) - S_N(X) =						Nível de Significância α = 0,10
D_{Tabelado}: Para α = 0,10 e N = _____ o valor tabelado de D é igual a _____						
Resultado:	D_{Calculado} < D_{Tabelado} - ; D_{Calculado} > D_{Tabelado} -					

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula

Consiste de todos os valores de D_{Calculado} que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob H₀ é igual ou menor que α = 10 %. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que **D_{Calculado} < D_{Tabelado}**.

(e) - Decisão

Como resultado deste teste, o Estado Depressivo () / Situação de Trabalho () "escolhe" () / não "escolhe" () determinadas _____

TESTE K-S (Desânimo x Não Fez Trat. Psicológico)

Preferências Hipotéticas dos Fatores

1 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo (X) / Situação de Trabalho () - **Desânimo**. Quanto ao Dado Demográfico **Não Fez Tratamento Psicológico**

(a) - Hipótese Nula

H_0 = Não há diferença no número esperado de escolhas dado Dado Demográfico **não fez tratamento psicológico** para os 27 professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo **desânimo** em graus variados.

(b) - Hipótese Alternativa

H_1 = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das classes do do Dado Demográfico **não fez tratamento psicológico** para os 27 professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo (X) / Situação de Trabalho () **desânimo** em graus variados.

(c) - Distribuições Amostrais Teórica e Observadas

	Dados do(a)Desânimo..."Escolhido"					
	UP	M	D			
F = Núm. de Professores	21	4	2			
F ₀ (X) = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob H ₀ .	0,333	0,667	1,000			
S _N (X) = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.	0,778	0,926	1,000			
F ₀ (X) - S _N (X) =	0,445	0,259	0			
D_{Calculado} = máximo F₀(X) - S_N(X) = 0,445				Nível de Significância α = 0,10		
D_{Tabelado}: Para α = 0,10 e N = 27, o valor tabelado de D é igual a 0,216						
Resultado: D_{Calculado} < D_{Tabelado} - ; D_{Calculado} > D_{Tabelado} - X						

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula

Consiste de todos os valores de D_{Calculado} que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob H₀ é igual ou menor que α = 10 %. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que **D_{Calculado} < D_{Tabelado}**.

(e) - Decisão

Como resultado deste teste, o Dado Demográfico **não fez tratamento psicológico** "escolhe" (X) / não "escolhe" determinados valores do estado depressivo **desânimo**. A hipótese nula é rejeitada.

UP = Um Pouco; M = Muito; D = Demais

TESTE K-S Desânimo x Não Fez Trat. Psiquiátrico)

Preferências Hipotéticas dos Fatores

2 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo(X)/Situação de Trabalho () -**desânimo** Quanto ao Dado Demográfico **Não Fez Tratamento Psiquiátrico**.

(a) -Hipótese Nula

H_0 = Não há diferença no número esperado de escolhas para o Dado Demográfico **não fez tratamento psiquiátrico** para os 27 professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo **desânimo** em graus variados.

(b).- Hipótese Alternativa

H_1 = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das classes do do Dado Demográfico **não fez tratamento psiquiátrico** para os 27 professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **desânimo** em graus variados.

(c)-Distribuições Amostrais Teórica e Observada

	Dados do(a) Desânimo. "Escolhido"					
	UP	M	D			
F = Núm. de Professores	22	3	2			
Fo(X) = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob Ho.	0,333	0,667	1,000			
S _N (X) = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.	0,815	0,926	1,000			
Fo(X) - S _N (X) =	0,482	0,259	0			
D_{Calculado} = máximo Fo(X) - S_N(X) = 0,482				Nível de Significância $\alpha = 0,10$		
D_{Tabelado}: Para $\alpha = 0,10$ e N = 27, o valor tabelado de D é igual a 0,216						
Resultado: $D_{Calculado} < D_{Tabelado}$; $D_{Calculado} > D_{Tabelado}$ - X						

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula

Consiste de todos os valores de $D_{Calculado}$ que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob H_0 é igual ou menor que $\alpha = 10\%$. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que $D_{Calculado} < D_{Tabelado}$.

(e) - Decisão:

Como resultado deste teste, o Dado Demográfico **não fez tratamento psiquiátrico** "escolhe" (X)/ não "escolhe" () determinados valores do estado depressivo **desânimo**. A hipótese nula é rejeitada.

UP = Um Pouco; M = Muito D = Demais

TESTE K-S (Desânimo x Categoria Docente)

Preferências Hipotéticas dos Fatores

3 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **Desânimo** Quanto ao Dado Demográfico **Categoria Docente**.

(a) -Hipótese Nula

Ho = Não há diferença no número esperado de escolhas para cada uma das 7 classes de **categorias docentes** para os 32 professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo **desânimo** em graus variados.

(b) - Hipótese Alternativa

H₁ = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das 7 classes do Dado Demográfico **categoria docente** para os 32 professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **desânimo** em graus variados.

(c)-Distribuições Amostrais Teórica e Observada

	Dados da .Categoria Docente."Escolhida"						
	Doutor	Mestre	P. Tit.	P. Ass.	P. Adj.	P. Col.	Aux. E.
F = Núm. de Professores	9	6	2	5	1	0	9
Fo(X) = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob Ho.	0,143	0,286	0,428	0,571	0,714	0,857	1,000
S _N (X) = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.	0,281	0,469	0,531	0,687	0,719	0,719	1,000
Fo(X) - S _N (X) =	0,138	0,183	0,103	0,116	0,005	0,138	0
D_{Calculado} = máximo Fo(X) - S_N(X) =0,183				Nível de Significância α = 0,10			
D_{Tabelado}. Para α = 0,10 e N = 32, o valor tabelado de D é igual a 0,214							
Resultado: D_{Calculado} < D_{Tabelado} - X ; D_{Calculado} > D_{Tabelado} -							

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula

Consiste de todos os valores de D_{Calculado} que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob Ho é igual ou menor que α = 10 %. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que **D_{Calculado} < D_{Tabelado}**.

(e) - Decisão

Como resultado deste teste, o Estado Depressivo (X)/ Situação de Trabalho () **desânimo** "escolhe" () / não "escolhe" (X) determinadas **categorias docentes**. **A hipótese nula é aceita.**

P. Tit. = Professor Titular; P. Ass.= Professor Assistente; P. Adj.= Professor Adjunto; P. Col. = Professor Colaborador; Aux. E. = Auxiliar de Ensino.

TESTE K-S (Desânimo x Área Acadêmica)

Preferências Hipotéticas dos Fatores

4 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **Desânimo** Quanto ao Dado Demográfico **Área Acadêmica**.

(a) -Hipótese Nula

H_0 = Não há diferença no número esperado de escolhas para cada uma das 3 classes de áreas acadêmicas para os 32 professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo **desânimo** em graus variados.

(b).- Hipótese Alternativa

H_1 = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das 3 classes do Dado Demográfico **área acadêmica** para os 32 professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **desânimo** em graus variados.

(c)-Distribuições Amostrais Teórica e Observada

	Dados da Área Acadêmica "Escolhida"						
	Human.	Biológ.	Exatas				
F = Núm. de Professores	13	11	8				
$F_0(X)$ = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob H_0 .	0,333	0,667	1,000				
$S_N(X)$ = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.	0,406	0,667	1,000				
$ F_0(X) - S_N(X) =$	0,073	0,083	0				
$D_{\text{Calculado}} = \text{máximo } F_0(X) - S_N(X) = 0,083$				Nível de Significância $\alpha = 0,10$			
D_{Tabelado} : Para $\alpha = 0,10$ e $N = 32$, o valor tabelado de D é igual a <u>0,214</u>							
Resultado: $D_{\text{Calculado}} < D_{\text{Tabelado}} - X$; $D_{\text{Calculado}} > D_{\text{Tabelado}} -$							

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula

Consiste de todos os valores de $D_{\text{Calculado}}$ que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob H_0 é igual ou menor que $\alpha = 10\%$. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que $D_{\text{Calculado}} < D_{\text{Tabelado}}$.

(e) - Decisão

Como resultado deste teste, o Estado Depressivo (X)/ Situação de Trabalho () **desânimo** "escolhe" ()/ não "escolhe" (X) a **área acadêmica**. **A hipótese nula é aceita.**

Human. = Área de Ciências Humanas; Biológ. = Área de Ciências Biológicas

TESTE K-S (Desânimo x Estado Civil)

Preferências Hipotéticas dos Fatores

5 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo(X)/Situação de Trabalho () **Desânimo** Quanto ao Dado Demográfico **Estado Civil**.

(a) -Hipótese Nula

Ho = Não há diferença no número esperado de escolhas para cada uma das 6 classes de **estados civis** para os 32 professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo **desânimo** em graus variados.

(b).- Hipótese Alternativa

H₁ = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das classes do Dado Demográfico **estado civil** para os 32 professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **desânimo** em graus variados.

(c)-Distribuições Amostrais Teórica e Observada

	Dados do Estado Civil."Escolhido"					
	Solt.	Casado	Separ.	Divorc.	Desq.	Viúvo
F = Núm. de Professores	5	16	6	1	1	3
F _o (X) = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob Ho.	0,167	0,333	0,5000	0,667	0,833	1,000
S _N (X) = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.	0,156	0,656	0,843	0,875	0,906	1,000
F _o (X) - S _N (X) =	0,011	0,323	0,343	0,208	0,073	0
D_{Calculado} = máximo F_o(X) - S_N(X) =0,343				Nível de Significância α = 0,10		
D_{Tabelado}: Para α = 0,10 e N = 32, o valor tabelado de D é igual a 0,214						
Resultado: D_{Calculado} < D_{Tabelado} - ; D_{Calculado} > D_{Tabelado} - X						

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula

Consiste de todos os valores de D_{Calculado} que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob Ho é igual ou menor que α = 10 %. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que **D_{Calculado} < D_{Tabelado}**.

(e) - Decisão:

Como resultado deste teste, o Estado Depressivo (X)/ Situação de Trabalho () **desânimo** "escolhe" (X)/ não "escolhe" () determinadas **idades**. **A hipótese nula é rejeitada.**

Solt. = solteiro; Sep. = separado; div. = divorciado; desq. = desquitado

TESTE K-S (Desânimo x Horas Trabalhadas por Semana)

Preferências Hipotéticas dos Fatores

6 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo(X)/Situação de Trabalho () **Desânimo** Quanto ao Dado Demográfico **Horas Trabalhadas Por Semana**.

(a) -Hipótese Nula

H_0 = Não há diferença no número esperado de escolhas para cada uma das 6 classes de **horas trabalhadas por semana** para os 32 professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo **desânimo** em graus variados.

(b).- Hipótese Alternativa:

H_1 = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das 6 classes do Dado Demográfico **horas trabalhadas por semana** para os 32 professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **desânimo** em graus variados.

(c)-Distribuições Amostrais Teórica e Observada

	Dados das Horas Trabalhadas Por Semana "Escolhida"					
	5.....10	11...20	21....30	31.....40	41...50	51...
F = Núm. de Professores	2	5	3	8	10	4
Fo(X) = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob H_0 .	0,167	0,333	0,5000	0,667	0,833	1,000
$S_N(X)$ = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.	0,062	0,219	0,312	0,562	0,875	1,000
$ Fo(X) - S_N(X) =$	0,109	0,114	0,188	0,105	0,042	0
$D_{Calculado} = \text{máximo } Fo(X) - S_N(X) = 0,188$				Nível de Significância $\alpha = 0,10$		
$D_{Tabelado}$: Para $\alpha = 0,10$ e $N = 32$, o valor tabelado de D é igual a <u>0,214</u>						
Resultado: $D_{Calculado} < D_{Tabelado} - X$; $D_{Calculado} > D_{Tabelado} -$						

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula

Consiste de todos os valores de $D_{Calculado}$ que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob H_0 é igual ou menor que $\alpha = 10\%$. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que $D_{Calculado} < D_{Tabelado}$.

(e) - Decisão

Como resultado deste teste, o Estado Depressivo (X)/ Situação de Trabalho () **desânimo** "escolhe" ()/ não "escolhe" (X) determinadas **horas trabalhadas por semana**. A hipótese nula é aceita.

TESTE K-S (Desânimo x Idade)

Preferências Hipotéticas dos Fatores

7 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo(X)/Situação de Trabalho () **Desânimo** Quanto ao Dado Demográfico **Idade**.

(a) -Hipótese Nula

H_0 = Não há diferença no número esperado de escolhas para cada uma das 6 classes de idades para os 32 professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo **desânimo** em graus variados.

(b) - Hipótese Alternativa

H_1 = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das classes do Dado Demográfico **idade** para os 32 professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **desânimo** em graus variados

(c)-Distribuições Amostrais Teórica e Observada

	Dados do(a) .Idade. "Escolhida"					
	...25	26.....30	31.....35	36....45	46.....55	56...
F = Núm. de Professores	0	2	8	11	7	4
Fo(X) = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob H_0 .	0,167	0,333	0,5000	0,667	0,833	1,000
$S_N(X)$ = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.	0	0,062	0,312	0,656	0,875	1,000
$ F_o(X) - S_N(X) =$	0,167	0,271	0,188	0,011	0,042	0
$D_{Calculado} = \text{máximo } F_o(X) - S_N(X) = 0,271$				Nível de Significância $\alpha = 0,10$		
$D_{Tabelado}$: Para $\alpha = 0,10$ e $N = 32$, o valor tabelado de D é igual a <u>0,214</u>						
Resultado: $D_{Calculado} < D_{Tabelado}$ - ; $D_{Calculado} > D_{Tabelado}$ - X						

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula

Consiste de todos os valores de $D_{Calculado}$ que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob H_0 é igual ou menor que $\alpha = 10\%$. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que $D_{Calculado} < D_{Tabelado}$.

(e) - Decisão

Como resultado deste teste, o Estado Depressivo (X)/ Situação de Trabalho () **desânimo** "escolhe" (X)/ não "escolhe" () determinadas idades. **A hipótese nula é rejeitada.**

TESTE K-S Desânimo x Tempo de Serviço)

Preferências Hipotéticas dos Fatores

8 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo(X)/Situação de Trabalho () **Desânimo** Quanto ao Dado Demográfico **Tempo de Serviço**.

(a) -Hipótese Nula

Ho = Não há diferença no número esperado de escolhas para cada uma das 6 classes de **tempos de serviço** para os 32 professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo **desânimo** em graus variados.

(b).- Hipótese Alternativa

H₁ = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das 6 classes do Dado Demográfico **tempo de serviço** para os 32 professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **desânimo** em graus variados.

(c)-Distribuições Amostrais Teórica e Observada

	Dados do tempo de Serviço "Escolhido"					
2..	2.....5	6.....10	11....15	16...20	21....
F = Núm. de Professores	1	6	11	3	7	4
F _o (X) = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob Ho.	0,167	0,333	0,5000	0,667	0,833	1,000
S _N (X) = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.	0,031	0,219	0,562	0,656	0,875	1,00
F _o (X) - S _N (X) =	0,136	0,114	0,062	0,011	0,042	0
D_{Calculado} = máximo F_o(X) - S_N(X) =0,136				Nível de Significância α = 0,10		
D_{Tabelado}: Para α = 0,10 e N = 32, o valor tabelado de D é igual a 0,214						
Resultado: D_{Calculado} < D_{Tabelado} - - X; D_{Calculado} > D_{Tabelado}						

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula:

Consiste de todos os valores de D_{Calculado} que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob Ho é igual ou menor que α = 10 %. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que **D_{Calculado} < D_{Tabelado}**.

(e) - Decisão:

Como resultado deste teste, o Estado Depressivo (X)/ Situação de Trabalho () **desânimo** "escolhe" ()/ não "escolhe" (X) determinados **tempos de serviço**. **A hipótese nula é aceita.**

TESTE K-S (Desânimo x Regime de Trabalho)

Preferências Hipotéticas dos Fatores

9 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo(X)/Situação de Trabalho () **Desânimo** Quanto ao Dado Demográfico **Regime de Trabalho**.

(a) -Hipótese Nula

H_0 = Não há diferença no número esperado de escolhas para cada uma das 3 classes de regimes de trabalho para os 32 professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo **desânimo** em graus variados.

(b).- Hipótese Alternativa

H_1 = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das 3 classes do Dado Demográfico **regime de trabalho** para os 32 professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **desânimo** em graus variados.

(c)-Distribuições Amostrais Teórica e Observada

	Dados do Regime de Trabalho. "Escolhido"						
	Integral	Completo.	Parcial				
F = Núm. de Professores	8	5	19				
F _o (X) = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob H ₀ .	0,333	0,667	1,000				
S _N (X) = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.	0,250	0,406	1,000				
F _o (X) - S _N (X) =	0,083	0,261	0				
D_{Calculado} = máximo F_o(X) - S_N(X) = 0,261				Nível de Significância $\alpha = 0,10$			
D_{Tabelado}: Para $\alpha = 0,10$ e N = 32, o valor tabelado de D é igual a 0,214							
Resultado: $D_{Calculado} < D_{Tabelado}$ - ; $D_{Calculado} > D_{Tabelado}$ - X							

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula

Consiste de todos os valores de $D_{Calculado}$ que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob H_0 é igual ou menor que $\alpha = 10\%$. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que $D_{Calculado} < D_{Tabelado}$.

(e) - Decisão

Como resultado deste teste, o Estado Depressivo (X)/ Situação de Trabalho () **desânimo** "escolhe" (X)/ não "escolhe" () determinados regimes de trabalho. A hipótese nula é rejeitada.

TESTE K-S Desânimo x Título Acadêmico)

Preferências Hipotéticas dos Fatores

10 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo(X)/Situação de Trabalho () **Desânimo** Quanto ao Dado Demográfico **Título Acadêmico**.

(a) -Hipótese Nula

H_0 = Não há diferença no número esperado de escolhas para cada uma das 4 classes de **títulos acadêmicos** para os 32 professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo **desânimo** em graus variados.

(b).- Hipótese Alternativa

H_1 = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das 4 classes do Dado Demográfico **título acadêmico** para os 32 professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **desânimo** em graus variados

(c)-Distribuições Amostrais Teórica e Observada

	Dados do Título Acadêmico ."Escolhido"						
	Bach.	Mestre	Doutor	Livre D.			
F = Núm. de Professores	8	14	9	1			
F ₀ (X) = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob H ₀ .	0,250	0,500	0,750	1,000			
S _N (X) = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.	0,562	0,687	0,656	1,000			
F ₀ (X) - S _N (X) =	0,312	0,187	0,094	0			
D_{Calculado} = máximo F₀(X) - S_N(X) =0,312				Nível de Significância $\alpha = 0,10$			
D_{Tabelado}: Para $\alpha = 0,10$ e N = 32, o valor tabelado de D é igual a 0,214							
Resultado: $D_{Calculado} < D_{Tabelado}$ - ; $D_{Calculado} > D_{Tabelado}$ - X							

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula

Consiste de todos os valores de $D_{Calculado}$ que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob H_0 é igual ou menor que $\alpha = 10\%$. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que $D_{Calculado} < D_{Tabelado}$.

(e) - Decisão

Como resultado deste teste, o Estado Depressivo (X)/ Situação de Trabalho () **desânimo** "escolhe" (X)/ não "escolhe" () determinados **títulos acadêmicos**. **A hipótese nula é rejeitada.**

TESTE K-S (Desânimo x Sexo)

Preferências Hipotéticas dos Fatores

11 - Hipotética Preferência do Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **Desânimo** Quanto ao Dado Demográfico **Sexo**.

(a) -Hipótese Nula

Ho = Não há diferença no número esperado de escolhas para cada uma das 2 classes de **sexos** para os 32 professores (de uma amostra total de 50) que sofrem o estado depressivo **desânimo** em graus variados.

(b).- Hipótese Alternativa

H₁ = Há diferenças no número esperado de escolha para cada uma das 2 classes do Dado Demográfico **sexo** para os 32 professores universitários (de uma amostra de 50) que sofrem o Estado Depressivo (X)/Situação de Trabalho () **desânimo** em graus variados.

(c)-Distribuições Amostrais Teórica e Observada

	Dados do Sexo. "Escolhido"					
	M	F				
F = Núm. de Professores	18	14				
F _o (X) = Distribuição cumulativa teórica de escolhas sob Ho.	0,500	1,000				
S _N (X) = Distribuição cumulativa de escolhas observadas.	0,562	1,000				
F _o (X) - S _N (X) =	0,062	0				
D_{Calculado} = máximo F_o(X) - S_N(X) =0,062			Nível de Significância α = 0,10			
D_{Tabelado} : Para α = 0,10 e N = <u>32</u> , o valor tabelado de D é igual a <u>0,214</u>						
Resultado: D_{Calculado} < D_{Tabelado} - X; D_{Calculado} > D_{Tabelado} -						

(d) - Região de Rejeição da Hipótese Nula

Consiste de todos os valores de D_{Calculado} que são tão grandes que a probabilidade associada à sua ocorrência sob Ho é igual ou menor que α = 10 %. Para efeitos práticos, a hipótese nula é rejeitada sempre que **D_{Calculado} < D_{Tabelado}**.

(e) - Decisão:

Como resultado deste teste, o Estado Depressivo (X)/ Situação de Trabalho () **desânimo** "escolhe" ()/ não "escolhe" (X) determinados **sexos**. **A hipótese nula é aceita.**

M = Sexo Masculino; F = Sexo feminino

ANEXO 9

ESTIMATIVA DA TAXA DE DEPRESSÃO DOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS E VERIFICAÇÃO DO POTENCIAL DE GENERALIZAÇÃO DA PESQUISA

A8.1. CÁLCULO DA ESTIMATIVA DA TAXA DE DEPRESSÃO DOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS

Para o cálculo desta taxa, que denotaremos de **D**, partimos das taxas de incidência com que os 14 *estados depressivos* e as 20 *situações de trabalho* afetaram os 50 professores universitários da amostra pesquisada.

As taxas reveladas pela nossa pesquisa, para os dois conjuntos de variáveis dependentes, estão indicadas nas tabelas abaixo:

Ordem	1	2	3	4	5	6
Estado Depressivo	Desânimo	Melancolia	Tristeza	Irritação	Ansiedade	Peso Estável
Taxa de Incidência	64,0 %	50,0 %	56,0 %	74,0 %	76,0 %	30,0 %

Tabela A8.1. Taxas de Incidência de Estados Depressivos (início)

Ordem	7	8	9	10	11	12
Estado Depressivo	Baixa Auto-estima	Pessimista	Culpado	Remorsos	Estresse	Perfeccionismo
Taxa de Incidência	56,0 %	30,0 %	26,0 %	30,0 %	74,0 %	98,0 %

Tabela A8.1. Taxas de Incidência de Estados Depressivos (continuação)

Ordem	13	14
Estado Depressivo	Negativismo	Crítico
Taxa de Incidência	38,0 %	92,0 %

Tabela A8.1. Taxas de Incidência de Estados Depressivos (Final)

Ordem	1	2	3	4	5
Situação de Trabalho	Desempenho Melhor	Melhor	Medo da Concorrência	Teme Não dar Conta	Teme Perder o Controle
Taxa de Incidência	70,0 %	84,0 %	40,0 %	52,0 %	48,0 %

Tabela A8.2. Taxas de Incidência de Situações de Trabalho (início)

Ordem	6	7	8	9	10
Situação de Trabalho	Perfeição	Dificuldades em Aceitar Críticas	Comete Erros	Falta de Tempo	Outros não têm Competência
Taxa de Incidência	94,0 %	82,0%	94,0 %	86,0 %	76,0 %

Tabela A8.2. Taxas de Incidência de Situações de Trabalho (continuação)

Ordem	11	12	13	14
Situação de Trabalho	Preocupado com Opinião Alheia	Irritado com Alunos e Colegas	Agressivo com Alunos e Colegas	Preocupado com a Aprovação de Todos
Taxa de Incidência	76,0 %	80,0 %	58,0 %	64,0 %

Tabela A8.2. Taxas de Incidência de Situações de Trabalho (continuação)

Ordem	15	16	17	18	19	20
Situação de Trabalho	Tenso	Estresse	Profissão Certa	Deixaria de ser Professor	Problema na Instituição	Está Instituição Perturba
Taxa de Incidência	78,0 %	84,0 %	42,0 %	20,0 %	78,0 %	74,0 %

Tabela A8.2. Taxas de Incidência de Situações de Trabalho (Final)

Para calcularmos uma estimativa da taxa de incidência da depressão, **D**, envolvendo todos os estados depressivos e situações de trabalho apresentadas pelos professores universitários da amostra, poderíamos fazer várias suposições a respeito de como tais fatores se comportam em relação à depressão, propriamente dita. Isto é feito a seguir:

- ❖ Admitindo-se que a existência de apenas um estado depressivo ou uma situação de trabalho já seria motivo para existir a depressão, estaríamos admitindo a possibilidade de **D** situar-se entre os valores 20,0% e 98,0%, o que, convenhamos, tratar-se-ia de uma variação muito grande (cujas amplitude valeria 78,0 %) para a estimativa pretendida e, por conseguinte, iremos abandonar este método;
- ❖ Embora não saibamos, exatamente como se comportam os estados depressivos e as situações de trabalho isoladamente, ou mesmo em conjunto em relação à depressão (por exemplo, a existência de 1, 2, 3, ou mais estados depressivos ou situações de trabalho nos professores, poderiam caracterizar a

existência da depressão), poderíamos fazer combinações de 14 estados depressivos 2 a 2, 3 a 3, etc., obter, para cada elemento da combinação a média de incidência de depressão e calcular, então, uma estimativa média de incidência de depressão para cada combinação de 14 estados depressivos 2 a 2, 3 a 3, etc.(e obteríamos a taxa média de incidência de depressão devido aos estados depressivos). Poderíamos fazer a mesma coisa para as 20 situações de trabalho e combiná-las 2 a 2, 3 a 3, etc. até obtermos uma taxa média de depressão devido às situações de trabalho. A seguir, calcularíamos uma média entre os valores obtidos nos passos acima. Entendemos que o método envolveria certa arbitrariedade, pois não sabemos qual a combinação estado depressivo/situação de trabalho mais adequada e percebemos que poderíamos cair no mesmo caso acima, ou seja, de a amplitude de variação do parâmetro **D** acabar ficando muito grande;

- ❖ Então, decidimos, também arbitrariamente, que a depressão, independente de sua graduação, é resultado da *existência concomitante de todos os estados depressivos de todas as situações de trabalho e que:*
 - ◆ o valor da taxa de depressão devido aos estados depressivos seja a média aritmética simples das taxas de incidência dos estados depressivos individuais (*embora, como é evidente, neste trabalho, não se tenha como demonstrar a veracidade disto, pois seria necessária a aplicação de instrumentos que não foram considerados*);
 - ◆ o valor da taxa de depressão devido às situações de trabalho seja a média aritmética simples das taxas de incidência das situações de trabalho individuais (*embora, como é evidente, neste trabalho, não se*

tenha como demonstrar a veracidade disto, pois seria necessária a aplicação de instrumentos que não foram considerados); e

- ◆ que a taxa de depressão seja dada como uma média ponderada dos valores das taxas médias de depressão devido aos estados depressivos e situações de trabalho, em que o peso dos estados depressivos para com a depressão seria duas vezes maior que o peso das situações de trabalho, *embora, neste trabalho, não se tenha condições de provar a veracidade disto.*

❖ A fórmula para esta cálculo da taxa de incidência de depressão D seria então a seguinte (onde ED e ST são, respectivamente, as taxas de incidência individuais dos estados depressivos e situações de trabalho):

$$D = \frac{2 \frac{\sum_{i=1}^{i=14} ED_i}{14} + 1 \frac{\sum_{i=1}^{i=20} ST_i}{20}}{3}$$

Substituindo as taxas de incidências pelos seus respectivos valores, resulta

$$D = 60,801 \% \text{ ou } 0,608.$$

A.8.2. CÁLCULO DO INTERVALO DE CONFIANÇA PARA A PROPORÇÃO DE PRO-FESSORES UNIVERSITÁRIOS AFETADOS PELA DEPRESSÃO.

Spiegel (1969, p. 268) estabelece, em relação a *intervalos de confiança das proporções que:*

Se P é a proporção observada de sucessos em uma amostra de tamanho N, os limites de confiança para a estimação da proporção de sucessos da população, p, com o nível de confiança determinado por z_c, são dados por:

$$p = \frac{P + \frac{z_c^2}{2N} \pm \sqrt{\frac{P(1-P)}{N} + \frac{z_c^2}{4N^2}}}{1 + \frac{z_c^2}{N}}$$

Admitimos trabalhar com um nível de confiança, determinado por z_c, de 95,0 %; neste caso z_c = 1,96. Entrando-se com a proporção observada de professores deprimidos, P = 0,608 e o tamanho da amostra N = 50 na fórmula acima, encontramos o intervalo de confiança para a taxa de incidência de depressão nos professores universitários da amostra, que, no caso, resultou em: 0,5292...0,6875, ou seja: a taxa de incidência de depressão em professores universitários desta amostra de 50 professores pode variar de 52,92 % a 68,75 %. E, neste caso, a amplitude de variação é de 15,83 %.

A8.3. VERIFICAÇÃO DO POTENCIAL DE GENERALIZAÇÃO DA PRESENTE PESQUISA.

A Verificação do potencial de generalização da presente pesquisa é feita pelo cálculo do tamanho da amostra que seria necessário para atingirmos um nível de confiança escolhido e um erro máximo tolerado, comparando este resultado com o tamanho da amostra utilizado na presente pesquisa ($n_{\text{real}} = 50$ professores universitários).

Gil (1995,) em relação ao assunto , estabelece o seguinte:

"FÓRMULA PARA O CÁLCULO DE AMOSTRAS PARA POPULAÇÕES FINITAS.

Quando a população pesquisada não supera 100.000 elementos, a fórmula para o cálculo do tamanho da amostra passa a ser a

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

seguinte:

onde:

n = tamanho da amostra;

σ^2 = Nível de confiança escolhido, expresso em número de desvios padrão;

p = Percentagem com a qual o fenômeno se verifica;

q = Percentagem complementar;

N = Tamanho da população e

ϵ = Erro máximo permitido.

...Quando a estimativa do valor no qual o fenômeno se verifica não é conhecida, usa-se $p = 50\%$."

Temos os seguintes dados, obtidos diretamente da pesquisa:

- ❖ O tamanho da população que temos é o da população dos professores universitários das 3 universidades pesquisadas, o que se constitui numa *população acessível*, de 585 professores;
- ❖ A percentagem com a qual o fenômeno *de interesse* se verifica, que é um intervalo de confiança, envolve a depressão em professores universitários e varia de 52,92 % a 68,75 %. Denominaremos estas percentagens de D_{min} e D_{max} , respectivamente. No caso em que a taxa de depressão fosse desconhecida, o valor de p seria igual $D=0,50$;

Escolhemos os seguintes parâmetros:

- ❖ Para o nível de confiança, vamos admitir 95 %, o que corresponde a dois desvios padrão, o que significa que, neste caso, $\sigma = 2$;
- ❖ Para o erro máximo permitido, admitimos um erro razoável de 10 %.

Calculando os tamanhos da amostra respectivamente para D_{min} , D e D_{max} , obtemos, respectivamente os valores:

- ❖ $n_{min} = 99,88 \cong 100$ professores.
- ❖ $n = 85,53 \cong 86$ professores.
- ❖ $n_{max} = 75,04 \cong 75$ professores.

Verifica-se, portanto, que se a amostra real foi de 50 professores, as conclusões deste estudo não podem ser generalizadas nem para as 3 faculdades nas quais colhemos os dados. O mesmo se aplicaria às faculdades do Vale do Rio Paraíba, do Estado de São Paulo ou mesmo do Brasil, já que, obviamente, nestes casos, N seria muito maior do que 585.