

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**FÁBIO DE SOUZA TERRA**

**Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em  
docentes de Enfermagem de universidades pública e  
privada**

**RIBEIRÃO PRETO  
2010**

**FÁBIO DE SOUZA TERRA**

**Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades pública e privada**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Saúde do trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

**RIBEIRÃO PRETO**

**2010**

## FICHA CATALOGRÁFICA

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo da Publicação  
Serviço de Documentação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Terra, Fábio de Souza.

Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades pública e privada. Ribeirão Preto, 2010.

258 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental – Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Robazzi, Maria Lúcia do Carmo Cruz.

1. Enfermagem. 2. Universidades. 3. Docentes de Enfermagem.  
4. Ansiedade. 5. Depressão. 6. Autoestima.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Fábio de Souza Terra

Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades pública e privada

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Saúde do trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Aprovada em:

### Comissão Julgadora

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## ***DEDICATÓRIA***

Aos meus pais, *Wanda e Paulo*, pela vida, simplicidade e dedicação, pelo amor e ensinamentos, os quais fizeram de mim o que sou e por darem maior significado à minha existência.

Aos meus irmãos, *Gustavo, Ana Paula e Tatiana*, por fazerem parte da minha vida e apoiar minhas decisões.

A *todos* que torceram para a realização de mais esta etapa de minha vida.

## ***AGRADECIMENTOS***

A *Deus*, pela benevolência por ter me concedido a graça da conclusão deste trabalho e por me dar forças para enfrentar todos os obstáculos encontrados nesta caminhada.

À *Profa. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi*, que com competência, confiança e respeito, me orientou durante essa trajetória, por compreender minhas dificuldades e contribuir de maneira especial para o meu crescimento profissional e acima de tudo pela amizade conquistada ao longo desses anos de convivência, minha eterna gratidão, respeito e admiração.

Às professoras *Dra. Maria Helena Palucci Marziale, Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho, Dra. Iara Aparecida de Oliveira Secco e Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck*, pelas valiosas contribuições durante a participação no Exame de Qualificação e na Defesa.

Às amigas e professoras *Dra. Ana Maria Duarte Dias Costa, Rosane Dias Costa, Marina Dias Costa e Adriana Olímpia*, por participarem da minha vida efetivamente, pela amizade sincera e serenidade, pelo carinho, apoio e incentivo constante e por estarem ao meu lado do começo ao fim desta jornada, contribuindo para o meu crescimento profissional e pessoal.

À *Reitoria e Coordenação dos Cursos de Enfermagem da Unifal-MG e UNIFENAS*, por permitirem a realização deste estudo e por propiciarem subsídios necessários para o seu desenvolvimento.

Aos *docentes dos Cursos de Enfermagem*, pela cumplicidade de todos no processo de ensino e aprendizagem e pela aceitação em participar desta pesquisa, compartilhando comigo um pouco de suas experiências.

À *Universidade José do Rosário Vellano*, por ter proporcionado condições para a realização do doutorado e por conceder-me o afastamento das atividades docentes durante este período.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*, pelo auxílio financeiro.

Aos *docentes do Curso de Pós-graduação da EERP/USP*, pelo conhecimento compartilhado e por me oferecer esta oportunidade preciosa de me tornar um Doutor.

Aos amigos *Daniela Lima, Thatiane, Deyv, Valéria, Thaisy, Nathália, Angelita, Lucas e Mirelle*, pela convivência, amizade e companheirismo durante esta etapa e por me mostrar o quanto é importante ter amigos.

Às professoras *Dra. Eliana Peres, Dra. Zélia Resck, Dra. Érika Chaves, Dra. Sueli Leiko, Silvana Leite, Sueli Carvalho e Maria Betânia Tinti*, docentes do Departamento de Enfermagem da Unifal-MG, pelo profissionalismo, incentivo, apoio e pela amizade.

Aos amigos *Fabiana, Liliana, Rita, Luiz, Cristiane e Vânia*, pela amizade construída nesses anos de convívio, pelo conhecimento compartilhado e por tornarem este período inesquecível.

Aos *professores do Curso de Enfermagem da UNIFENAS*, colegas de trabalho, pelo incentivo, apoio e pela convivência durante todos esses anos, os quais contribuíram para o meu crescimento profissional.

Ao *Prof. Vinícius Vieira Vignoli*, pela ajuda com as traduções dos textos e realização da versão na língua inglesa e espanhola e à *Profa. Aparecida Donizetti Paes* pela disponibilidade e revisão da linguagem.

Às professoras *Dra. Cláudia Benedita dos Santos e Dra. Mery Natali Abreu*, pelas sábias e produtivas orientações estatísticas.

Aos *funcionários da EERP/USP*, pela atenção sempre dispensada.

E a *todas as pessoas* que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta pesquisa.

A todos vocês, minha eterna gratidão!

*“De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estava sempre começando,  
a certeza de que era preciso continuar, e a certeza de que  
seria interrompido antes de terminar. Portanto, devemos:  
fazer da interrupção um caminho novo,  
fazer da queda um passo de dança,  
do medo, uma escada,  
do sonho, uma ponte,  
da procura, um encontro”*

*“Encontro Marcado” – Fernando Sabino*

## RESUMO

TERRA, F. S. **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades pública e privada.** 2010. 258 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

O estudo teve como objetivo avaliar a presença de ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades pública e privada de um município do Sul do Estado de Minas Gerais e comparar as medidas apresentadas pelos dois grupos. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, de corte transversal e abordagem quantitativa, desenvolvida com 71 docentes de duas universidades (39 da pública e 32 da privada) localizadas no município de Alfenas-MG. A coleta de dados ocorreu no final do primeiro semestre letivo do ano de 2010, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Para essa etapa, utilizaram-se quatro instrumentos: questionário semiestruturado com variáveis sociodemográficas, da atividade laboral e hábitos de vida; Inventário de Ansiedade de Beck; Inventário de Depressão de Beck; e Escala de Autoestima de Rosenberg. Após a coleta, os dados foram tabulados em programa estatístico, para análise estatística descritiva e inferencial, assim como a avaliação da consistência interna das escalas. Como resultado, constatou-se que houve predomínio de docentes do sexo feminino, com faixa etária de 31 a 40 anos, católicos, casados, renda familiar mensal de 4001 a 6000 reais, com casa própria e formação universitária em Enfermagem, mestres, com tempo de trabalho em docência de 6 a 10 anos e, na atual instituição, de 1 a 5 anos. Alguns professores praticam semanalmente exercícios físicos, e outros são sedentários. Poucos docentes são tabagistas e a maioria não consome bebida alcoólica, não apresenta doença crônica e não faz uso de medicamentos diários. A ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência foi frequente nos sujeitos avaliados. Constatou-se que a maioria apresentou ansiedade mínima, ausência de depressão e autoestima alta; porém alguns foram classificados como tendo ansiedade leve, moderada ou grave, depressão leve ou grave e autoestima média ou baixa. Os professores de enfermagem da universidade privada apresentaram maiores medianas de escores de ansiedade e de depressão e menores medianas de escores de autoestima. Na depressão, a variável “uso de medicamentos diários” e, na autoestima, as variáveis “ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência” tiveram associação estatisticamente significativa com essas medidas. As três escalas apresentaram valores altos de coeficiente alfa de Cronbach, considerando-se, então, sua consistência interna muito boa e aceitável para os itens avaliados. Faz-se necessário que as instituições de ensino viabilizem práticas que favoreçam a saúde de seus trabalhadores, visto que iniciativas dessa natureza são economicamente mais interessantes do que a remediação dos efeitos de eventuais transtornos mentais que possam afligi-los. Ao agirem dessa forma, as instituições irão se mostrar socialmente comprometidas com a integridade física e mental de seus docentes.

Palavras-chave: Enfermagem. Universidades. Docentes de Enfermagem. Ansiedade. Depressão. Autoestima.

## ABSTRACT

TERRA, F. S. **Evaluation of anxiety, depression and self-esteem in nursing faculty of public and private universities.** 2010. 258 p. Dissertation (Doctoral). University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

This descriptive, correlational, cross-sectional and quantitative study evaluated the presence of anxiety, depression and self-esteem in 71 nursing faculty of a public and a private university in the city of Alfenas, state of Minas Gerais, Brazil and to compare the measures presented by the two groups (39 faculty members from the public university and 32 from the private university). Data collection was carried out at the end of the first semester of 2010, after approval by the Research Ethics Committee. Four instruments were used in the study, a semi-structured questionnaire with sociodemographic, labor activity and life habits variables; the Beck Anxiety Inventory; Beck Depression Inventory; and Rosenberg Self-esteem Scale. Data were analyzed in a statistical program, with descriptive and inferential analysis, as well as the assessment of the internal consistency of the scales. The results showed predominance of female professors, aged 31-40, catholic, married, monthly income of 4.001-6.000 reais, home owners, nursing graduates, with master's degree, 6-10 years of professional teaching, and 1-5 years in the present job. Some of the professors perform physical exercises weekly; others are sedentary. Only few are tobacco smokers, and most abstain from alcohol, do not present chronic disease and do not take daily medication. The occurrence of marking events in life and teaching career was frequent. Most of the subjects presented minimal anxiety, absence of depression, and high self-esteem; but some were classified as having light, mild or severe anxiety; light or severe depression; and medium or low self-esteem. The nursing professors of the private university presented higher medians of anxiety and depression scores, and lower medians of self-esteem scores. In depression, the variable "use of daily medication", and, in self-esteem, the variables "occurrence of marking events in life and teaching career" had a statistically significant association with such measurements. The three scales exhibited high values of the Cronbach's alpha coefficient and their internal consistency was considered very good and acceptable for the items evaluated. Schools need to provide practices that enhance their workers' health, once initiatives as such are economically more interesting than the remediation of the workers' eventual mental disorders. In so doing, schools will show themselves socially committed to the physical and mental integrity of their faculty.

Keywords: Nursing. University. Nursing professors. Anxiety. Depression. Self-esteem.

## RESUMEN

TERRA, F. S. **Evaluación de la ansiedad, depresión y autoestima en profesores de enfermería de universidades pública y privada.** 2010. 258 p. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

Este estudio descriptivo, correlacional, transversal y cuantitativo evaluó la presencia de ansiedad, depresión y autoestima en 71 profesores de enfermería, 39 de una universidad pública y 32 de universidad privada, y comparó las medidas presentadas por los dos grupos. La investigación fue desarrollada en la ciudad de Alfenas, estado de Minas Gerais, Brasil. Los datos fueron recolectados en el final del primer semestre del 2010, después de aprobación por el Comité de Ética em Pesquisa. Cuatro instrumentos fueron utilizados en la investigación: cuestionario semi-estructurado con variables sociodemográficas, de actividades laborales y hábitos de vida; el Inventario de Ansiedad de Beck; el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Fue realizado análisis descriptivo y deductivo de los datos en un programa estadístico, y realizada evaluación de la consistencia interna de las escalas. Los resultados demostraron el predominio de profesores del sexo femenino, 31-40 años de edad, católicos, casados, con renta mensual de 4.001-6.000 reais, casa propia, graduados en enfermería, con maestría, 6-10 años de enseñanza profesional, y 1-5 años en el actual trabajo. Algunos de los profesores realizan ejercicios físicos semanalmente; otros son sedentarios. Solamente pocos son fumadores de tabaco, y la mayoría se abstiene del alcohol, no tienen ninguna enfermedad crónica y no toma medicación diaria. La ocurrencia de acontecimientos sobresalientes en la vida o en la carrera de enseñanza fue frecuente. La mayor parte de los sujetos presentaron ansiedad mínima, ausencia de depresión, y elevada autoestima; pero algunos fueron clasificados como teniendo ansiedad leve, moderada o severa; depresión ligera o severa; y autoestima media o baja. Los profesores de enfermería de la universidad privada presentaron medianas más altas en las puntuaciones de ansiedad y de depresión, y medianas más bajas en las puntuaciones de la autoestima. En la depresión, la variable "uso de medicación diaria", y, en la autoestima, las variables "ocurrencia de los acontecimientos sobresalientes en la vida y carrera de enseñanza" tuvieron una asociación estadística significativa con estas medidas. Las tres escalas mostraron elevados valores del coeficiente alfa de Cronbach, y su consistencia interna fue considerada muy buena y aceptable para los puntos evaluados. Las escuelas necesitan proporcionar prácticas que favorezcan la salud de sus trabajadores, una vez que estas iniciativas son económicamente más interesantes que el intento de remediar los efectos de los trastornos mentales eventuales de los trabajadores. Actuando de esta manera las escuelas demostrarán que están socialmente comprometidas con la integridad física y mental de sus profesores.

Palabras Clave: Enfermería. Universidad. Docentes de enfermería. Ansiedad. Depresión. Autoestima.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Aspectos mensurados pelas escalas de avaliação de ansiedade..	68
Quadro 2 - Teorias da Autoestima.....	77
Figura 1 - Análise multivariada por meio do método árvore de decisão (algoritmo CART) buscando fatores associados à ansiedade. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	134
Figura 2 - Análise multivariada por meio do método árvore de decisão (algoritmo CART) buscando fatores associados à depressão. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	143
Figura 3 - Análise multivariada por meio do método árvore de decisão (algoritmo CART) buscando fatores associados à autoestima. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	152

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo as variáveis sexo, faixa etária, crença religiosa, estado civil, renda familiar mensal, número de filhos e tipo de moradia. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	99
Tabela 2 –	Estatística descritiva segundo as variáveis idade e renda familiar (contínuas). Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	101
Tabela 3 –	Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme as variáveis formação universitária, titulação e se possui mais de um curso de graduação. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	102
Tabela 4 –	Distribuição dos docentes de Enfermagem de acordo com as variáveis tempo de formado (graduação), tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	103
Tabela 5 –	Estatística descritiva das variáveis tempo de formado (graduação), tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	104
Tabela 6 –	Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo o tipo de contrato na IES, a carga horária semanal de trabalho na instituição (regime de trabalho) e plano de carreira na IES que trabalha. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010...	105
Tabela 7 –	Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme a existência de outro tipo de emprego (trabalho fixo) além da atividade de docência, atividade desenvolvida e carga horária semanal. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	106
Tabela 8 –	Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo a prática de exercícios físicos. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	107
Tabela 9 –	Distribuição dos docentes de Enfermagem de acordo com o tabagismo e a quantidade de cigarros consumidos por dia. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	108
Tabela 10 –	Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme o consumo de bebida alcoólica e a frequência desse consumo. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	109

Tabela 11 – Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo a presença e a quantidade de doenças crônicas. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	110
Tabela 12 – Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme o uso de medicamentos diários, quantidade e grupo farmacológico. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	111
Tabela 13 – Distribuição dos docentes de Enfermagem de acordo com a ocorrência e quantidade de eventos marcantes na vida. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	112
Tabela 14 – Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme a ocorrência e quantidade de eventos marcantes na carreira de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	113
Tabela 15 – Distribuição dos docentes de Enfermagem de acordo com as respostas referentes à frequência de sintomas de ansiedade. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	114
Tabela 16 – Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme a classificação da ansiedade baseada nos pontos de corte. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	116
Tabela 17 – Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo os grupos de afirmações referentes à depressão. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	118
Tabela 18 – Distribuição dos docentes de Enfermagem de acordo com a classificação da depressão baseada nos pontos de corte. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	121
Tabela 19 – Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo as respostas das afirmativas referentes à autoestima. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	122
Tabela 20 – Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme a classificação da autoestima baseada nos pontos de corte. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	123
Tabela 21 – Avaliação da consistência interna por meio da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach em cada instrumento (ansiedade, depressão e autoestima). Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	124
Tabela 22 – Comparação entre as medidas (escores contínuos) de ansiedade, depressão e autoestima dos docentes de enfermagem da universidade A com as medidas apresentadas pelos docentes de enfermagem da universidade B, Alfenas-MG, 2010.....	125

Tabela 23 –	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis tipo de universidade, sexo, faixa etária, crença religiosa, estado civil, renda familiar mensal, número de filhos e tipo de moradia. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	127
Tabela 24 –	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis formação universitária, titulação e se possui mais de um curso de graduação. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	128
Tabela 25 –	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis tempo de formado (graduação), tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	129
Tabela 26 –	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis tipo de contrato de trabalho na IES, carga horária semanal de trabalho na instituição (regime de trabalho), plano de carreira na IES que trabalha e outro trabalho fixo além da atividade de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	130
Tabela 27 –	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, presença de doença crônica e uso de medicamentos diários. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	131
Tabela 28 –	Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo a ocorrência de evento marcante na vida ou na carreira de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	132
Tabela 29 –	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis tipo de universidade, sexo, faixa etária, crença religiosa, estado civil, renda familiar mensal, número de filhos e tipo de moradia. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	136
Tabela 30 –	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis formação universitária, titulação e se possui mais de um curso de graduação. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	137
Tabela 31 –	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis tempo de formado (graduação), tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	138

Tabela 32 –	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis tipo de contrato na IES, carga horária semanal de trabalho na instituição (regime de trabalho) e plano de carreira na IES que trabalha e outro trabalho fixo além da atividade de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	139
Tabela 33 –	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, presença de doença crônica e uso de medicamentos diários. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	141
Tabela 34 –	Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo a ocorrência de evento marcante na vida ou na carreira de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	142
Tabela 35 –	Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo as variáveis tipo de universidade, sexo, faixa etária, crença religiosa, estado civil, renda familiar mensal, número de filhos e tipo de moradia. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	145
Tabela 36 –	Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo as variáveis formação universitária, titulação e se possui mais de um curso de graduação. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	146
Tabela 37 –	Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo as variáveis tempo de formado (graduação), tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	147
Tabela 38 –	Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo as variáveis tipo de contrato na IES, carga horária semanal de trabalho na instituição (regime de trabalho), plano de carreira na IES que trabalha e outro trabalho fixo além da atividade de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	148
Tabela 39 –	Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo as variáveis prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, presença de doença crônica e uso de medicamentos diários. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	149

Tabela 40 –	Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo a ocorrência de evento marcante na vida ou na carreira de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	150
Tabela 41 –	Análise multivariada dos fatores associados à autoestima segundo modelo de regressão logística binária. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.....	151

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck / Beck Anxiety Inventory
BDI-I	Inventário de Depressão de Beck / Beck Depression Inventory
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CART	Classification and Regression Tree / Árvore de Classificação e Regressão
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DPM	Distúrbios Psíquicos Menores
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
GRS	Gerência Regional de Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PET	Programa de Educação Tutorial
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador

RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RO	Riscos Ocupacionais
SEESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SPSS	Software Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
UNIFAL-MG	Universidade Federal de Alfenas – Minas Gerais
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	20
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	28
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES</b> .....	30
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	32
4.1	Objetivo geral.....	33
4.2	Objetivos específicos.....	33
<b>5</b>	<b>MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA</b> .....	34
5.1	O trabalho e a saúde do trabalhador.....	35
5.2	A universidade e a docência.....	42
5.3	Riscos ocupacionais.....	53
5.3.1	Riscos psicossociais.....	60
5.4	Ansiedade.....	63
5.5	Depressão.....	69
5.6	Autoestima.....	74
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	80
6.1	Tipo de estudo.....	81
6.2	Local de estudo.....	81
6.3	População de estudo.....	83
6.4	Período de investigação.....	83
6.5	Aspectos éticos.....	84
6.6	Instrumentos para coleta de dados.....	84
6.6.1	Questionário para caracterização da amostra, dados sobre a atividade laboral e hábitos de vida.....	85
6.6.2	Inventário de Ansiedade de Beck / Beck Anxiety Inventory (BAI).....	86
6.6.3	Inventário de Depressão de Beck / Beck Depression Inventory (BDI-I)..	88
6.6.4	Escala de Autoestima de Rosenberg.....	91
6.7	Procedimentos de coleta.....	93
6.8	Análise dos dados.....	94

<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	98
7.1	Análises descritivas com comparação entre as universidades A e B.....	99
7.2	Avaliação da consistência interna das escalas e comparação dos escores contínuos das medidas de ansiedade, depressão e autoestima entre as universidades.....	124
7.3	Análise dos fatores associados à ansiedade.....	126
7.3.1	Análise univariada.....	126
7.3.2	Análise multivariada.....	133
7.4	Análise dos fatores associados à depressão.....	135
7.4.1	Análise univariada.....	135
7.4.2	Análise multivariada.....	142
7.5	Análise dos fatores associados à autoestima.....	144
7.5.1	Análise univariada.....	144
7.5.2	Análise multivariada.....	151
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	153
<b>9</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	200
<b>10</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	203
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	208
	<b>APÊNDICES</b> .....	242
	APÊNDICE A - Carta de Autorização da Instituição A.....	243
	APÊNDICE B - Carta de Autorização da Instituição B.....	244
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	245
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Para o juiz (Validação de Aparência).....	246
	APÊNDICE E - Questionário.....	247
	APÊNDICE F - Formulário de avaliação dos juízes (Validação de Aparência)...	250
	<b>ANEXOS</b> .....	252
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	253
	ANEXO B - Inventário de Ansiedade de Beck.....	254
	ANEXO C - Inventário de Depressão de Beck.....	255
	ANEXO D - Escala de Autoestima de Rosenberg.....	258

# ***1 INTRODUÇÃO***



A motivação para o desenvolvimento de atividades de pesquisa veio se desenvolvendo desde a inserção do autor, no ano de 2001, no curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG).

Ao final do primeiro ano na academia, buscou pela iniciação científica, tendo sido aprovado em primeiro lugar no Processo Seletivo para Bolsistas do Programa de Educação Tutorial (PET), permanecendo no Programa por três anos até a conclusão do curso de Enfermagem. Nessa etapa foi possível desenvolver pesquisas, participar de eventos científicos, com apresentação dos resultados dos estudos, ministrar seminários ao corpo discente da Universidade, assim como compartilhar experiências e vivências com os demais bolsistas e docentes da Universidade e de outras Instituições de Ensino Superior (IES).

O envolvimento com o grupo PET conferiu ao autor grande estímulo no direcionamento da vida acadêmica e despertou-lhe interesse no caminho da docência.

Com o início dos Estágios Curriculares e a inserção do aluno nos campos de atuação profissional, principalmente na área hospitalar, foi possível a percepção da riqueza e da necessidade de investigações (pesquisas) no que se refere aos recursos humanos e à correlação da saúde nas atividades trabalhistas. Dessa forma, mobilizou-se a realizar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na temática da Saúde do Trabalhador, desenvolvendo uma pesquisa intitulada “A jornada de trabalho noturna: implicações na saúde do trabalhador de Enfermagem”. Durante o desenvolvimento dessa investigação foi possível realizar a sua apresentação em eventos nacionais e internacionais e em publicações em Revistas Científicas.

Em 2005, ingressou na Unifal-MG, após Processo Seletivo para Professor Substituto, para exercer atividades de ensino, pesquisa e extensão, onde permaneceu por um ano e meio. Durante esse período pode aprimorar seus conhecimentos e conhecer estratégias pedagógicas para o processo de ensino-aprendizagem que articulam na execução dessas atividades. Na área da Saúde do Trabalhador, coorientou um TCC intitulado “Os fatores estressores na função gerencial do enfermeiro”, o qual também foi apresentado em eventos nacionais e internacionais.

Por estar trabalhando em Alfenas-MG, foi possível dar continuidade ao exercício da docência e iniciar a Pós-graduação com a inserção no Mestrado Multidisciplinar na Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), IES privada

situada neste município, conciliando, assim, o trabalho com a possibilidade de gerar recursos para financiar este estudo.

O tema da dissertação versou sobre a qualidade de vida e a adesão ao tratamento farmacológico de uso diário de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise (TERRA, 2007).

Por conseguinte, apesar de o Mestrado ser em outra temática, sentiu-se estimulado, pelas referências encontradas durante o desenvolvimento da pesquisa, a dar continuidade e ampliar seus conhecimentos na área da Saúde do Trabalhador. Assim, motivado pelo excelente conceito do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), buscou pela inserção no Curso de Doutorado para construir seu caminho como pesquisador no desenvolvimento de investigações científicas nessa temática.

Com isso, será possível dar continuidade às atividades de ensino, de pesquisa e de extensão nas IES do município de origem e criar grupos de pesquisas que trabalhem esse assunto, uma vez que nas Universidades desse município não existem Cursos *Stricto Sensu*, nem grupos de pesquisas que abordem o tema Saúde do Trabalhador. Ressalta-se também que, com a inserção nesses grupos, será possível a ampliação de investigações com trabalhadores de Alfenas e microrregiões e a realização de projetos colaborativos com outras Universidades que possuam a mesma linha de pesquisa.

A opção pela temática é também relacionada à sua trajetória profissional na área da docência, na qual atua desde a sua formação acadêmica. Durante seis anos, a convivência estreita com os docentes das IES fez com que presenciasse situações envolvendo o adoecimento mental desses trabalhadores. Daí surgiram as inquietações do autor sobre o trabalho desenvolvido por eles, associando as condições em que este é realizado e os riscos psicossociais aos quais os docentes estão expostos, ou seja, as alterações psíquicas, como a presença de ansiedade, depressão e autoestima baixa, decorrentes da atividade laboral exercida por esses profissionais na universidade.

Assim, o estudo idealizado tem como pretensão, em seu desenvolvimento, a aderência à linha de pensamento em que se vinculam as questões em torno do trabalho, como parte da promoção da saúde do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

O estudo do processo saúde-doença do trabalhador, em termos conceituais, tem evoluído da Medicina do Trabalho, em que o enfoque principal da determinação do processo saúde-doença é o individual, biologicista, para a Saúde Ocupacional, cuja abordagem é mais ambiental e que, por sua vez, difere da Saúde do Trabalhador, cujo entendimento é a determinação social desse processo (LAURELL, 1983; MENDES; OLIVEIRA, 1995).

Enquanto a Medicina do Trabalho está voltada primordialmente para o tratamento da doença e para a recuperação da saúde, a Saúde Ocupacional aborda mais os aspectos relacionados aos agentes ambientais e sem excluir aqueles referentes ao tratamento, prioriza a prevenção da doença, ou seja, acredita que controlando os agentes ambientais reduz a sua ação sobre o trabalhador (MENDES; DIAS, 1991; SILVA, 1996a).

Por sua vez, a Saúde do Trabalhador procura compreender o homem não na condição de objeto, mas de sujeito na atenção à sua saúde, privilegiando as ações de promoção da saúde sem, entretanto, negar a necessidade de prevenir novas doenças e de tratar os que estão doentes; entende que há uma hierarquia entre as múltiplas causas das doenças, umas determinando as outras. Assim, a Saúde do Trabalhador propõe ações direcionadas à proteção, recuperação e promoção da saúde de forma integrada, diferentemente das abordagens anteriores (MENDES; OLIVEIRA, 1995).

No Brasil, a emergência da Saúde do Trabalhador pode ser identificada no início dos anos 80, no contexto da transição democrática, em sintonia com o que ocorre no mundo ocidental. O objeto da Saúde do Trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão desse processo (como e por que ocorre) e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica (MENDES; DIAS, 1991).

A denominação Saúde do Trabalhador aparece também incorporada na nova Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990) que estabelece sua conceituação e define as competências do Sistema Único de Saúde nesse campo (BRASIL, 1990).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador apoia-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos, nos diversos níveis da relação entre o trabalho e a saúde. Ela

compreende uma situação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde, relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (BRASIL, 1998).

O mundo do trabalho é, então, complexo, multifacetado, composto de uma variedade de fatores de risco que podem ou não influenciar a saúde dos trabalhadores.

Do ponto de vista etimológico, a palavra trabalho origina-se do latim *tripaliare*, que significa torturar. O termo é derivado de *tripalium* (instrumento de tortura composto por três pontas). Da ideia inicial de sofrer, passou-se para a de esforçar-se, lutar, pugnar e, por fim, trabalhar (CUNHA, 1986). Ele é a dimensão ontológica do ser social, uma vez que é por meio dele que o homem realiza sua intenção na natureza. Essa intenção é identificada no processo ao mesmo tempo em que a realidade é transformada (POLATO, 2004).

Atualmente, exige-se cada vez mais do trabalhador, forçando-o à adoção de posturas que confirmam um desempenho máximo com o mínimo de tempo, refletindo em menos dedicação à sua vida e aos cuidados com a saúde (FARIAS, 2004).

Dessa forma, o desgaste do trabalhador expressa-se “nas transformações negativas originadas nos processos biopsíquicos humanos, ou seja, é a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica” (LAURELL, 1983, p. 136). É importante a abordagem da capacidade efetiva e/ou potencial uma vez que os processos biopsíquicos, pelo seu caráter histórico, não são estáticos e, sim, dinâmicos, tornando sem sentido a tentativa de visualizar uma condição ideal ótima e conceituar o desgaste como um desvio dessa condição. O desgaste, portanto, pode ser a destruição abrupta ou lenta de órgãos, assim como a impossibilidade do trabalhador em desenvolver sua potencialidade biológica ou psíquica (LAURELL, 1983; LAURELL; NORIEGA, 1989).

Para Wisner (1994), o trabalho tem três aspectos: o físico, o cognitivo e o psíquico e cada um destes pode gerar uma sobrecarga. A dimensão psíquica pode ser definida pelos níveis de conflito (sejam conscientes ou inconscientes) envolvendo a relação entre a pessoa (Ego) e a organização laboral. Essa dimensão, ora está oculta, ora está presente e ela leva o indivíduo a um certo grau de

sofrimento mental. Os sinais de sofrimento psíquico estão presentes na expressão verbal, no comportamento e podem levar a enfermidade psicossomática.

Diante desse fato, o trabalho, como construtor de identidade e inclusão social, atua sobre o sujeito, interferindo na sua vida como um todo, inclusive na relação saúde-doença. Dessa forma, torna-se perigoso para o aparelho psíquico do trabalhador quando se opõe à sua livre atividade. O bem-estar, em matéria de carga psíquica, não advém só da ausência de funcionamento, mas, pelo contrário, de um livre funcionamento, articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa, expresso, por sua vez, na própria tarefa e revigorado por ela (LIEDKE, 2002; DEJOURS; ABDOUCHELY; JAYET, 2007; ASSIS; MACEDO, 2008).

Ambientes de trabalho de elevado desgaste ao trabalhador são aqueles considerados com altas demandas psicológicas. Nesses locais, são esperadas, acima da média, manifestações de desgaste mental, que incluem a fadiga, a ansiedade, a depressão, além de manifestações de desgaste físico. Seriam expressões da autonomia limitada ou restringida, frente aos estressores do trabalho (MENDES, 2003).

Salienta-se que se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante e, se opõe a essa diminuição, é fatigante. Quando a via de descarga mental está fechada, a energia psíquica acumula-se, tornando-se fonte de tensão e desprazer, uma vez que essa carga cresce até que apareça a fadiga, a astenia, a ansiedade, a depressão, relacionada à autoestima baixa e, a partir daí, surge a patologia (DEJOURS; ABDOUCHELY; JAYET, 2007).

Nos últimos anos, constatou-se um interesse crescente por questões relacionadas aos vínculos entre trabalho e saúde/doença mental. Tal interesse é consequência, em parte, do número crescente de transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho que se verifica nas estatísticas oficiais e não oficiais. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), os chamados transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e, os transtornos mentais graves, cerca de 5 a 10%. No Brasil, segundo estatísticas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), referentes apenas aos trabalhadores com registro formal, os transtornos mentais ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefício previdenciário como auxílio doença, afastamento do trabalho por mais de 15 dias e aposentadorias por invalidez (BRASIL, 2005b).

No contexto da docência e da universidade, o trabalho docente é tido como uma atividade, em que este profissional possui autonomia para gerenciar a sua forma de organização. Entretanto, os procedimentos adotados para efetivá-la desconsideram as questões da subjetividade destes trabalhadores, individual e/ou coletivamente, podendo assim desencadear-lhes sofrimento mental no trabalho (SELLIGMANN-SILVA, 1994).

Dessa forma, as várias situações presentes nesse ambiente laboral, citadas frequentemente pelos docentes, como o trabalho repetitivo, o ambiente estressante, o ritmo acelerado, a fiscalização contínua e a pressão da direção/chefia, podem tornar-se nocivas aos trabalhadores, dependendo da sua intensidade e, também, do tempo de contato dos indivíduos com as mesmas (LOPES; SPINDOLA; MARTINS, 1996; DELCOR et al., 2004; REIS et al., 2005).

Portanto, nesses locais de trabalho, ou seja, na academia, há uma multiplicidade de fatores/agentes de riscos psicossociais que podem favorecer a ocorrência de acidentes de trabalho e adoecimentos entre os trabalhadores. (CARAN, 2007).

Esses riscos, que geralmente estão relacionados com a forma como o trabalho é concebido, organizado e gerido, bem como com o seu contexto econômico e social, podem ser agrupados em cinco fatores: 1) as novas formas de contratos de trabalho e a insegurança no emprego, uma vez que trabalhar em mercados de trabalho instáveis pode suscitar sentimentos de insegurança no emprego; 2) a mão-de-obra em envelhecimento; 3) a intensificação do trabalho, ou seja, muitos trabalhadores lidam com quantidades de informação cada vez maiores e têm de fazer face a maiores volumes de trabalho, bem como a uma maior pressão no emprego; 4) as exigências emocionais elevadas no trabalho; e 5) a difícil conciliação entre a vida profissional e a vida privada, sendo que, muitas vezes, os problemas profissionais podem repercutir na vida privada das pessoas (FACTS, 2002a).

Com isso, ressalta-se que a carga psíquica do trabalho está articulada principalmente às exigências ou pressões laborais cotidianas, situação comum entre os docentes universitários e resulta da confrontação do desejo do trabalhador à injunção do empregador. Em geral, essa carga pode causar o sofrimento, e desencadear algumas perturbações (DEJOURS; ABDOUCHELY; JAYET, 2007).

Dentre essas perturbações, podem ser citadas: angústia, ansiedade e emoção (que são afetos psíquicos); traduções somáticas, como palpitações, hipertensão arterial, tremores, sudorese, parestesias, câimbras, desidratação das mucosas, hiperglicemia, aumento do cortisol sanguíneo e poliúria. Tais observações clínicas mostram claramente que há uma circulação entre os setores psíquico e somático. Salienta-se também que o medo, a ansiedade, a depressão, a baixa autoestima, a angústia no trabalho, mas também a frustração e a agressividade podem aumentar as cargas cardiovasculares, musculares e digestivas (DEJOURS; ABDOUCHELY; JAYET, 2007).

É relevante mencionar que, muitas vezes, esses trabalhadores com alterações na saúde, quer físicos e/ou mentais, transferem seus problemas para o trabalho, os quais podem ocasionar atrasos, faltas, descuido com o material e queda na qualidade do produto executado, tornando-se extremamente preocupantes (MOURA, 1992; INOUEI et al., 2008).

Em virtude das condições desfavoráveis presentes no ambiente laboral, os trabalhadores acabam por buscar meios de compensar o sofrimento, tornando-se resistentes e adotando posturas defensivas. Tornam-se indiferentes ao processo laboral, optando pela fuga ao trabalho, que pode ocorrer por meio de atestados, licenças médicas ou simplesmente por faltas injustificadas que afetam os próprios trabalhadores, bem como as organizações, comprometendo os resultados finais dos serviços (ALVES, 1996).

Por fim, para que a execução das atividades não acarrete danos à saúde dos trabalhadores, condições adequadas de trabalho são necessárias. Em termos gerais, essas condições representam o conjunto de fatores capaz de determinar a conduta do trabalhador. Esses fatores são constituídos pelas exigências definidoras do trabalho objetivo, com seus critérios de avaliação e condições de execução propriamente ditas, aí incluídas as regras de sua utilização, a organização do trabalho, a remuneração e o ambiente (LEPLAT, 1978; ZAPAROLLI; MARZIALE, 2006).

## ***2 JUSTIFICATIVA***



As condições de trabalho dos docentes, ou seja, as circunstâncias sob as quais eles mobilizam as suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para atingir os objetivos da produção escolar, podem gerar alterações em suas funções psicofisiológicas. Se não há tempo para a recuperação, são desencadeados os sintomas clínicos de ansiedade e depressão, podendo ocasionar alterações em sua autoestima (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

No Brasil, poucas são as pesquisas sobre a avaliação da repercussão do trabalho sobre a saúde em categorias de trabalhadores em que os fatores de risco são menos visíveis, como por exemplo, os professores (CARVALHO; ALEXANDRE, 2006). Para Alexander (2001), a escola é uma indústria complexa que envolve diversas atividades que potencializam a ocorrência de problemas de saúde. Vale ressaltar que, no exercício profissional da atividade docente, encontram-se presentes diversos estressores psicossociais, alguns relacionados à natureza de suas funções, outros relacionados ao contexto institucional e social onde estas são exercidas (universidade pública versus universidade privada).

Em face dessas considerações e em virtude do reduzido número de estudos internacionais e, principalmente, nacionais, referentes aos sintomas da ansiedade e depressão e da autoestima de docentes de Enfermagem e sua relação entre universidades privada e pública, optou-se em realizar este estudo com o intuito de um aprofundamento no assunto, a fim de favorecer a instrumentalização e propiciar subsídios para a criação de critérios que possam minimizar os sintomas de ansiedade e depressão geradas pelo trabalho na docência em Enfermagem e, assim, alterarem a autoestima de professores, bem como ajudá-los a compreender os enfrentamentos que tragam um desenvolvimento mais saudável ao cotidiano do trabalho na docência.

## ***3 HIPÓTESES***



Este estudo apresenta as seguintes hipóteses:

1. As medidas de ansiedade, depressão e autoestima dos docentes de Enfermagem das universidades pública e privada são diferentes.
2. Existe associação entre as variáveis tipo de universidade; sexo; idade; crença religiosa; estado civil; renda familiar mensal; número de filhos; tipo de moradia; formação universitária; possui mais de um curso de graduação; titulação; tempo de formado na graduação, de trabalho na docência e de trabalho na atual IES; tipo de contrato de trabalho na IES; carga horária semanal (regime de trabalho); plano de carreira; outro trabalho fixo além da atividade de docência; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; doenças crônicas; uso de medicamentos diários e ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência com as medidas de ansiedade, depressão e autoestima dos docentes de Enfermagem de universidades privada e pública.

## ***4 OBJETIVOS***



Esta pesquisa teve como objetivos:

#### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a presença de ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades pública e privada de um município do Sul do Estado de Minas Gerais e comparar as medidas apresentadas pelos dois grupos de professores.

#### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Mensurar a ansiedade apresentada pelos docentes de Enfermagem de universidades pública e privada;
2. Mensurar a depressão apresentada pelos docentes de Enfermagem de universidades pública e privada;
3. Mensurar a autoestima apresentada pelos docentes de Enfermagem de universidades pública e privada;
4. Comparar as medidas de ansiedade, depressão e autoestima dos docentes de Enfermagem da universidade pública com as medidas apresentadas pelos docentes de Enfermagem da universidade privada;
5. Avaliar a associação entre as variáveis tipo de universidade; sexo; idade; crença religiosa; estado civil; renda familiar mensal; número de filhos; tipo de moradia; formação universitária; possui mais de um curso de graduação; titulação; tempo de formado na graduação, de trabalho na docência e de trabalho na atual IES; tipo de contrato de trabalho na IES; carga horária semanal (regime de trabalho); plano de carreira; outro trabalho fixo além da atividade de docência; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; doenças crônicas; uso de medicamentos diários e ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência com as medidas de ansiedade, depressão e autoestima dos docentes de Enfermagem de universidades pública e privada.

## ***5 MARCO TEÓRICO DE REFERÊNCIA***

---

---

## 5.1 O TRABALHO E A SAÚDE DO TRABALHADOR

Entende-se como trabalho os processos produtivos organizados ou informais, urbanos ou rurais e por saúde as mudanças no potencial máximo de vida dos trabalhadores e de seus descendentes, da população exposta aos contaminantes oriundos direta ou indiretamente do processo de trabalho. Esse, como um processo histórico e social, é determinado pelos modos de produção da sociedade (PINHEIRO; RIBEIRO; MACHADO, 2005; ASSIS; MACEDO, 2008).

O trabalho sempre foi importante na vida das pessoas, seja como fator de crescimento e realização pessoal ou, em uma visão menos idealizada, como meio de sobrevivência. Por suas determinações históricas e econômicas, ele pode ser compreendido como organizador da vida social, embora estabeleça caminhos para a dominação cultural, social e econômica e para a submissão do trabalhador ao capital. Para um conjunto de pessoas, é reservado o direito de pensar e planejar; para outros, cabe apenas a execução, sendo esses, via de regra, pertencentes à base da pirâmide social (ALVES, 1996).

Quando o trabalhador se sente comprometido com o trabalho, ele é enriquecido pela excitação que os desafios provocam, pela satisfação com a atividade laboral bem realizada, pelo prazer que trazem os relacionamentos com os outros, e pelo orgulho de colocar seus valores em ação (MASLACH; LEITER, 1999).

Também vale mencionar que o labor é uma atividade que pode ocupar grande parcela do tempo de cada indivíduo e do seu convívio em sociedade, sendo que nem sempre possibilita realização profissional, e pode causar problemas desde insatisfação até exaustão (DEJOURS, 1992).

Nesse contexto, a análise da relação capital/trabalho revela contradições, uma vez que o mesmo trabalho que dignifica, confere *status* e reconhecimento ao ser humano, pode ser também fonte de sofrimento, de desequilíbrio físico e mental, de dor e de frustração. Assim, as condições de trabalho tornam-se insalubres, a ponto de agredir a dignidade dos trabalhadores, caracterizando uma prática laboral incompatível com a qualidade de vida (ALVES; GODOY, 2001; REZENDE, 2003). Para tanto, os efeitos nocivos sobre o corpo, vinculados ao trabalho, passam, em primeiro lugar, pelo aparelho psíquico, o qual expressa o sofrimento e a insatisfação (SILVA, 1995).

As relações entre trabalho e saúde do trabalhador conformam um mosaico que se caracteriza por diferentes formas de organização e gestão, de relações e formas de contrato de trabalho, que refletem sobre o viver, o adoecer e o morrer do trabalhador. A partir do processo de reestruturação produtiva na década de 90, pouco se sabia sobre a influência da adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais sobre a saúde do trabalhador. Estes facilitam a intensificação do trabalho que, aliada à instabilidade no emprego, trazem modificação no perfil de adoecimento e no sofrimento dos trabalhadores e possibilitam aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho e ao elevado índice de absenteísmo por doença (BRASIL, 2001).

É notório enfatizar que o trabalho deveria ser considerado como uma atividade criativa e prazerosa na vida dos indivíduos, o qual poderia favorecer o desenvolvimento das habilidades físicas e mentais, além de melhorar a qualidade de vida com base em uma remuneração adequada. Espera-se também que o horário de trabalho seja compatível com a saúde do trabalhador e que proporcione tranquilidade e alegria para a sua vida e a de sua família. Entretanto, a realidade concretiza-se de forma muito diferente, ou seja, o ambiente das organizações de trabalho apresenta, em seu cotidiano, trabalhadores que vendem o único bem disponível, a sua força de trabalho, em troca de sobrevivência e, com isso, constitui-se em um cenário privilegiado para a observação de conflitos gerados em seu interior (ALVES, 1996; KRETLY, 2002).

A realidade é que pouco se sabe sobre como o trabalhador se sente frente ao trabalho em si, suas relações com colegas, chefias, sistemas de salários e benefícios. Certamente, a compatibilização dessas expectativas com as necessidades organizacionais torna-se um desafio diante de obstáculos que se apresentam como longas jornadas laborais, condições de insalubridade do ambiente de trabalho; baixa remuneração; duplo emprego e tensão emocional. Esses obstáculos podem desencadear o absenteísmo, sendo essa situação preocupante, uma vez que desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga nos trabalhadores presentes, diminuindo a qualidade da atividade realizada (SILVA; MARZIALE, 2000).

Estudos recentes sugerem que a relação entre saúde e trabalho requer uma compreensão abrangente do trabalhador e do seu processo saúde-doença, bem como das condições e da organização laborais. Para isso, há que se buscar

caminhos metodológicos que possibilitem evidenciar os sentidos latentes e a pluralidade de sentidos no trabalho, ou seja, ver o mundo pelos olhos dos próprios trabalhadores e se colocar no lugar deles a fim de procurar, pelos seus motivos, compreender as suas razões, possibilidades de ação, critérios de decisão e compromissos entre objetivos conflitantes (GONÇALVES; PENTEADO; SILVÉRIO, 2005; SCHWARZ; CIELO, 2005).

Assim, o conceito do processo saúde-doença é a resposta produzida nos diferentes grupos sociais pela exposição aos riscos (fatores desgastantes) e potencialidades (fatores favoráveis), que manifesta diferentes perfis ou padrões de saúde-doença. Esse processo é gerado em dois momentos: o momento produtivo e o momento de consumo. O primeiro refere-se ao processo de trabalho, acrescido de todas as relações que nele se desenvolvem e o segundo refere-se à vida social, cultural e aos valores do indivíduo (ROCHA; FELLI, 2004).

Também é fundamental o entendimento do termo saúde do trabalhador, que, em seu conceito mais amplo, envolve aspectos físicos, mentais e sociais. Dessa forma, esses riscos mais sutis para a saúde não podem ser compreendidos com base na ótica estreita da Medicina do Trabalho, que busca sempre uma conexão direta com acidentes e doenças profissionais. Na verdade, é um outro tipo de relação que tem profunda repercussão sobre a vida e a saúde dos trabalhadores, especialmente em sua vida psíquico-social (OLIVEIRA, 1997).

O Ministério da Saúde buscou um conceito ampliado de Saúde do Trabalhador ao afirmar que:

[...] refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações do trabalho e o processo saúde-doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico (BRASIL, 2002a, p. 7).

Caracteriza-se como uma prática em construção no espaço da saúde pública e representa um esforço de compreensão do processo-doença e sua relação com o trabalho. Assim, a saúde do trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas igualmente, de resistência, de constituição e do fazer histórico. Nessa história, os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de

pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade (MENDES; DIAS, 1991).

O próprio conceito de trabalhador proposto pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) marca uma tentativa de consolidar uma concepção ampliada, atenta às especificidades das relações do mundo do trabalho contemporâneo. A proposta da PNSST define as diretrizes, as responsabilidades institucionais e os mecanismos de financiamento e gestão, de acompanhamento e controle social e de busca a superação da fragmentação, desarticulação e superposição das ações implementadas pelos setores Trabalho, Previdência Social, Saúde e Meio Ambiente (BRASIL, 2004).

Vale relatar que a preocupação com a saúde dos trabalhadores foi tomando forma física na década de 70, de modo a contribuir para a redução dos acidentes e para assistência ao trabalhador. Entretanto, somente a partir de 1980, começou-se a dar emergência à saúde do trabalhador no Brasil, inserida no contexto da transição democrática (MENDES, 1995). Complementando, a saúde do trabalhador ganha importância na medida em que a ocorrência de acidentes ou de doenças, além de apresentar uma diminuição da produtividade e dos custos adicionais de produção, pode prejudicar a imagem da empresa no mercado (SCOPINHO, 2004).

No Brasil, a legislação relativa à saúde e ao trabalho nas empresas só foi regulamentada na década de 70 em decorrência da grande incidência de acidentes de trabalho, que chegou a atingir 18% da mão-de-obra segurada (COSTA, 1981). Houve a obrigatoriedade do desenvolvimento de ações relativas à segurança e à medicina do trabalho, por meio da criação de serviços especializados nessa área (PIMENTA; CAPISTRANO FILHO, 1988; COSTA, et al., 1989).

As ações de Saúde do Trabalhador passaram a ser competência do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, com a promulgação da Constituição do Brasil (art. 200). Em seguida, em 1990, segundo o regulamento da Constituição, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde, nº 8080 de 19/09/1990, que dispõe em seu artigo 6º a atuação do SUS na área de saúde do trabalhador, sendo entendida como um conjunto de atividades que se destinam, por meio das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como a recuperação e a reabilitação daqueles submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Dessa forma, a demanda em saúde do trabalhador deve envolver toda a rede de serviços de saúde, desde o mais simples

até o serviço de alta complexidade; e o processo de expansão da saúde do trabalhador no SUS significa a conquista de direitos da saúde do usuário/trabalhador (GOUVEIA, 2000; SANCHEZ et al., 2009).

Com o passar dos anos, em 2002, uma nova portaria foi criada com o objetivo de estruturar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências (BRASIL, 2002b). Em 11 de novembro de 2009, a Portaria nº 2.728 passou complementar a anterior (BRASIL, 2009).

Por força de dispositivo legal, as empresas públicas ou privadas que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) devem manter, obrigatoriamente, os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SEESMT), com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho (CARVALHO, 2001).

Durante muito tempo, em decorrência da maneira fragmentada de ver o mundo, conveniente ao desenvolvimento da sociedade capitalista, procurou-se atribuir ao trabalhador a responsabilidade por sua saúde ou por sua doença, por meio do ideário do risco inerente e, portanto, de doenças características de determinadas profissões. Essa ideia é paralisante e sua desmistificação tem exigido um grande esforço de todos aqueles que se empenham na mudança desse quadro (MENDES, 1995).

As responsabilidades pela atenção à saúde dos trabalhadores, no âmbito de governo, são do Sistema de Saúde, do Trabalho e da Previdência que, para maior efetividade, deveriam estar articuladas, evitando a duplicação, a competição e o desperdício de esforços (MENDES, 1995).

Desde o começo da construção do campo da saúde do trabalhador no Brasil, as questões referentes à vigilância ocuparam um espaço central na discussão e na concepção do modelo de atenção à saúde. Junto com a prestação de assistência ao trabalhador colocava-se a necessidade da vigilância; daí muitas vezes afirmar-se que essas ações são específicas, mas indissociáveis e complementares (PINHEIRO; RIBEIRO; MACHADO, 2005).

Com relação a essa vigilância, a saúde do trabalhador necessita de um olhar que busque formas de atuação as quais possibilitem operacionalizar a noção de atenção à saúde, o que inclui ações de prevenção primária, assistência e promoção

da saúde. Isso significa adotar um olhar que não se detém apenas nos aspectos biológicos, incorporando o psíquico e o social e que requer a atuação sobre os problemas humanos no trabalho a partir de outro *locus*, o do serviço de saúde (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006).

Por fim, a saúde do trabalhador surge na tentativa de realizar a ruptura da concepção hegemônica, que estabelece a relação da doença com o trabalho, baseando-se em um agente específico ou em um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho. Essa nova nomenclatura remete à discussão da participação do trabalhador no processo produtivo, além da necessidade de real consideração de sua subjetividade (NIERO, 2000).

Retorna-se ao fato de que todo trabalho pode ser gerador de fatores desgastantes e potencializadores e que são determinantes dos processos saúde-doença vivenciados pelos trabalhadores (MASETTO, 2001). Assim, ressalta-se que o trabalho profissional é algo tão significativo que é considerado como uma atividade que pode interferir em outros aspectos da vida do indivíduo, de tal modo que as relações laborais influenciam no comportamento, nas expectativas, nos projetos para o futuro, na linguagem e, até mesmo, no afeto dos indivíduos (CODD, 1993).

O desgaste físico e emocional geral do trabalhador está aumentando e o excesso de trabalho talvez seja a resposta mais óbvia de desarmonia entre os indivíduos e seu emprego, já que ele deve realizar o maior número de tarefas no menor tempo possível e com o mínimo de recursos. Além da falta de controle sobre o trabalho e a ausência de valorização da pessoa, a atividade laboral pode gerar um desencanto pelo trabalho, acrescida pela falta de união entre os trabalhadores e pelo desrespeito pela pessoa. Esses elementos são fatores que contribuem para a ocorrência de conflitos de valores, quando ocorre desarmonia entre os princípios pessoais do trabalhador e as exigências do trabalho (MASLACH; LEITER, 1999).

Os mesmos autores complementam que o desgaste físico e emocional pode ter um impacto fatal, e ser prejudicial para a saúde, a capacidade de lutar e o estilo de vida de cada um, além de contribuir para uma grave deterioração do desempenho laboral, ocorrendo uma queda na qualidade e na quantidade de trabalho produzido. No que diz respeito ao funcionamento pessoal, o desgaste físico e emocional pode causar problemas físicos como dores de cabeça, doenças gastrointestinais, pressão alta, tensão muscular e fadiga crônica. Também pode levar ao esgotamento mental, na forma de ansiedade, depressão e distúrbios do

sono e, caso esses sentimentos permeiem o âmbito doméstico, sua exaustão e seus sentimentos negativos começam a afetar o relacionamento com a família e com os amigos.

Um fato que merece destaque é que em vez de existirem organizações para aumentar a capacidade das pessoas de ganhar a vida e realizar conquistas significativas, há pessoas sacrificando suas vidas e suas aspirações pelo bem da empresa. Um impacto mais duradouro ocorre sobre a qualidade de vida do profissionais, ou seja, os mesmos estão trabalhando mais horas, levam trabalho para casa e trabalham depois do horário. Consequentemente, esse ritmo aumenta ainda mais quando os trabalhadores arrumam um segundo emprego numa tentativa de atender a pressões financeiras e de manter abertas suas opções de trabalho. Assim, esse cotidiano pode prejudicar a sua qualidade de vida, desfazer relações com colegas, matar a inovação e ocasionar o desgaste físico e emocional (MASLACH; LEITER, 1999).

Mauro (1996) ressalta que o ambiente de trabalho possui algumas dificuldades que podem provocar no trabalhador fadiga e aborrecimentos, como falta de organização, excesso de responsabilidade, despersonalização das relações de trabalho com os pares e superiores, possibilidades de demissão ou de aposentadoria, entre outros. Maslach e Leiter (1999) complementam que existem seis pontos de desequilíbrio entre os indivíduos e seu trabalho. São eles: excesso de trabalho, falta de controle, remuneração insuficiente, colapso da união, ausência de equidade e valores conflitantes. Salienta-se que esses fatores contribuem para o desgaste físico e emocional do trabalhador.

Em relação aos adoecimentos, é importante mencionar que, muitas das patologias provenientes das atividades laborativas não podem ser solucionadas apenas com o tratamento médico convencional. Para que o trabalhador possa ter uma recuperação completa, seu posto de trabalho também precisará passar por uma avaliação e tratamento ou até por uma reformulação geral, se for o caso. Para tanto, a manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as suas ocupações, conforme recomenda a Organização Internacional do Trabalho (OIT) dependerá, fundamentalmente, do controle eficaz dos riscos existentes nesses locais de trabalho, para que os mesmos não continuem a afetar a saúde do trabalhador (FEDERIGHI, 2001).

Entre os múltiplos ambientes de trabalho e os vários tipos de atividades laborativas existentes, há aqueles das universidades.

## 5.2 A UNIVERSIDADE E A DOCÊNCIA

O trabalho em educação mostra-se muito especial, uma vez que se trata de uma atividade, cujo produto não se separa do ato de produção; é traduzido por conhecimentos, ideias, conceito, valores, atitudes, símbolos, que se integram, formando assim uma segunda natureza, de modo que o professor passa a ser considerado como figura indispensável (SAVIANI, 1991).

Dessa forma, ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto um do outro (FREIRE, 2003).

A universidade exerce um importante papel social, visando à construção do conhecimento científico e de formas de interação com a prática mediante condições que estimulam a reflexão, a capacidade de observação, a análise crítica e a resolução de problemas, possibilitando a autonomia de ideias e a formulação de pressupostos (SILVA; CAMILLO, 2007).

O papel social da universidade ou do ensino superior é buscar caminhos que consolidem projetos pedagógicos coerentes com as exigências impostas pelos avanços técnicos e científicos, ou seja, preparar profissionais tecnicamente capazes de cumprir os desafios da modernidade, sem perder de vista as perspectivas de uma educação que atenda às demandas sociais da população, possibilitando uma realidade mais igualitária e humana. Assim, o papel essencial da universidade está na produção de valores humanos e na formação de consciência para a construção da civilização humana (CONSOLARO, 2000).

É notório mencionar que a missão da universidade é bem maior do que a de formação ou produção de bons profissionais; ela é a principal responsável pela geração e organização do conhecimento e pela preservação da cultura (CONSOLARO, 2000).

O trabalho, no contexto acadêmico, ao assumir características prazerosas, refletirá em benefícios diretos para professores, alunos e, de modo indireto, para a sociedade, graças a profissionais mais preparados (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Existem dois tipos de universidades: pública e privada. Parte-se da suposição de que a identidade dos docentes das IES particulares sofre fortes repercussões tanto das transformações ocorridas no mundo do trabalho, quanto das mudanças recentes relativas ao processo de expansão dessas instituições no Brasil nos anos de 1990. Essa suposição, por sua vez, está relacionada a uma definição do trabalho do docente no ensino superior que está condicionada à instituição na qual ele exerce sua atividade (SIQUEIRA, 2006).

No final da década de 80 e em parte da década de 90, o ritmo de expansão de criação de universidades públicas brasileiras foi muito pequeno, porém houve uma política de abertura de IES particulares (ROSSATO, 1998).

Visto sob esse aspecto, Dal Ri (2001) constata que a rede de ensino superior hoje é predominantemente privada, contrariamente ao que ocorria no final da década de 50. Isso se deve à política traçada e implementada pelo Estado, que vem legitimando esse procedimento, por meio de autorizações e reconhecimento do processo de privatização do ensino superior. O governo tem incentivado a criação das universidades privadas, do que resulta a proliferação cada vez maior do ensino como mercadoria. Esse dado leva a refletir sobre o impacto no processo de trabalho dentro das universidades, já que missão, objetivos, formas de financiamento e sustentação nas públicas e nas privadas, são bastante diferenciados.

As finalidades básicas das universidades são o ensino, a pesquisa e a extensão. Por meio da unidade entre esses três pilares autônomos, porém dependentes entre si, as universidades vão exercendo suas finalidades para construir o conhecimento científico, (re)orientando o senso comum e criando um novo saber (WANDERLEY, 1999).

Nesse sentido, surge uma reflexão diferenciada sobre a importância das atividades de ensino, pesquisa e extensão na formação dos indivíduos. O ensino deve preparar cidadãos competentes e compromissados, que saibam, possam e queiram atuar em prol da sociedade. Associado à pesquisa e à extensão, é entendido como ponto de chegada ou de partida na construção do conhecimento (VIEIRA, 1996).

Cabe ressaltar que, no momento, algumas universidades valorizam mais o docente pesquisador do que aquele que ensina. A pesquisa acadêmica, por representar a oportunidade de conhecimento sem fronteira, tem sempre destaque em relação ao ensino, que permanece em segundo plano e a extensão é, ainda, considerada apenas como prestação de serviços. Faz-se necessário buscar em sala de aula a integração das atividades de ensino às de pesquisa e extensão. Também o ensino, nas universidades, deve atender às necessidades do mercado de trabalho, na medida de suas possibilidades, sem que isso coloque em risco o processo de produção de conhecimentos (VIEIRA, 1996).

Guimarães (1997) aponta a atividade extensionista como uma forma de proporcionar uma gama de serviços à comunidade, na busca de melhorias de condições de vida e como disseminadora do conhecimento produzido pela universidade. Marcovitch (1998) relata que a extensão deve ser um elo entre a universidade e a sociedade e não uma atividade rotineira ou simplesmente prestadora de serviços.

Nesse contexto, para que cumpram suas finalidades de ensino, pesquisa e extensão, as universidades devem ter um trabalho organizado. Na comunidade universitária brasileira, três segmentos organizam esse trabalho: os funcionários docentes e os não docentes, bem como os alunos e é por meio dessa organização que a universidade se estrutura e desenvolve o seu processo de trabalho (MINGUILLI, 1996).

Na estrutura das universidades, desde a relação dos professores com os alunos, dos chefes de departamento e coordenadores de curso com seus professores, dos diretores dos centros com os representantes dos departamentos, dos órgãos superiores com os de nível subordinado e da reitoria com a universidade como um todo, o que se tem visto, com raras exceções, são processos dominantes de hierarquização e de burocratização (WANDERLEY, 1999).

Outro órgão fundamental nas universidades é a reitoria, cujo docente reitor representa o líder intelectual, administrativo e moral da comunidade acadêmica e o perfil de cada reitor pode determinar uma prática, ou mais democrática ou mais autoritária (CONSOLARO, 2000).

Com relação à forma de ingresso dos docentes nas universidades, de um modo geral, na universidade pública é por meio de concursos ou processos seletivos, abertos pelos departamentos universitários. Já na universidade privada,

também pode ser por processo seletivo ou informal. A carreira dos professores universitários de instituições públicas, geralmente, obedece à seguinte ordem de qualificação: auxiliar de ensino, assistente (com mestrado), adjunto (com doutorado), titular; algumas acrescentam a livre docência (CONSOLARO, 2000).

O profissional responsável pela educação nas universidades é o docente. Para Perrenoud (1993), a profissionalização é como uma formação universitária ou para-universitária, com tudo o que tal pressupõe quanto ao acesso a uma teoria da prática e a saberes científicos, tecnológicos ou jurídicos. Trata-se, substancialmente, de uma capacidade do indivíduo de orientar-se em relação a objetivos vários e de resolver problemas complexos e variados.

Ainda segundo o autor, a profissionalização do professor define-se em parte por características objetivas. É também uma identidade, uma forma de representar a profissão, as suas responsabilidades, a sua formação contínua, a sua relação com outros profissionais, o funcionamento dos estabelecimentos de ensino, a divisão do trabalho no seio do sistema educativo e entre pais e professores.

O trabalho docente constitui-se em um conjunto de ações específicas que são empreendidas pela pessoa do professor durante sua vida profissional. Dessa forma, o professor é transmissor de conteúdos, preocupado em cumprir objetivos e metas, prazos e prescrições; ele detém o poder decisório quanto à metodologia, ao conteúdo, à avaliação e à forma de interação com aluno. Este último deve reproduzir os dados fornecidos e executar as orientações do professor, o qual detém o poder, a autoridade e o conhecimento (SILVA; RUFFINO, 1999).

Com essa compreensão, a prática docente deve superar o ato de transmitir informações. O professor precisa assumir o papel de mediador do processo ensino-aprendizagem de forma que os alunos ampliem suas possibilidades humanas de conhecer, duvidar e interagir com o mundo por meio de uma nova maneira de educar (RODRIGUES; MENDES, 2006).

Entretanto, vale destacar que os tempos mudaram e o trabalho escolar/acadêmico também. O ensino não é mais como tempos atrás. A escola pós-moderna passou por profundas transformações. Como consequência, o professor também se viu impulsionado a efetuar mudanças passando a ser um coordenador, um facilitador do processo de ensino-aprendizagem (CARLOTTO, 2003). Essas transformações pressupõem um imenso desafio pessoal em relação aos educadores

que se propõem a responder às novas expectativas do paradigma da educação progressista e crítico-social (BUENO; MOKWA, 2007).

Desde o início da carreira docente, com a primeira divisão social do trabalho, separando o trabalho manual do intelectual, os educadores foram diferenciados em relação aos outros trabalhadores, por exercerem um trabalho intelectualizado. Entretanto, o *status* da docência e de outras profissões vem declinando nos últimos anos, sendo que isso tem contribuído para insatisfação no trabalho (CARLOTTO, 2002; GARCIA; BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

É fato que a precarização do trabalho docente, quase uma regra no setor privado de educação superior, faz-se nítida até mesmo nas grandes universidades públicas, onde proliferam as (sub)contratações temporárias de professores, pagos por hora aula ministrada em turma de graduação (MANCEBO, 2007).

A profissão docente pode ser, às vezes, uma profissão impossível, na medida em que está sempre entre aquelas que trabalham com pessoas. Por essa razão, o sucesso do empreendimento educativo nunca estará assegurado, uma vez que em tais profissões sempre há mudanças, ambiguidades, conflitos, opacidades e mecanismos de defesa (CARLOTTO, 2002).

É relevante abordar que há a necessidade de formação de profissionais flexíveis e críticos, aptos para a inserção em diferentes setores trabalhistas da sociedade brasileira. Por outro lado, o professor já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa (SAUPE, 1993; FREIRE, 2002).

Cabe também aos docentes, a autoformação, considerado como ponto de partida de uma prática docente individual e coletiva e, assim, suas competências vão se lapidando durante sua vida profissional. A formação de professores deveria possibilitar a análise do próprio fazer pedagógico, de suas implicações, pressupostos e determinantes, para que possa, além de interpretá-la e contextualizá-la, superá-la constantemente. Ressalta-se, dessa forma, a importância de o professor reflexivo investir em sua formação, para que tenha condições de criar espaços de articulação efetiva entre os setores da Educação e da Saúde, para orientar e construir iniciativas e políticas para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, especificamente de Enfermagem (MIZUKAMI, 1986).

A formação do docente em Enfermagem deve ser consolidada com base no domínio de conhecimentos científicos e na atuação investigativa no processo de

ensinar e aprender, recriando situações de aprendizagem por investigação do conhecimento de forma coletiva com o propósito de valorizar a avaliação diagnóstica dentro do universo cognitivo e cultural dos acadêmicos como processos interativos (RODRIGUES; MENDES, 2006).

Uma das competências específicas para a docência superior é o domínio na área pedagógica. É essencial que se domine, no mínimo, quatro eixos do processo ensino-aprendizagem: conceito de processo ensino-aprendizagem; o professor como conceptor e gestor do currículo; a compreensão da relação professor-aluno e aluno-aluno no processo e a teoria e prática básicas da tecnologia educacional (MASETTO, 2001).

Assim, para o mesmo autor, exige-se do professor algumas competências para a docência no ensino superior, como: ser competente em uma área de conhecimento; possuir domínio da área pedagógica e exercer a dimensão política na prática da docência universitária. A primeira delas refere-se ao domínio dos conhecimentos básicos da área e experiência profissional do campo. A segunda envolve o domínio do conceito de processo-aprendizagem, integrando o desenvolvimento cognitivo, afetivo-emocional e de habilidades, bem como a formação de atitudes, abrindo espaços para a interação e a interdisciplinaridade. A terceira abrange a discussão, com os alunos, dos aspectos políticos e éticos da profissão e do seu exercício na sociedade, para que nela possam se posicionar como cidadãos e profissionais.

Tradicionalmente, nas universidades brasileiras, observa-se a questão dos professores bacharéis que, mesmo sem ter qualquer formação pedagógica, exercem atividades próprias da docência. O critério de seleção dos professores continua sendo a comprovação da competência técnico-científica, em detrimento da comprovação formal da competência didático-pedagógica. Tal situação tem gerado dificuldades em torno do processo ensino-aprendizagem (ROSEMBERG, 2002).

Essa realidade é vivenciada no ensino da Enfermagem. Até recentemente exigia-se do candidato a professor universitário apenas o bacharelado e o exercício competente da profissão. Acreditava-se que, se fosse um profissional bem sucedido na profissão, saberia ensinar e não lhe era exigida a formação na área pedagógica (ROSEMBERG, 2002).

Apesar de existir essa realidade, o professor deve ser capaz de assimilar e exercitar também os saberes da tradição pedagógica e, aliada a esses saberes,

deve possuir uma competência cultural, que o capacite para discutir com os alunos, ser autêntico, administrar a classe e mediar a aprendizagem do alunado, bem como identificar comportamentos e contribuir para modificá-los. Portanto, o saber ensinar comporta uma pluralidade de saberes, caracterizando-se como um reservatório onde o professor busca, para efetivar sua razão prática, razões, argumentos e julgamentos (GAUTHIER, 1998).

O docente, nesse processo, depara-se com a necessidade de desempenhar vários papéis, muitas vezes contraditórios, que lhe exigem manter o equilíbrio em várias situações. Exige-se que seja companheiro e amigo do aluno, que lhe proporcione apoio para o seu desenvolvimento pessoal, mas ao final do curso adote um papel de julgamento, contrário ao anterior. Deve estimular a autonomia do aluno, mas ao mesmo tempo pede que se acomode às regras do grupo e da instituição. Algumas vezes é proposto que o professor atenda aos seus alunos individualmente e em outras ele tem que lidar com as políticas educacionais para as quais as necessidades sociais o direcionam, tornando professor e alunos submissos, a serviço das necessidades políticas e econômicas do momento (MERAZZI, 1983).

Vasconcelos (2002) considera o trabalho exercido pelos professores, fortemente ligado às características de personalidade, motivação e vocação, de modo que o indivíduo abraça essa carreira, sem reconhecer as competências de que dispõe para exercer uma profissão como outro qualquer.

Essa complexa profissão impõe dedicação, responsabilidade e reflexão sobre sua própria prática pedagógica. Na medida em que tenha clareza sobre seus projetos e ideias, isso aumenta suas possibilidades de ser um profissional consciente e comprometido ao assumir o seu importante papel de colaborar e transformar o ensino (GIMENO SACRISTÁN; PÉREZ GÓMEZ, 2000).

O professor é considerado um intelectual e é mandatário de quatro dimensões que o diferenciam de outros intelectuais: é mediador, herdeiro, crítico e intérprete da cultura. No espaço escolar, é o principal ator pelo qual, obrigatoriamente, passam as diferentes culturas. Como intelectual, ele é capaz de estabelecer elos entre os diversos saberes sobre o mundo, compreender como foram construídas as diferentes interpretações desse mundo e, conhecendo os estudantes, situá-los em seu contexto sócio-histórico. Na interação com seus alunos, ele necessita, constantemente, decodificar, ler, compreender e explicar textos, situações, intenções

e sentimentos, como explicam os autores, deixando evidente a dimensão interpretativa do ofício de professor (LUDKE; BOING, 2004).

Em geral, o docente está inserido na complexidade do trabalho, é seriamente comprometido com o seu papel, esforça-se em assumir integralmente a sua função, embora transpareçam algumas lacunas em relação ao preparo pedagógico, para conseguir acompanhar as constantes mudanças e a evolução tecnológica num mundo globalizado. Sua identidade profissional é singular, construída continuamente, e depende de sua história de vida pessoal, de sua bagagem cultural e do empenho em buscar o aprimoramento, tanto profissional quanto como ser humano (EBISUI, 2004).

Na atualidade, o papel do professor extrapolou a mediação do processo de conhecimento do aluno, o que era comumente esperado. Ampliou-se a missão do profissional para além da sala de aula, a fim de garantir uma articulação entre a escola e a comunidade. O professor, além de ensinar, deve participar da gestão e do planejamento escolares, o que significa uma dedicação mais ampla, a qual se estende às famílias e à comunidade (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005). Para tanto, o docente e o ensino, constituindo objetos de saber para as ciências humanas e para a educação, não devem se limitar a produzir conhecimentos, mas também incorporá-los à sua prática. Dessa forma, esse profissional confirma o seu aprendizado e desempenha a sua função de modo transformador (TARDIF, 2002).

É ingável que o docente tem uma grande margem de autonomia e de controle sobre o seu trabalho, uma vez que é ele quem planeja as aulas e as atividades cotidianas, além de participar do planejamento global da instituição, não existindo separação entre o processo de concepção do trabalho e sua execução (CAÇÃO, 2001).

A prática profissional do docente é considerada intelectual e autônoma, não meramente técnica. É um processo de ação e reflexão cooperativa, de indagação e experimentação, no qual o professor aprende a ensinar e ensina porque aprende, intervém para facilitar (e não para impor nem substituir a compreensão dos alunos) e reconstrói de seu conhecimento experiencial e, ao refletir sobre sua intervenção, exerce e desenvolve a sua própria compreensão. Sem compreender o que faz, a prática pedagógica é mera reprodução de hábitos existentes ou respostas que o docente deve fornecer às demandas e às ordens externas (GIMENO SACRISTÁN; PERÉZ GOMÉZ, 2000).

A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) n. 9.394/96, nos seus artigos 12, 13 e 14, dispõe sobre as competências dos estabelecimentos de ensino e dos docentes e, ainda, sobre a gestão democrática, reforçando tais tendências e demonstrando que no plano legal o trabalho docente não se restringe à sala de aula, mas que ele contempla ainda as relações com a comunidade, a gestão da escola, o planejamento do projeto pedagógico, a participação nos conselhos, entre outras funções. Assim, pode-se considerar que houve uma dilatação, no plano legal, da compreensão do que seja o pleno exercício das atividades docentes (ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2009).

Além das atividades cotidianas, os docentes universitários somam outras atividades como participação em comissões, consultoria e assessorias, a pressão institucional por rendimento e a melhoria na formação do aluno, a aprendizagem de novos recursos tecnológicos, a submissão às normas e regras técnicas da própria instituição e de ensino governamental, entre outras (GARCIA; BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

Destaca-se também que o trabalho docente, cada vez mais, depara-se com situações às quais precisa adaptar-se. Dentre elas, estão as demandas e pressões externas advindas da família, do ambiente, do meio social, do trabalho, das universidades (WEBLER; RISTOW, 2006). O professor do ensino superior está permanentemente sob um crivo crítico desde o ingresso na carreira, por meio de avaliações sistemáticas para a ascensão profissional, da submissão de trabalhos em eventos e revistas de qualidade ímpar, da apresentação de projetos e de relatórios de atividade e de pesquisa, entre outras metas que deve alcançar para se manter atualizado e competitivo (FRANCO, 2001).

Lipp (2002) destaca que a pressão exercida aos docentes pelas universidades torna-se mais aguda para os professores pesquisadores mais experientes, que gerenciam projetos de pesquisa de ponta de longa duração. Esses projetos duram frequentemente três ou quatro anos e seus dados só são analisados em sua plenitude no fim do período. A necessidade de publicar vários artigos por ano acaba desviando o pesquisador do projeto principal para poder desenvolver outros projetos menores e ter dados para realizar essa publicação.

Nesse contexto, os professores são extremamente demandados no seu trabalho e, com frequência, sentem-se responsáveis pelo desempenho de seus alunos e da instituição. Ressalta-se também que a docência pode ser uma profissão

de sofrimento e, o ensino, uma atividade estressante. Assim, os desgastes físicos e mentais, ocasionados pelas enormes exigências que os docentes enfrentam, podem trazer impactos ao bem-estar e à saúde, além de afetar o desempenho profissional. Dentre as repercussões mais relatadas, destacam-se doenças cardiovasculares, labirintite, ansiedade, depressão, faringite, neuroses, fadiga, insônia e tensão nervosa (COOPER, 1996; DEJOURS, 2003; OLIVEIRA, 2006).

O trabalho docente passa por uma atenção especial em todo esse contexto de transformação. A preocupação é no sentido de que a saúde do docente resulta em um desgaste físico e mental, em virtude das excessivas atividades acadêmicas e científicas, como o ensino, a pesquisa, a extensão, as atividades administrativas em que se defrontam (CORRAL-MULATO, 2008).

Autores mencionam que executar outras tarefas durante o curso da ação principal, atender ao aluno individualmente, controlar a turma coletivamente, preencher múltiplos instrumentos e formulários de controle são dimensões da intensificação do trabalho que implicam na saúde desse profissional. Assim, situações de sobreposição de tarefas podem explicar o cansaço físico, vocal e mental do docente (ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2009).

Nas últimas décadas, os registros de licenças do trabalho por motivos de saúde na categoria dos professores, em diferentes países, identificam a maior prevalência de distúrbios mentais quando comparados com os outros grupos de doenças comunicadas nas declarações médicas. O docente, extenuado no processo de intensificação do trabalho, pode ter sua saúde fragilizada e maior suscetibilidade ao adoecimento (ASSUNÇÃO, 2003). A instabilidade no emprego, principalmente nas universidades privadas, também traz modificação no perfil de adoecimento e de sofrimento dos trabalhadores, podendo ocorrer aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho e elevado índice de absenteísmo por doença (BRASIL, 2001).

O que se verifica é que as condições de trabalho, ou seja, as circunstâncias sob as quais os docentes mobilizam as suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para atingir os objetivos da produção escolar podem gerar esforço ou hipersolicitação de suas funções psicofisiológicas. Se não há tempo para a recuperação, são desencadeados ou precipitados os sintomas clínicos que podem explicar os índices de afastamento do trabalho (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

É notório enfatizar que o estudo das relações entre o processo de trabalho docente, as reais condições sob as quais ele se desenvolve e o possível adoecimento físico e mental dos professores constituem um desafio e uma necessidade para se entender o processo saúde-doença desse trabalhador e se buscar as possíveis associações com o afastamento do trabalho por motivo de saúde (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

Existem alguns fatores que contribuem para o desgaste do docente dentro do seu contexto de trabalho. Como já mencionado, todas essas exigências, somadas às questões de cunho ético, além de cobranças com atividades acadêmicas e científicas, como ensino, pesquisa, extensão e de gestão, podem gerar insatisfações, descontentamentos e sobrecarga e, assim, causar danos a sua saúde (CODD, 1999). Somado a esse fator, a tensão no trabalho aumenta nas relações com a chefia, devido às exigências e aos próprios métodos utilizados para pressionar o trabalhador, surgindo forte aumento de tensão nas relações interpessoais e mesmo conflitos abertos, quando a dignidade e a autoestima do indivíduo forem atingidas (SELLIGMANN-SILVA, 1994).

Conforme a literatura, os professores estão diante do desconcerto e das dificuldades de demandas mutantes, além da contínua crítica social, por não chegarem, muitas vezes, a atender às novas exigências. No entanto, as condições de trabalho desses profissionais no Brasil são consideradas precárias e são apontadas como causadoras de adoecimento (físico e psíquico). Para que esses fatos possam ser modificados, há necessidade urgente em se saber, ao certo, quais as reais condições laborais dos docentes (ESTEVE, 1999).

Cabe salientar que o Brasil é o terceiro país a pagar piores salários aos professores. Assim, a baixa remuneração resulta na necessidade de se buscar vários empregos, visto que longas jornadas de trabalho podem chegar a ocupar os três turnos. Com isso, verifica-se uma difícil missão para quem assume a docência, pois, além das atividades assistenciais em dupla, tripla ou quádrupla jornada de trabalho, os profissionais têm que lutar para garantir um salário digno. É uma situação de risco, e difícil missão para a saúde do professor e, conseqüentemente, para o aprendizado do estudante (EBISUI, 2004).

Dussault et al. (1999) descrevem cinco fatores que são mencionados nas décadas recentes e que contribuem para o desgaste físico e mental do docente. São eles: mau comportamento do aluno; relações debilitadas com os colegas, diretores e

familiares dos alunos; pressão temporal; perda do reconhecimento da profissão e carga de trabalho extensiva.

O professor, resistente às mudanças pedagógicas, tem maior possibilidade de ser questionado e de desenvolver sentimentos de mal-estar. Nesse contexto, passa então, a se preocupar não só com as suas funções profissionais, mas também com questões baseadas na civilização industrial, ou seja, em sua estabilidade e em seu salário (CARLOTTO, 2002; CARLOTTO; PALAZZO, 2006).

Por fim, ressalta-se que todo ambiente de trabalho, incluindo aqueles dos docentes nas IES, possui vários fatores de risco a que se expõem esses trabalhadores. Assim, os docentes estão expostos aos riscos ocupacionais, dentre eles o risco psicossocial, devido às características dessa atividade laboral, como mencionado anteriormente, podendo direcioná-los ao desgaste mental.

Para melhor compreensão dessa temática, a seguir são descritos conceitos de riscos e riscos ocupacionais.

### **5.3 RISCOS OCUPACIONAIS**

Desde 1966, a Recomendação 11.245, aprovada pela Conferência Internacional do Trabalho, aborda os Serviços de Medicina do Trabalho. Essa recomendação, designada de um serviço organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações, assegurou a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue (OIT, 1966).

Em muitos países, a avaliação de riscos é um conceito novo, não existindo um modelo uniforme. Em 1996, a Direção Geral do Emprego e Assuntos Sociais da Comissão Europeia apresentou diretrizes para a avaliação de riscos no local de trabalho, cujo documento reflete o consenso entre os diferentes elementos do contexto operacional de trabalho – trabalhador, empregador e o governo. Esse arsenal apresenta conteúdo com base, principalmente, nas obrigações do empregador e é dirigido aos estados membros da União Europeia (CALERA, 2001).

A palavra risco origina-se do latim *risicus*, do verbo *resecare*-cortar; significa perigo, inconveniente, dano ou fatalidade eventual, provável, às vezes até previsível. No ambiente de trabalho, podem ser ocultos, quando o trabalhador não suspeita de sua existência; latentes, quando causam danos em situações de emergência; reais, quando conhecidos por todos, mas com pouca possibilidade de controle, quer pelos elevados custos exigidos, quer pela ausência de vontade política para solucioná-los (BULHÕES, 1994).

Vocábulo polissêmico que dá margem a muita ambiguidade, vinculado ao senso comum, o significado de risco tem relação também com o vocábulo italiano *recare* – cortar e do espanhol – penhasco sob a forma de carpa (peixe) – ambos indicando a ideia de perigo ou a possibilidade de ocorrência do risco. No século passado, a palavra risco estava também relacionada às apostas, com a possibilidade de erro e de acerto, nos jogos de azar. Na Segunda Guerra Mundial, aparece associada à necessidade de se estimar danos com o uso de materiais radioativos; na medicina, refere-se ao dimensionamento do fator resultante na utilização de certas tecnologias e na realização de determinados procedimentos (CASTIEL, 2006).

O conceito de risco é relativamente recente na sociedade contemporânea e, apesar de seu caráter polissêmico, a literatura aponta para sua estreita associação com o ato ou efeito de um sucesso incerto e potencialmente indesejável (AYRES, 1997).

Podem ser identificados quatro pressupostos filosóficos nas formas de apresentação do conceito de risco: risco como perigo, no discurso social comum; risco individual, dominante na Clínica; risco populacional, como conceito da Epidemiologia e, risco estrutural, para a Saúde Ambiental/Ocupacional. Ressalta-se também a necessidade de incorporar o conceito de risco contingencial no campo de práticas da Saúde Coletiva, entendendo-se por contingentes que os processos sociais são corporais, históricos, complexos, fragmentados, conflitivos, dependentes e incertos (ALMEIDA FILHO; COUTINHO, 2007).

Assim, a palavra risco tem vários significados e, dentre eles, há o utilizado pela Medicina do Trabalho e pela Epidemiologia, tanto num enfoque de fator de risco, isto é, a identificação de possíveis agentes ou substâncias capazes de causar um efeito sobre a saúde das pessoas, como numa perspectiva probabilística, ou seja, a probabilidade de determinado evento ocorrer (FACCHINI, 1994a).

O risco epidemiológico surgiu em meio ao estudo de doenças transmissíveis.

A identificação de micro-organismos não era suficiente para explicar a totalidade de fatores que determinavam a ocorrência da doença. Ficavam sem explicação, por exemplo, as causas para o não adoecimento de todas as pessoas que entravam em contato com os micro-organismos, assim como a diferença de gravidade entre os que adoecem. Para responder a essas indagações, buscaram-se ferramentas que favorecessem o entendimento do processo de adoecer; dentre elas, encontra-se a estatística que passa a ser utilizada para avaliar a probabilidade da interferência de outros fatores no processo. Nesse direcionamento, a análise da probabilidade de ocorrência de um evento adquire três formas de possibilidades: absoluta, relativa e atribuível – taxa de incidência. Essas dimensões não são consensuais entre os epidemiologistas, pois alguns distinguem claramente taxa de incidência de risco de adoecer (CZERESNIA, 2004).

Com base nessa lógica, para a Epidemiologia, risco é o grau de probabilidade de ocorrência de um determinado evento relativo à saúde, estimado a partir da ocorrência desse acontecimento em um passado recente (ROUQUAYROL; ALVES FILHO, 1999; LUIZ; COHN, 2006).

Outro conceito de risco encontrado na literatura refere-se ao utilizado em Bioética, apontado como a probabilidade de ocorrência de um evento desfavorável. Essa ideia caracteriza risco em saúde como sendo o perigo potencial de ocorrer uma reação adversa à saúde das pessoas expostas a ele (GOLDIM, 2001).

Para Caran (2007), risco é um perigo mais possível do que provável, existindo em múltiplas situações e em vários ambientes, incluindo-se os laborais.

Usa-se, então, a denominação de risco como uma aceção para identificar possíveis agentes ou substâncias presentes no ambiente de trabalho capazes de determinar um efeito sobre a saúde do trabalhador, dando uma ideia de mono ou multicausalidade do processo saúde-doença (GELBCKE, 1991; FACCHINI, 1994b).

Referentemente ao fator de risco, este é todo fator ambiental que pode causar lesão, doença ou inaptidão ou afetar o bem-estar do trabalhador e o da comunidade (BURGUESS, 1997).

Os principais fatores de riscos, presentes nos ambientes laborais, constituem-se no trabalho automatizado em que o trabalhador não tem controle sobre suas atividades; na obrigatoriedade de manter o ritmo de trabalho acelerado para garantir a produção; no trabalho em que cada um exerce uma única tarefa de forma repetitiva; no trabalho sob pressão permanente das chefias; no quadro reduzido de

trabalhadores, com jornada prolongada e com frequente realização de horas extras; nas ausências de pausas durante a jornada laboral; nos trabalhos realizados em ambientes frios, ruidosos e mal ventilados; nos postos de trabalho e máquinas inadequadas e que obrigam à adoção de posturas incorretas do corpo durante a jornada; nos equipamentos com defeito; no tempo excessivo na mesma posição, entre outros (SINECOFI, 2010).

Os riscos podem ser classificados em: genérico, aquele que pode acontecer com a pessoa em situações corriqueiras, como por exemplo, escorregar e cair; específico, quando o dano ocorre ao realizar uma determinada atividade e risco profissional, quando o dano está vinculado a uma atividade relacionada com o trabalho. Este último é subdividido em ambientais e operacionais. Os riscos ambientais são os decorrentes do ambiente laboral e geralmente levam à doença do trabalho. Os riscos operacionais são as condições inseguras relacionadas ao processo industrial, cujos principais itens são o projeto da instalação, maquinarias e equipamento mecânico, pontos de operação de máquinas, instalações e equipamentos elétricos, ferramentas manuais, manuseio de materiais e equipamentos de proteção (BENSOUSSAN et al., 1988).

Outros autores classificam também os riscos em: aqueles encontrados no ambiente físico, representados pelos agentes infecciosos e drogas; integrantes do ambiente social, como a desagregação familiar e os aspectos culturais e os comportamentais, como por exemplo o fumo e o sedentarismo (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1989).

A classificação convencional dos riscos de trabalho permite identificar bem sua natureza (física, química, biológica, ergonômica ou psicossocial), ocultando, porém, suas origens, determinações e relações (BETANCOURT, 1999, MENDES, 2003).

Como se pode perceber, a forma de agrupar ou de classificar os riscos potenciais para a saúde do trabalhador é variada e sua concepção se fundamenta na análise de causa e efeito do processo saúde-doença, levando a uma interpretação mecânica, linear e menos dinâmica do processo de desgaste (SILVA, 1996a).

A análise de risco permite a identificação de potenciais fontes de agravos à saúde e adoção de medidas preventivas de segurança e de precaução. Portanto, o risco configura-se como elemento base de medidas preventivas em saúde, em

Epidemiologia e na Saúde do Trabalhador (NUNES, 2009).

Entre os numerosos riscos, os quais se vivenciam cotidianamente, procura-se salientar os ocupacionais, porque os seres humanos dedicam-se ao trabalho, no mínimo, um terço do seu tempo diário e, embora as inovações tecnológicas tenham reduzido riscos em alguns setores produtivos, também inseriram novos (BRASIL, 2001).

Com isso, a legislação brasileira contempla por meio de Norma Regulamentadora (NR) relativa à Segurança do Trabalho a existência de riscos ocupacionais peculiares a cada atividade profissional (MARZIALE, 1995).

Cabe salientar que as legislações nacionais limitam-se a uma vaga definição do que deve ser a avaliação de riscos, permitindo a coexistência de práticas muito diversas e não, necessariamente coerentes, sob o ponto de vista da prevenção. Como exemplo dessa legislação, destacam-se as Normas Regulamentadoras nº 9 e 32 (NUNES, 2009).

A NR 9 estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, por intermédio da antecipação, do reconhecimento, da avaliação e consequente do controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. Para efeito dessa NR, consideram-se riscos ambientais os agentes físicos, químicos e biológicos existentes nos ambientes de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador (BRASIL, 1994).

Já a NR 32, tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e de assistência à saúde em geral (BRASIL, 2005a). Tal norma é considerada um grande avanço na área da saúde do trabalhador e de extrema importância no cenário brasileiro, uma vez que essa legislação federal trata das questões de segurança e de saúde no trabalho do grande contingente de trabalhadores dos

estabelecimentos de assistência à saúde (ROBAZZI; MARZIALE, 2004; ROBAZZI; BARROS JÚNIOR, 2005).

No Brasil, os riscos ocupacionais (RO) são tratados pelo referencial do campo da Saúde Ocupacional/Saúde do Trabalhador, que está voltada para a prevenção dos riscos do ambiente e para o melhoramento das condições de trabalho para evitar que afetem a saúde dos trabalhadores (FISHER, 1989).

A análise dos RO demanda um conhecimento prévio do processo de trabalho a fim de identificar os fatores nele existentes. Dessa forma, ao reconhecê-los, passa-se a analisar, de modo mais preciso, as condições que influenciam o homem no contexto laboral (FARIAS; ZEITOUNE, 2005).

Guerin et al. (1991) ressaltam a importância da análise dos aspectos físicos, sensoriais, mentais e relacionais da atividade de trabalho, para que seja possível avaliar os RO aos quais estão expostos os trabalhadores em seus ambientes de trabalho.

Dessa forma, RO pode ser definido como fatores nocivos do ambiente e as condições físicas, organizacionais, administrativas ou técnicas existentes nos locais de trabalho, que propiciam a ocorrência de acidente de trabalho e/ou adoecimentos (HAAG; LOPES; SCHUCK, 2001). Consideram-se também RO todas as situações de trabalho que podem romper o equilíbrio físico, mental e social das pessoas, e não somente as situações que originam acidentes e enfermidades (FUNDEN, 1996).

Autores consideram como RO as substâncias químicas tóxicas, as poeiras, o ruído, a vibração, o calor ou frio excessivos, as radiações, os micro-organismos, as posturas viciosas do trabalho, a tensão, os movimentos repetitivos e a monotonia que acontece em decorrência do mesmo (BORSOI; CODO, 1995).

São diversos os RO a que estão submetidos os trabalhadores; entre eles, encontram-se os riscos biológicos, os físicos, os químicos, os psicossociais e os ergonômicos (MARZIALE, 1995; MARZIALE; KOURROUSKI; ROBAZZI, 2000). A Organização Mundial de Saúde também agrupa os riscos nesses cinco grupos, mas necessitando estes, de avaliação específica (OMS, 1973).

Destaca-se que os fatores de riscos químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicas são considerados os principais responsáveis pelas situações insalubres, às quais os profissionais se encontram expostos (BORSOI; CODO, 1995).

Os riscos químicos são aqueles ocasionados por agentes químicos, cuja exposição pode ser sólida, líquida, ou gasosa, ou seja, substâncias, compostos ou produtos químicos que possam penetrar no organismo pela via respiratória nas formas de poeira, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade e exposição, possam ter contato ou ser absorvidos pelo organismo através da pele ou da ingestão. Tais agentes possuem determinadas substâncias denominadas tóxicas por produzirem ação nociva ao organismo quando absorvidas pelo mesmo, sendo que a literatura evidencia a presença desses agentes em várias situações de trabalho (BRASIL, 1994; MARZIALE, 1995; XELEGATI, ROBAZZI, 2003; CARAN, 2007).

Consideram-se riscos físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como, ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes e não ionizantes, bem como o infrassom e ultrassom (BRASIL, 1994).

Algumas doenças relacionadas ao trabalho podem ser ocasionadas por ação de agentes físicos; entretanto os limites da ação dos mesmos são muitas vezes imprecisos. Sabe-se que muitas vezes associam-se também a outros fatores de risco para determinarem o aparecimento de doenças graves ou perda de potencialidades físicas e psíquicas (BINDER et al., 1995; REZENDE et al., 2009).

Em muitas situações, dependendo possivelmente do quanto já se acostumou com fatores ambientais, a percepção e a consequente avaliação tornam-se inoperantes, o que leva o homem a se submeter aos riscos físicos inadvertidamente. Acredita-se que situações dessa natureza, em que o indivíduo deixa de perceber vários fatores ambientais, favorecem o seu adoecimento em decorrência da exposição aos mesmos (REZENDE, 2003).

Os riscos biológicos são representados por agentes biológicos, tais como bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, toxinas, príons, entre outros. Esses agentes são os responsáveis pelo maior número de injúrias sofridas pelos profissionais da saúde, devido à peculiaridade das tarefas realizadas e exposição a sangue e fluídos corpóreos causadores de infecções, cuja contaminação pode ocorrer por via cutânea, respiratória ou digestiva (BRASIL, 1994). Esses riscos podem promover o aparecimento de doenças e de acidentes de trabalho e são os principais geradores de insalubridades (CHIODDI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; DALRI, 2007).

Os riscos ergonômicos estão relacionados à adequação entre o homem e o trabalho, principalmente em aspectos relacionados à adoção de postura inadequada, equipamentos, materiais e mobiliários não reguláveis e devido às formas de organização do trabalho em que as capacidades psicofisiológicas dos trabalhadores não são consideradas (MARZIALE, 1995). Também relacionam-se com a formação, a natureza da atividade, ao número de atividades e sua relação com a natureza humana (GUIMARÃES et al., 2005).

Esses riscos provêm dos agentes/fatores insatisfatórios do meio ambiente que incidem no comportamento do trabalho/trabalhador. Diante de situações laborais inadequadas, a Organização Internacional do Trabalho, desde a década de 40, tem considerado a ergonomia um tema de grande interesse e que deve ser colocado para discussão (MARZIALE; ROBAZZI, 2000).

O enfoque do presente estudo será a abordagem psicossocial do trabalhador docente de IES. Assim, a seguir são apresentados alguns aspectos sobre os riscos psicossociais.

### **5.3.1 Riscos psicossociais**

Ao se abordar os riscos psicossociais, cabe salientar que a maioria das investigações realizadas em vários setores e regiões do Brasil tem apontado o processo de precarização das condições de trabalho, o qual tem provocado a desestruturação e a desintegração da força de trabalho, o que, evidentemente, favorece o aparecimento dos fatores de risco psicossocial (MIRANDA, 2010).

Desde 1984, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), evidenciam a importância dos fatores psicossociais no trabalho. Em 1998, esse grupo organizou, na Dinamarca, a I Conferência Internacional com o tema Fatores Psicossociais no Trabalho. A segunda Conferência Internacional realizou-se em 2003, no Brasil e, em 2005, no Japão (THEORELL, 2000).

Os riscos psicossociais, em sentido amplo, podem ser entendidos como todo fator ou agente de risco existente no ambiente de trabalho que pode alterar o bem-

estar do trabalhador, gerando danos a sua saúde mental/psíquica. Consoante a essa ideia de alteração no bem-estar, o risco psicossocial está associado às tensões da vida diária; dentre estas, encontram-se aquelas provenientes do trabalho (CARAN, 2007).

Para a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho, riscos psicossociais são percepções subjetivas que o trabalhador tem da organização do trabalho. Podem-se identificá-los a partir de dados estatísticos como julgamentos subjetivos, o que revela a possibilidade de ampliação dos danos à saúde, atingindo a área psíquica, a moral, o intelecto, entre outros (BARRETO, 2003).

Alguns tipos de trabalho expõem de forma inequívoca o trabalhador aos riscos psicossociais. Citam-se: trabalhos que exigem pouco controle sobre o trabalhador e sobre os métodos de trabalho; trabalhos que não fazem pleno uso das potencialidades do trabalhador para a execução das tarefas; trabalhos, cujo papel não envolve tomada de decisões; trabalhos que envolvem somente tarefas repetitivas e monótonas; trabalhos de operação de maquinários (que podem ser monitorados de forma inapropriada); trabalhos cujas exigências são percebidas como excessivas; sistema de pagamento vinculado à execução da tarefa com rapidez ou sem pausas; sistema de trabalho que limita as oportunidades para interação social; altos níveis de esforço que não são equilibrados com recompensas suficientes (recursos, remuneração, autoestima, *status*, etc.); entre outros (CAMPBELL; MUPHY; HURRELL, 1997).

Os riscos psicossociais relacionados ao trabalho podem ser associados a: falta de preparo e capacitação; sobrecarga de papéis; longas horas de trabalho; ritmo acelerado de trabalho; trabalho subordinado, monótono e repetitivo; conflito no trabalho de equipe; desqualificação do trabalhador; pressão da chefia e de outros profissionais; falta de comunicação; tensão; fadiga; insatisfação; dificuldade para conciliar trabalho e família; recursos materiais e humanos insuficientes e, ainda, fatores como a falta de criatividade e autonomia (LAURELL; NORIEGA, 1989; SILVA, 1996b; CAMELO; ANGERAMI, 2007).

Contidos na ideia de riscos psicossociais, estão os estressores emocionais, interpessoais e aqueles ligados à organização do trabalho. Como variáveis importantes e que transversam os estressores, distinguem-se a competitividade, a falta de reconhecimento, a insegurança, o medo de não saber e ser ridicularizado;

as novas exigências associadas à falta de autonomia; a ausência de diálogo respeitoso e transparente entre pares e consequente geração de conflitos que se prolongam, transformando o ambiente de trabalho em um lugar de falta de confiança e mantenedor de medo e desconfianças; as informações truncadas e muitas vezes confusas (CARAN, 2007).

Quanto às relações interpessoais, destaca-se a liderança inadequada, encontrando-se o exercício do poder frequentemente centralizador e associado à vigilância exarcebada dos subordinados, como manifestação do controle disciplinar. Há predomínio de atividades confusas e contraditórias, em que a criatividade não é incentivada, sendo ao contrário, restringidas o que resulta em subutilização da capacidade criativa dos trabalhadores e, conseqüentemente, possível aumento do desânimo e da desmotivação. A cultura organizacional tem reflexos nas relações interpessoais (chefes e colegas), especialmente quando as premiações e incentivos podem adquirir aspectos negativos para aquele que os recebe, levando ao constrangimento público e à violação dos direitos do outro (CARAN, 2007).

Em relação às variáveis relacionadas ao trabalho, tem a excessiva carga de trabalho quer física ou mental ou, contraditoriamente, a escassez de trabalho, impondo ao trabalhador em sentimento de inutilidade e vazio. Existe também a intensificação do ritmo e de novas exigências, em tempo determinado, associada à ausência de solidariedade e ajuda mútua. Há, ainda, as jornadas prolongadas e que, no caso dos docentes, estendem-se até seus lares, interferindo nas relações familiares; a monotonia, a repetitividade e o esvaziamento do conteúdo da tarefa; há também desinformação e rumores associados aos conflitos de autoridade; o trabalho burocratizante e a supervisão que pune, violando as normas, que são frequentemente ignoradas pelas políticas de gestão e de superiores hierárquicos (CARAN, 2007).

Glina (2000) acrescenta, ainda, que os aspectos que caracterizam os riscos psicossociais presentes nos ambientes de trabalho podem ser detectados por meio das condições em que a atividade é realizada em um posto de trabalho como as exigências do cargo e as capacidades da pessoa que o desempenha; as relações interpessoais; a remuneração; a duração da jornada diária; o regime de trabalho; o ritmo, entre outros. O ritmo, as exigências de tempo e de produtividade, a quantidade de trabalho e a necessidade de realização do mesmo com a qualidade exigida, compõem o fator pressão no trabalho, contido nesses riscos.

Os riscos psicossociais prejudicam não só o indivíduo, mas toda a sociedade em que o mesmo está inserido. Entre os vários riscos ocupacionais presentes nos ambientes laborais, os psicossociais relacionam-se aos vários fatores como a intensidade de carga mental, a complexidade da tarefa, o elevado grau de responsabilidade, entre outros. Eles também podem causar influência na saúde mental dos trabalhadores, provocada pelas tensões da vida diária e por outros fatores adversos (CARAN, 2007).

Assim, tais riscos podem eclodir em alterações à saúde do trabalhador como neuroses, ansiedade intensa, distúrbios de sono, depressão, manifestações obsessivas, síndrome de Burnout, falhas de desempenho, conflitos interpessoais, assédio moral, conflitos familiares, estresse e violência (FACTS, 2002b).

Vale ressaltar que os riscos psicossociais são constituídos de vários fatores que podem favorecer o aparecimento de alterações mentais no trabalhador. Dentre elas, citam-se a ansiedade e depressão. Com isso, os docentes das IES, por estarem em contato com os riscos psicossociais, podem vir a desenvolver, com o passar dos anos na área da docência, sinais e sintomas de ansiedade e depressão decorrentes do processo saúde-doença-atividade laboral, temas que serão descritos a seguir.

#### **5.4 ANSIEDADE**

Ao longo do tempo, as relações entre as dimensões afetivas negativas, ansiedade e depressão, têm sido consideradas importantes tanto do ponto de vista teórico como da saúde mental, sendo que a ansiedade costuma estar estreitamente associada aos sintomas de depressão. Até finais do século XIX, as perturbações de ansiedade não se separavam de outras alterações do humor. Os casos menos graves eram, então, denominados de neurastenia. Esses construtos são considerados independentes, mas é reconhecida a sobreposição entre a ansiedade e depressão tanto sob a ótica da saúde mental como do ponto de vista estatístico (GELDER et al., 1996).

O termo ansiedade provém do grego *Anshein*, que significa oprimir, sufocar. Angústia ou ansiedade são termos correlatos, que exprimem a experiência subjetiva e são sempre associadas a manifestações de sintomas corporais (BARROS et al., 2003).

Ansiedade pode ser definida como uma resposta psicológica e física à ameaça do autoconceito, caracterizada por um sentimento subjetivo de apreensão, percebido pela consciência, e grande atividade do sistema nervoso autônomo. Altos níveis de ansiedade podem afetar o aprendizagem e o desempenho (MAGILL, 2002; CARVALHO; FARAH; GALDEANO, 2004).

Ela é uma relação existente entre a pessoa, o ambiente ameaçador e os processos neurofisiológicos decorrentes dessa relação (MAY, 1980). É considerada também um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (SWEDO; LEONARD; ALLEN, 1994; ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995).

A ansiedade é um fenômeno que pode ser caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão, nervosismo e preocupação que são experimentados por um indivíduo em um momento particular. Um de seus atributos é seu caráter de resposta a alguma ameaça e, nesse sentido, está intimamente relacionada ao medo, sendo que a diferença entre o medo e a ansiedade parece ser apenas a intensidade (SPIELBERG, 1976; PANKSEPP, 1982).

Outra definição de ansiedade encontrada na literatura refere-se ao conjunto de manifestações comportamentais que se podem apresentar como estado ou traço de ansiedade. O primeiro é tido como condição emocional temporária que varia em intensidade e flutua com o tempo, ou seja, é uma reação emocional transitória percebida pela consciência, intensificando a atividade do sistema nervoso autônomo; enquanto que o traço de ansiedade é uma característica da personalidade que permanece relativamente estável durante o tempo (CAUMO et al., 2000). Complementa-se, ainda, que é de fundamental relevância considerar as diferenças individuais na percepção e nas reações às situações como traços de ansiedade, isto é, comportamentos individuais que permanecem latentes, até que em uma determinada situação são ativados. Esses comportamentos são influenciados por experiências passadas que levam os indivíduos a reagir de determinada forma (SPIELBERGER, 1979).

É notório enfatizar que é difícil conceituar ansiedade, uma vez que ela é experimentada por cada um de maneira particular e de acordo com sua experiência. Todavia, cada pessoa é capaz de senti-la em si próprio ou no outro, ainda que com frequência possa ser entendida como medo (PEREGRINO, 1996).

Esse sentimento acompanha a maior parte das pessoas no processo existencial. Diante de algum sofrimento físico e/ou mental, que exija mudança na vida cotidiana, é esperada uma elevação de seus níveis. A ansiedade é provocada por um aumento inesperado ou previsto de tensão ou desprazer e pode desenvolver-se em qualquer situação, seja real ou imaginária, quando a ameaça é grande para ser ignorada, dominada ou descarregada (CAUMO et al., 2000; BARROS et al., 2003).

Também pode ser considerada um fenômeno adaptativo com duração e intensidade apropriadas e necessárias ao homem no enfrentamento das situações que lhes são impostas pela vida. Sua duração e intensidade podem ser expressas graficamente por uma curva de Gaus obtida por experimentos feitos por Yerkes-Dodson em 1908 cuja forma varia de indivíduo para indivíduo. Portanto, existe a ansiedade em diferentes situações da vida que otimiza ou não os recursos do indivíduo para lidar com ela (DRATCU; LADER, 1993).

Com relação à Epidemiologia, os transtornos de ansiedade estão entre os mais frequentes na população geral. Além de serem muito frequentes, os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência. Ela possui uma prevalência estimada ao longo da vida de 28,8% e uma prevalência estimada em 12 meses de 18,1% na população geral (ANDRADE et al., 2000; KINRYS; WYGANT, 2005).

Em termos clínicos, a ansiedade é um dos principais problemas psiquiátricos, com altos custos sociais e individuais e possui elevada demanda de assistência, demonstrando sua importância em termos de saúde pública (ANDREATINI; BOERNGEN-LACERDA, 2001).

É expressa organicamente por sensação de mal-estar psíquico, traduzido por perturbações somáticas como as cardio-respiratórias, a opressão e a sensação de ter nós no estômago e na garganta, além de um estado geral de hipercontração muscular. Diante da sua presença, há uma sensação de impotência e ineficácia face ao problema que se apresenta. A tensão vai aumentando em decorrência do impacto do estímulo, o que aciona as habituais respostas homeostáticas para a

solução dos problemas. A pessoa tentará diminuí-la, entretanto a falta de êxito e a continuação do estímulo estão associadas à elevação da tensão e um novo fracasso elevá-la a ainda mais. Nesse momento, atua como poderoso estímulo na mobilização de recursos internos, buscando alternativas de solução. O problema poderá, então, ser redefinido, falseando a realidade vivenciada, para que fique no âmbito de alguma experiência anterior; poderá, ainda, ser ignorado algum aspecto do problema que não consegue ser manipulado. É possível também que haja resignação ou renúncia a certas metas. Assim, haverá a exploração de possíveis caminhos alternativos, utilizados anteriormente em outras situações ansiogênicas. De qualquer forma, a pessoa tende a redefinir o problema, pela renúncia aos projetos ou pela distorção perceptual e, nesse caso, a tensão poderá ser diminuída a um limiar suportável (CAPLAN, 1982; BARROS et al., 2003).

Como sintomas desse quadro, citam-se: aumento da frequência cardíaca e respiratória, sudorese, tensão muscular, náusea, tontura, desconfortos epigástricos e manifestações psicológicas – apreensão, alerta, inquietude, hipervigilância, dificuldade de concentração e de conciliação do sono, mediados pelos sistemas gabaérgico, serotoninérgico, dopaminérgico, neuropeptidérgicos, entre outros (DRATCU; LADER, 1993; CID-10, 1994; SWEDO; LEONARD; ALLEN, 1994; ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995). Medos de que o paciente ou um de seus próximos venham brevemente a ficar doentes ou sofrer um acidente são frequentemente expressos (CID-10, 1994). Cabe enfatizar que a ansiedade também pode ser sintoma de um quadro patológico, como no hipertireoidismo; sintoma de quadros psiquiátricos (depressão) ou pode ser uma doença nos diferentes tipos de ansiedade patológica, como pânico e fobia (DRATCU; LADER, 1993).

Além disso, salienta-se que existem manifestações corporais involuntárias, como secura da boca, sudorese, arrepios, tremor, vômitos, palpitação, dores abdominais e outras alterações biológicas e bioquímicas detectáveis por métodos apropriados de investigação (LEWIS, 1979).

Dentro desse contexto, a ansiedade passa a ser reconhecida como patológica quando é exagerada, desproporcional em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversa do que se observa como norma naquela faixa etária e interfere na qualidade de vida, no conforto emocional ou no desempenho diário do indivíduo (ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995).

A maneira prática de se diferenciar a ansiedade normal de patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não. Assim, a ansiedade tem função adaptativa, uma vez que mobiliza os recursos individuais para enfrentamento mais adequado, em face das demandas do cotidiano. Nesse sentido, ela é esperada nas interações humanas e funciona como um alerta, aliciando esforço, atenção, prontidão e um investimento maior em situações que, de alguma forma, ameacem o indivíduo (CHAVES; CADE, 2004).

Pode ser leve ou grave; prejudicial ou benéfica; episódica ou persistente; ter uma causa física ou psicológica; ocorrer sozinha ou junto com outro transtorno (por exemplo, depressão) e afetar ou não a percepção e a memória (LEWIS, 1979). Carpenito (1997) complementa que ansiedade é um estado que não se apresenta na mesma intensidade em todos os pacientes, classificando-a em três graus: leve, moderada e grave.

Pode-se observar que numerosos esforços têm sido feitos na tentativa de definir operacionalmente e avaliar o construto ansiedade. Dessa forma, as escalas de ansiedade medem vários aspectos que podem ser agrupados de acordo com: humor, cognição, comportamento, estado de hiperalerta, sintomas somáticos, entre outros (KEEDWELL; SNAITH, 1996; ANDRADE; GORENSTEIN, 1998). Esses aspectos estão apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 – Aspectos mensurados pelas escalas de avaliação de ansiedade

<b>Humor</b>	a experiência de uma sensação de medo não associado a nenhuma situação ou circunstância específica; a apreensão em relação a alguma catástrofe possível ou não identificada.
<b>Cognição</b>	preocupação com a possibilidade de ocorrência de algum evento adverso a si próprio ou a outros; pensamentos persistentes de inadequação ou de incapacidade de executar adequadamente suas tarefas.
<b>Comportamento</b>	inquietação, ou seja, incapacidade de se manter quieto e relaxado mais do que alguns minutos, andando de um lado para o outro, apertando as mãos ou fazendo outros movimentos repetitivos sem finalidade.
<b>Estado de hiperalerta</b>	aumento da vigilância, exploração do ambiente, resposta aumentada a estímulos (sustos), dificuldade de adormecer (não devido à inquietação ou à preocupação).
<b>Sintomas somáticos</b>	sensação de constrição respiratória, hiperventilação e suas consequências, tais como espasmo muscular e dor (sem outra causa conhecida), tremor; manifestações somáticas de, p.ex., hiperatividade do sistema nervoso autônomo (taquicardia, sudorese, aumento da frequência urinária).
<b>Outros</b>	esta categoria residual pode incluir estados como despersonalização, baixa concentração e esquecimento, bem como sintomas que se referem a um desconforto, não necessariamente específico de ansiedade.

FONTE: (KEEDWELL; SNAITH, 1996)

Diante ao exposto anteriormente e da complexidade que envolve essa temática, no que se refere aos sintomas, tanto físicos quanto psicológicos, vale salientar que há dois modos para diminuir o nível de ansiedade: um deles é lidar diretamente com a situação, resolvendo o problema e tentando superar os obstáculos e, o outro, é fugir das ameaças e criar estratégias, como defesas reais ou imaginárias que possam minimizar seu impacto. Dessa forma, é possível também lutar para a proteção da personalidade, por meio do uso dos mecanismos de defesa (CAPLAN, 1982).

## 5.5 DEPRESSÃO

A depressão é um mal tão antigo quanto a humanidade. Em todas as épocas da história, encontra-se o homem apresentando comportamento tipicamente depressivo. Embora o aumento crescente da depressão, principalmente no mundo ocidental, a caracterize como o mal do século, esse quadro tem sido descrito desde os personagens bíblicos (SILVA, 1994; CLARO, 2000).

Notadamente nas últimas décadas, a depressão tem sido um tema de grande destaque especialmente na Psiquiatria. É surpreendente a quantidade de pesquisas e publicações que se desenvolveram nesse campo destinadas a tratar do assunto, bem como o alto investimento da indústria farmacológica na medicação antidepressiva, que vem lançando no mercado fórmulas quimioterapêuticas promissoras (RODRIGUES, 2000).

O termo depressão – do latim *de* (baixar) e *premere* (pressionar), isto é, *deprimere* que, literalmente significa pressão baixa – é relativamente recente, tendo sido introduzido no debate sobre a melancolia em contextos médicos somente no século XVIII, passando a ser mais utilizado pelos psicopatologistas no século XIX (RODRIGUES, 2000).

A palavra depressão, na linguagem corrente, tem sido empregada para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s). Esse transtorno pode aparecer como uma resposta a situações reais, devido a uma reação vivencial depressiva, quando diante de fatos desagradáveis, aborrecedores, frustrações e perdas (MENEZES; NASCIMENTO, 2000; WHO, 2008).

Batistoni (2005) define-a como uma síndrome psiquiátrica cujos principais sintomas são o humor deprimido e a perda de interesse ou de prazer em quase todas as atividades.

É um dos Transtornos do Humor, caracterizada por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável, redução da energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer, diminuição acentuada no interesse e no prazer pelas atividades anteriormente satisfatórias, apatia ou agitação psicomotora, perda ou aumento significativo do peso, dificuldade de concentração, pensamentos de cunho negativo como de morte, com perda da

capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo da realidade. Sintomas depressivos podem ter duração variada (episódios únicos, recorrentes, crônicos ou breves) e com intensidades diferentes (comprometimento no funcionamento do cotidiano de forma leve, moderada ou grave) (CID-10, 1994; DEL PORTO, 2000).

É notório enfatizar que a depressão é um grave problema de saúde pública, evidenciada pela importância das doenças mentais em relação às outras doenças. (MARTIN; QUIRINO; MARI, 2007). Atualmente, é relacionada como a quarta causa mundial de deficiência e o segundo lugar na faixa etária compreendida entre 15 a 44 anos, podendo se tornar um problema crônico ou recorrente que impossibilite ao sujeito cuidar de si mesmo e de suas atividades diárias (MONTEIRO; LAGE, 2007).

Em 2020, estima-se que a depressão será a segunda causa de incapacidade no mundo, podendo mesmo até ultrapassar o número de afetados por doenças cardiovasculares (MURAY; LOPEZ, 1997). A Organização Mundial da Saúde (OMS) cita-a, bem como a doença cardiovascular, como duas das condições mais debilitantes e dispendiosas no contexto da saúde, sendo essas doenças crônicas as enfermidades de maior impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo (OLIVEIRA JÚNIOR, 2005).

Em relação à sua frequência, estima-se que de 15% a 25% da população geral sofra desse transtorno e cerca de 20 a 40% das pessoas necessitem, em sua decorrência, de algum tipo de ajuda profissional. No Brasil, aproximadamente de 24 a 30 milhões de pessoas apresentam, apresentaram ou virão a ter pelo menos um episódio depressivo ao longo da vida (DALGALARRONDO, 2000; MENEZES; NASCIMENTO, 2000; SOUZA; GUIMARÃES; BALLONE, 2004).

A depressão afeta uma em cada cinco pessoas em algum momento de suas vidas e um terço das mulheres sofrerá, pelo menos, um episódio de depressão durante a vida, principalmente a depressão pós-parto (VISCARDI; HOR; DAJAS, 1994; SUAUI et al., 2005).

É frequentemente associada a maior risco de morbidades e de mortalidade, ocasionando o aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à adesão reduzida aos tratamentos terapêuticos e a maior risco de suicídio (KATONA et al., 1997).

Embora, em geral, admita-se que não há dados para provar que a depressão seja hereditária, essa é a principal hipótese etiológica que se procura sustentar e difundir. Assim, existem fortes indícios de que fatores genéticos sejam os

responsáveis primordiais pelas doenças depressivas em geral; porém, diante da inexistência de provas, acaba-se por concluir que até o momento não existe nada seguramente estabelecido sobre o assunto. Também há ainda outros fatores que corroborariam a teoria biológica da depressão, que tenta explicá-la e tratá-la como uma doença orgânica. São os chamados marcadores biológicos, isto é, anomalias biológicas comuns a todos os portadores da doença, por meio das quais se poderia identificar a doença (GUZ, 1990; MORAES et al., 2006).

No entanto, para alguns autores, a maioria dos processos depressivos endógenos pode desenvolver-se a partir de um fator desencadeante externo, fato que leva ao entendimento de que as explicações biológicas e psicodinâmicas não somente são compatíveis como interdependentes. A perda constitui-se no fator desencadeante mais comum na depressão, traduzindo-se, em geral, pela morte ou separação do objeto de amor. Ela pode ser real ou iminente, como nas reações depressivas que antecipam a morte de um ente querido. Algumas vezes, pode ser uma perda psicológica interna real ou fantasiada, como consequência da suposição de ser rejeitado pela família e pelos amigos, ou pela perda de *status* social, no caso de aposentados, por exemplo (MORAES et al., 2006).

Outro fator desencadeante, que merece ser destacado, refere-se a redução da autoconfiança e da autoestima, uma vez que o deprimido fundamenta o amor-próprio na contínua absorção de amor, respeito e aprovação das figuras importantes de sua vida e, por isso, a ruptura com tais objetos representa uma ameaça à fonte de amor e gratificação dependente que supre seus sentimentos narcisistas, constituindo-se em uma amputação do próprio ego (MACKINNON; MICHELS, 1992).

Essa patologia é altamente incapacitante e interfere de modo decisivo e intenso na vida pessoal, profissional, social e econômica dos portadores. É potencialmente letal, uma vez que, em casos graves, existe o risco contínuo de suicídio. Muitas pessoas sofrem em silêncio, seja porque não consultam, seja porque os profissionais não diagnosticam, nem tratam adequadamente. É fator de risco para outras enfermidades visto que as formas moderadas de depressão podem se apresentar mascaradas por outras queixas, gerando altos custos para o sistema de saúde e para a sociedade (MONTGOMERY, 1997).

Se não tratada adequadamente, é considerada tanto um fator de risco para o surgimento do infarto agudo do miocárdio (IAM), como um fator de pior prognóstico, aumentando sensivelmente a morbidade e a mortalidade (TAMAI, 2003).

Entre as características do estado depressivo, estão as manifestações somáticas, as mudanças de humor e pensamento, a falta de motivação e de concentração, a tristeza, o pessimismo, a autoestima baixa, a ansiedade e o comportamento suicida. Nas características somáticas, as mais frequentes são a perda de apetite e peso, a boca seca, a constipação, os distúrbios do sono e a perda da libido, podendo ocorrer ainda manifestações hipocondríacas. Quanto ao humor, são frequentes as queixas de sentimento de tristeza e infelicidade, tanto que as pessoas não respondem com interesse às coisas de que costumavam gostar. Além disso, é comum não conseguirem explicar por que se sentem tristes, encontrando no choro a única resposta possível (MORAES et al., 2006).

Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pessoas relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente, associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado (DEL PORTO, 1999).

As pessoas com depressão veem em tarefas simples enormes dificuldades, são manipuladas por pensamentos negativos, sentem-se fracassadas e culpadas pelos fracassos, os quais podem vir acompanhados de falta de ânimo, incapacidade, dificuldade de concentração e desgaste da motivação e da ambição. Exemplo disso é que muitos depressivos queixam-se da crescente dificuldade de trabalhar e de assumir responsabilidades. O indivíduo deprimido pode participar de atividades cotidianas quando pressionado, mas, se deixado à sua própria vontade, provavelmente se isole, buscando inclusive atividades que reforçe esse isolamento, como, por exemplo, a leitura (MACKINNON; MICHELS, 1992).

Ainda nesse contexto, a apresentação e a postura frequentemente denunciam a pessoa deprimida. Esta normalmente não sente vontade de se arrumar e chega a descuidar da própria higiene, sendo isso agravado principalmente nos quadros de depressão psicótica. O retardo psicomotor ou um extremo estado de agitação podem se alternar quanto mais profundo for o comportamento depressivo. O depressivo tem por característica atormentar-se com sua situação e com o efeito que causa em sua vida. Tende a ruminar seu passado e a sentir remorso, procurando imaginar soluções para os seus problemas por meio de alguma força oculta, onipotente. Tem,

ainda, dificuldade em lembrar das passagens felizes de sua vida e a percebe cor de cinza, com periódicos momentos negros (MACKINNON; MICHELS, 1992).

Em sua relação com os outros, ele deseja o amor, mas não consegue recompensá-los. Assim, ele pode tanto se isolar do convívio social como tentar estar sempre na companhia de amigos, para acabar afugentando-os com sua dependência ou para não se defrontar com seu silêncio. Entretanto, o depressivo pode usar-se para agredir os outros, ficar mal para mostrar sua insatisfação, uma vez que, detendo a atenção de todos e mantendo o controle e o domínio, garante o seu benefício secundário (MORAES et al., 2006).

Na medida em que a depressão se agrava, o indivíduo entrega-se, pois sente que os outros não querem ou não podem ajudá-lo e que as circunstâncias não vão melhorar. Essa aparente falta de possibilidades, aliada à baixa autoestima e à sensação de fracasso no enfrentamento de situações triviais e/ou complexas, reais ou fantasiadas, faz com que a pessoa gravemente deprimida sinta-se mal consigo mesma (MORAES et al., 2006).

Com referência às complicações da depressão, em um episódio depressivo maior, além do risco de suicídio, existem as dificuldades sociais, matrimoniais, profissionais, tendo como consequência a redução da qualidade de vida (SUAU et al., 2005; GALLICCHIO et al., 2007).

Para o diagnóstico da depressão levam-se em conta alguns fatores como: sintomas psíquicos, fisiológicos, e evidências comportamentais. Nos primeiros, são avaliados o humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa); a redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das atividades, antes consideradas como agradáveis; a fadiga ou sensação de perda de energia; a diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões. Nos sintomas fisiológicos, são avaliados alterações do sono e do apetite e redução do interesse sexual. Por fim, são analisadas também evidências comportamentais, como retraimento social; crises de choro; comportamentos suicidas; retardo psicomotor e lentificação generalizada, ou agitação psicomotora (DEL PORTO, 1999).

É importante enfatizar que a depressão é frequentemente subdiagnosticada e, quando diagnosticada corretamente, muitas vezes é subtratada. Apenas 35% dos doentes são diagnosticados e tratados adequadamente (HIRSCHFELD et al., 1997). Assim, pelas suas potenciais consequências prejudiciais, o tratamento

antidepressivo é preconizado, sendo intuitiva a necessidade de uma abordagem eficaz, buscando a remissão dos sintomas, como é a orientação para os quadros depressivos sem comorbidades (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Por fim, os profissionais da área da saúde precisam estar atentos para que a presença de depressão na população em geral seja detectada e enfrentada antes que cause prejuízos ao seu desempenho profissional e na vida social. Deve-se começar a criar um mundo solidário, identificando os problemas de saúde entre a população, nas mais diversas situações de trabalho. Também, programas educacionais, estratégias clínicas para orientação e o diagnóstico precoce desses problemas devem ser estimulados (FUREGATO et al., 2006).

Em geral, o indivíduo depressivo tende a ter alterações na sua autoestima.

## **5.6 AUTOESTIMA**

O indivíduo percebe e interpreta o mundo em função de sua constituição biopsíquica, suas experiências e seu aprendizado, ou seja, o tipo de personalidade e de comportamentos resilientes são fatores de proteção em relação à depressão (EDWARD, 2005). A maneira como o indivíduo se percebe e se valoriza também está relacionada aos níveis de estima pessoal. Dessa forma, a pessoa escolhe as formas de satisfazer suas necessidades de acordo com sua maneira de enfrentar o mundo, utilizando mecanismos de enfrentamento, negação, omissão, distorção e projeção, sempre evitando os efeitos da ameaça que as situações trazem consigo (FUREGATO, 1999).

No Brasil e em vários outros países, a temática da autoestima é pouco abordada cientificamente. Palavra fácil na psicologização das relações humanas, tornou-se popularizada por livros de autoajuda e pelo senso comum, o que acarreta dificuldades conceituais e metodológicas. Se por um lado, a propagação superficial desse conceito traz dificuldades, requerendo esforço na consolidação científica de algo já inscrito no senso comum; por outro, traz vantagens, uma vez que é temática já inscrita no imaginário social (GOBITTA, 2000; HUTZ, 2000).

Embora a importância da autoestima para o bem-estar social e individual seja reconhecida internacionalmente, no Brasil, há poucos de estudos sobre a temática, especialmente em bases populacionais. Um dos obstáculos a uma abordagem epidemiológica da autoestima é a escassez de instrumentos diagnósticos consolidados cientificamente em amostras brasileiras, o que impede o conhecimento desse atributo em contextos de investigação (MRUCK, 1995).

Há na literatura várias definições para o construto autoestima, mas não há um consenso sobre uma definição e todas dizem respeito ao valor e à competência de um indivíduo (ROCHA, 2002).

Dessa forma, autoestima pode ser definida como o juízo pessoal de valor que um indivíduo tem de si mesmo e que começa a ser moldado no cotidiano da primeira infância. Sua importância é grande na relação do indivíduo com ele mesmo e com os outros, influenciando sua percepção dos acontecimentos e principalmente seu comportamento. Seu sucesso frente a um desafio dependerá muito do seu estado emocional, no que se refere à qualidade de sua autoestima e ao seu nível de confiança (ASSIS et al., 2003).

Autoestima também é uma orientação positiva ou negativa em direção a si, uma avaliação global de seu próprio valor. Pessoas motivadas a terem uma alta autoestima têm indícios de uma autoconsideração positiva, podendo ser desenvolvida por meio das experiências de vida de cada indivíduo. É um componente do autoconceito, o qual é definido como a totalidade de pensamentos e sentimentos individuais tendo como referência a própria pessoa como um objeto (ROSENBERG, 2009).

Alguns autores descrevem a autoestima como sendo a visão que o indivíduo tem de seu valor, de suas capacidades, de seus significados e de seu sucesso (GECAS; SCHWALBE, 1986), enquanto outros relatam que a autoestima baseia-se no quanto a pessoa sente-se adequada naqueles domínios que são para ela particularmente importantes (ROCHA, 2002).

Branden (2000) utiliza a palavra confiança para designar a autoestima, por ele entendida como a capacidade humana de pensar; a habilidade de enfrentamento dos desafios da vida; o direito de vencer e de ser feliz. Ainda destaca como essência da autoestima a confiança nas próprias ideias e a consciência de saber-se merecedor da felicidade. Essa convicção/confiança é um fator tanto motivacional quanto de

comportamento. Para ele, o nível da autoestima influencia os atos e o modo como se age influencia por sua vez, o nível da autoestima.

Vale salientar que a percepção que o indivíduo tem do seu próprio valor e a avaliação que faz de si mesmo em termos de competência constitui pilares fundamentais da autoestima. Estudiosos sugerem que esse julgamento pessoal seja formado desde a infância. Entretanto, o nível da autoestima não é fixado definitivamente na infância. Ele pode ter um crescimento à medida que ocorra um amadurecimento, ou pode deteriorar-se; assim como a autoestima pode ser mais alta em pessoas de menor idade do que nas de maior e o inverso também pode ocorrer. Ela pode aumentar e diminuir e voltar a aumentar ao longo da vida (ROSENBERG, 1989; MRUCK, 1995).

Outro estudioso nessa temática que busca estudar a essência da relação entre a inteligência emocional e a autoestima apresenta a seguinte definição:

[...] é o conjunto de crenças que temos e aceitamos como verdade em relação a nós mesmos, nossa capacidade e o que podemos fazer. Inclui a confiança para pensarmos e enfrentarmos os desafios da vida, nossa vontade de crescer e sermos felizes, a integridade pessoal, a sensação de sermos merecedores, dignos, qualificados para expressarmos nossas necessidades e desejos e desfrutarmos os resultados de nossos esforços. (SABBI, 1999).

Cabe salientar que a autoestima tem sido igualmente relacionada com o desempenho social, uma vez que ela pode influenciar a expectativa que as pessoas possuem sobre o resultado de seu próprio desempenho. Essa expectativa, por sua vez, tem sido considerada uma variável importante para o desempenho social, em particular do comportamento assertivo, podendo afetar também esse desempenho das pessoas ao responderem ao *feedback* dos outros (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 1999; BANDEIRA et al., 2005).

Com relação às Teorias da Autoestima, o Quadro 2 apresenta alguns dos teóricos, com sua abordagem, definição e limitações (ROCHA, 2002).

Quadro 2 – Teorias da Autoestima

AUTOR	ABORDAGEM	AUTOESTIMA	LIMITAÇÕES
William James	Baseada na perspectiva histórica	Relacionada com valores, êxitos e competência relativa a cada indivíduo	Tem sua base na introspecção
Robert White	Psicodinâmica	Fenômeno evolutivo, atribui a autoestima à conceitos de competência e efetividade do Ego	Não pode ser avaliada experimentalmente, baseia-se apenas em pressupostos teóricos de estruturas da personalidade
Morris Rosenberg	Sócio-cultural	Atitude positiva ou negativa dada a um objeto particular, o “eu”. Valor e autoeficácia	Autoestima depende do meio, ou seja, a motivação individual é desconsiderada neste ponto de vista
Stanley Coopersmith	Comportamental	Autoestima depende dos comportamentos e da experiência. Aprendizagem é a palavra-chave	A maior parte dos estudos ficou restrita à infância e adolescência
Nathaniel Branden	Humanista	Autoestima sustentada por 4 pilares básicos: grau de consciência, integridade como pessoa, vontade de aceitar a responsabilidade e autoaceitação	É um trabalho mais filosófico do que científico. Dirige-se principalmente a leigos que buscam a literatura de auto-ajuda
Seymour Epstein	Cognitivo-experimental	Estrutura hierárquica baseada na organização cognitiva	Inclina-se mais a discutir o desenvolvimento da personalidade do que a própria autoestima

FONTE: (ROCHA, 2002)

Ainda nesse contexto, a autoestima pode ser pessoal e coletiva. A pessoal diz respeito à avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo, constituindo-se, assim, em um aspecto central do eu, que desempenha papel fundamental no processo de construção da identidade adulta (BLASCOVICH; TOMAKA, 1991). Ela é, portanto, uma consequência da identidade pessoal, congregando, dessa forma, as autoavaliações sobre os atributos e habilidades individuais manifestados nos domínios interpessoal e privado (PAEZ et al., 1998).

Já a autoestima coletiva refere-se à identidade social, isto é, à avaliação dos atributos característicos dos grupos aos quais o indivíduo pertence e com os quais se identifica. Desse modo, enquanto a autoestima pessoal situa-se no âmbito pessoal, a coletiva é fundamentalmente relacional, estando associada ao contexto intergrupar e às comparações que o indivíduo realiza entre seu próprio grupo a que pertence e os demais grupos sociais. Assim, quando a comparação favorece o seu próprio grupo, as pessoas tendem a percebê-lo como detentor de mais prestígio e a apresentar uma autoestima coletiva mais elevada do que quando a comparação não se mostra favorável ao grupo a que elas pertencem (TAJFEL; TURNER, 1986).

Com referência à classificação da autoestima, ela pode ser positiva e negativa. Quando positiva, o indivíduo tem uma satisfação interna que o preenche e o faz sentir-se feliz, valorizando sua existência. Quando negativa, as pessoas sentem-se inferiores em suas capacidades e habilidades em comparação aos demais, são conformistas e não possuem espírito de luta, como é o caso daqueles que são acometidos por transtorno depressivo. Portanto, a estabilidade e os bons níveis de autoestima podem ser fatores decisivos para a saúde mental (GALLAR, 1998; FUNDICHELY; ZALDIVAR, 1999; CASIQUE, 2004; MARSELLACH, 2009; ROMERO; CASAS; CARBELO, 2009). A autoestima pode ser uma atitude positiva ou negativa para com um objeto particular chamado de *self* (ROSENBERG, 1965).

Outra classificação encontrada na literatura é a autoestima alta que expressa o sentimento que o indivíduo tem em achar-se bom o suficiente. O indivíduo respeita a si mesmo, considera-se capaz sem, necessariamente, sentir-se superior às outras pessoas. Ele não se considera pior que os demais, embora reconheça suas limitações e expectativas para crescer e se aperfeiçoar. Por outro lado, autoestima baixa implica autorrejeição, insatisfação consigo mesmo e desprezo por sua própria pessoa. Sua autoimagem é ruim e ele deseja esconder-se. O grau de aceitação ou de rejeição do *self* é um fenômeno de aprendizado que envolve todo o processo da vida do indivíduo (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

Cabe mencionar que a autoestima alta correlaciona-se com: a racionalidade, o realismo, a intuição, a criatividade, a independência, a flexibilidade, a habilidade para lidar com mudanças, a disponibilidade para admitir (e corrigir) erros, a benevolência e a cooperação. Por outro lado, a baixa autoestima correlaciona-se com irracionalidade, cegueira diante da realidade, rigidez, medo do novo e não familiar, conformismo ou rebeldia impróprios, postura defensiva, comportamento por

demais submisso ou supercontrolador e medo dos outros ou hostilidade em relação a eles (BRANDEN, 2000).

Ainda para o mesmo autor, a autoestima pode ser avaliada segundo os níveis: baixo, médio e alto. A baixa caracteriza-se pelo sentimento de incompetência, de inadequação à vida e de incapacidade de superação de desafios; a alta expressa um sentimento de confiança e competência e, a média, flutua entre o sentimento de adequação ou inadequação, manifestando essa inconsistência no comportamento.

Há alguns fatores que podem influenciar a autoestima do indivíduo. Dentre eles, podem ser citadas características sociais como sexo, idade e estado civil, bem como pelas doenças que os acometem (LEE; SHEHAN, 1989; SCHIEMAN; CAMPBELL, 2001).

Há também uma série de indícios físicos, emocionais e psicológicos que retratam se a pessoa tem uma autoestima saudável ou boa, como por exemplo: atitude física relaxada; postura correta e equilibrada; amor próprio; autoaceitação; segurança; autoconfiança e capacidade de confiar nos outros; determinação em saber o que quer, entre outros (SABBI, 1999).

O abuso de drogas, a gravidez precoce, a delinquência, o suicídio, as agressões escolares, a depressão e a prostituição são alguns dos problemas ditos contemporâneos associados à baixa autoestima (DOURADO, 1984; MECCA; SMELSER; VASCONCELLOS, 1989; GOMES, 1994; ASSIS et al., 2003).

Diante ao exposto até então, o docente universitário com quadro de ansiedade e/ou, principalmente, de depressão pode apresentar diminuição da sua autoestima, uma vez que existe uma correlação significativa entre a autoestima e a depressão, ou seja, quanto mais baixo o escore de autoestima, mais deprimida a pessoa se considera. Vale ressaltar que os níveis de autoestima influenciam a valorização e a confiança pessoal, mas também são responsáveis por êxitos e fracassos na IES, no trabalho e na relação das pessoas com os demais (ROMERO; CASAS; CARBELO, 2009; ROSENBERG, 2009).

## ***6 METODOLOGIA***



## 6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, de corte transversal e abordagem quantitativa.

O estudo descritivo é a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço e à pessoa, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas à promoção da saúde. Geralmente são categorizadas em transversal, ou seja, o fator e o efeito são observados num mesmo momento histórico (ROUQUAYROL; ALVES FILHO, 1999; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa correlacional tem como finalidade estudar os relacionamentos entre as variáveis e é, frequentemente, um meio eficaz e eficiente de coletar uma grande quantidade de dados sobre uma área de problema, sendo altamente realista (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

## 6.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em duas universidades (A e B) localizadas no município de Alfenas - MG.

Esse município foi fundado em 15 de outubro de 1869, está situado na região da bacia da represa de Furnas, no sul do Estado de Minas Gerais. Possui área territorial de 849 Km<sup>2</sup>, altitude de 882 metros e população de aproximadamente 79.000 habitantes, segundo DATASUS de 2007. É considerado o núcleo urbano mais importante da região e a força de trabalho está distribuída nos setores: agropecuário, industrial, comercial, de transporte e outros.

Tradicionalmente, é uma região agropastoril e grande centro produtor de café. Apresenta uma pecuária leiteira bastante desenvolvida e iniciativa na agroindústria, principalmente no setor de gêneros alimentícios, sucos e laticínios.

Com relação à saúde, atualmente o município está estruturado na Atenção Básica, sendo as Unidades de Saúde da Família (USF) a porta de entrada no SUS.

Quatorze USF e quatro ambulatórios de especialidades dão suporte às USF e atendem à área central do município que não é coberta pelo Programa da Saúde da Família. Além disso, possui na Saúde Mental o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A estrutura hospitalar do município é constituída por três hospitais gerais, sendo dois de médio porte e um de pequeno porte. Conta também com a sede da Gerência Regional de Saúde (GRS) que administra 26 municípios da região.

Referente às instituições de ensino, Alfenas destaca-se pela Educação Básica e Superior. A rede municipal oferece Educação Básica em vinte e seis instituições (dez destas em zona rural), um núcleo de Educação de Jovens e Adultos, quinze núcleos de Educação Infantil. Quanto às instituições privadas, seis oferecem o Ensino Fundamental e, três, o Ensino Médio. Merece destaque o Ensino Superior oferecido em duas Universidades: uma privada e outra pública, ambas com cursos na área da saúde (PREFEITURA, 2009).

A universidade A é uma instituição pública, fundada em 3 de abril de 1914.

Dentre os seus cursos de graduação, cita-se o de Enfermagem, cuja fundação ocorreu no ano de 1976, sendo autorizado pelo Parecer nº 3246, de 5 de outubro de 1976 e Decreto nº 78949, de 15 de dezembro de 1976 e reconhecido pelo Parecer do CNE nº1484/79, Portaria MEC nº 1224, de 18 de dezembro de 1979.

Durante sua existência, o curso passou por três reformas curriculares. Na primeira, em 1980, foi ampliado o período de integralização para três anos e meio e na segunda, em 1987, foi acrescido um semestre, aumentando para quatro anos. Em 1996, foi então implantado o novo currículo mínimo para o curso, constituindo a terceira alteração curricular, quando ocorreu a inserção na Dinâmica Curricular do TCC, do Estágio Curricular Supervisionado em dois semestres e das Atividades Formativas, todos com regulamentação própria.

O curso de Enfermagem dessa universidade possui um corpo docente de 41 professores (19 responsáveis pelo ciclo profissionalizante e, 22, pelo ciclo básico).

A universidade B é uma instituição privada, fundada em maio de 1972.

O curso de Graduação em Enfermagem foi criado em agosto de 1999, por meio da Resolução nº 03/99, constituindo-se uma unidade Acadêmica da Universidade. Teve seu primeiro vestibular em outubro de 1999, sendo reconhecido pelo Conselho Estadual de Educação em 16/12/2003, pelo Parecer 945/2003.

O corpo docente do curso de Graduação em Enfermagem dessa universidade, no campus de Alfenas, é de 34 professores (20 responsáveis pelo ciclo profissionalizante e, 14, pelo ciclo básico).

### **6.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO**

A população de estudo constituiu-se por todos os 75 docentes do curso de graduação em Enfermagem das universidades A (41 docentes) e B (34 docentes) do município de Alfenas-MG, com exercício profissional na instituição há mais de um ano e responsáveis por disciplinas do ciclo profissionalizante e/ou básico.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: docentes de ambas as universidades que se encontrarem afastados de suas atividades de docência para cursar pós-graduação; afastamentos devido a gestação/maternidade ou para cuidar de familiares; os que possuíam mais de um vínculo empregatício relacionado à docência e aqueles que recusarem participar da pesquisa.

Após essa exclusão, a amostra constituiu-se por 71 docentes: 39 da universidade A e 32 da universidade B. Ressalta-se que dois professores da universidade A não participaram do presente estudo, pois se encontravam afastados para cursar pós-graduação; e dois da universidade B também não foram incluídos, uma vez que um estava cursando pós-graduação e, outra, em afastamento devido à maternidade.

### **6.4 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO**

A coleta de dados ocorreu no final do primeiro semestre letivo do ano de 2010, ou seja, do dia primeiro ao dia 30 do mês de junho.

## 6.5 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a Resolução 196/96, que trata de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos, foram obedecidos os seguintes princípios (BRASIL, 1996; GAUTHIER et al., 1998):

- Solicitação de autorização prévia à reitoria e à coordenação dos cursos de graduação em Enfermagem das universidades onde o estudo foi desenvolvido (APÊNDICES A e B);
- Aos participantes da pesquisa foi solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer fase da mesma (APÊNDICE C);
- Os juízes participantes do processo de refinamento (validação de aparência) do questionário foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e procedimentos e consultados quanto ao aceite em participar do estudo, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

Encaminhou-se o Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para avaliação, tendo o parecer sido aprovado, segundo o protocolo nº 0900/2008 (ANEXO A).

## 6.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizados quatro instrumentos, descritos a seguir.

### **6.6.1 Questionário para caracterização da amostra, dados sobre a atividade laboral e hábitos de vida**

Este questionário semiestruturado, de autoria do pesquisador, contém 23 questões, abordando as variáveis: sexo; idade; crença religiosa; estado civil; renda familiar mensal; número de filhos; tipo de moradia; formação universitária; possui mais de um curso de graduação; titulação; tempo de formado na graduação, de trabalho na docência e de trabalho na atual IES; tipo de contrato de trabalho na IES; carga horária semanal (regime de trabalho); plano de carreira; outro trabalho fixo além da atividade de docência; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; doenças crônicas; uso de medicamentos diários e ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência (APÊNDICE E).

O questionário, segundo Cervo e Bervian (2002); é a forma mais usada para coletar dados, pois possibilita medir com melhor exatidão o que se deseja por meio das respostas às questões que o próprio informante preenche, devendo ter natureza impessoal, ser limitado em sua extensão e finalidade.

Tal instrumento foi submetido a um processo de refinamento (validação de aparência), com objetivo de verificar se seus itens representam o universo do conteúdo e se permitem alcançar os objetivos traçados (RICCIO et al., 1995). Esse processo tem o objetivo de avaliar a clareza, a objetividade e a abrangência em relação àquilo que se propõe identificar (GALDEANO, 2007).

Para essa validação, o questionário foi encaminhado a um grupo de juízes, junto com um formulário contendo questões relacionadas à sua avaliação quanto à forma de apresentação, facilidade de leitura, clareza e conteúdo, bem como quanto às sugestões para retirada, acréscimo ou modificações dos itens (APÊNDICE F).

O grupo de juízes foi constituído por cinco docentes/pesquisadores: dois pesquisadores na temática Saúde do Trabalhador, dois com experiência em construção e validação de instrumentos de pesquisas e um com experiência na temática Saúde do Trabalhador e em construção e validação de instrumentos de pesquisas. Após a avaliação do questionário, foram apresentadas sugestões quanto: correção à linguagem para tornar mais clara as questões; à estrutura de algumas questões (transformação de estruturadas para abertas e separação de algumas variáveis); aparência do instrumento; assim como a inserção de questões (o tempo

de formado caso haja mais de um curso de graduação, trabalho fixo além da atividade docente e ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência). Essas sugestões foram acatadas e as adequações realizadas, compondo a versão final do instrumento (APÊNDICE E).

Posteriormente, submeteu-se esse instrumento a um teste piloto antes do início da coleta de dados, com o objetivo de verificar a melhor forma de coletar e registrar os dados, identificar a compreensão dos sujeitos às questões, assim como verificar a necessidade de adequação do vocabulário.

O teste piloto visa testar o instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população do universo ou da amostra, antes de ser aplicado definitivamente, a fim de evitar que a pesquisa chegue a um resultado falso. Seu objetivo, portanto, é verificar até que ponto esses instrumentos têm realmente condições de garantir resultados isentos de erros (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O procedimento ocorreu com dez docentes selecionados, aleatoriamente, no curso de Graduação em Enfermagem de uma IES pública do Estado de São Paulo, os quais responderam os itens do instrumento. No teste piloto, não foi evidenciada qualquer dificuldade de compreensão dos itens pelos respondentes; dessa forma, não foi necessário realizar modificações nas questões. Também constatou-se boa aceitação na aplicação dos instrumentos por meio do preenchimento auto-administrado.

### **6.6.2 Inventário de Ansiedade de Beck / Beck Anxiety Inventory (BAI)**

O Beck Anxiety Inventory (BAI) foi criado por Beck e colaboradores em 1988, que descrevem o desenvolvimento do instrumento e fornecem informações sobre suas propriedades psicométricas. Trata-se de uma escala construída com base em vários instrumentos de autorrelato, usados no *Center for Cognitive Therapy* para medir aspectos da ansiedade (BECK; STEER, 1993a), dos quais foram selecionados os itens que passaram a compor o Inventário (CUNHA, 2001).

O inventário foi traduzido e validado, no Brasil, por Cunha em 2001 e constitui uma nova medida de ansiedade que foi cuidadosamente elaborada para que se

evitasse confusão com depressão. A versão em português foi utilizada em grupos psiquiátricos e não psiquiátricos, inclusive em adolescentes, e também em trabalhos que envolvem outros sujeitos da comunidade (CUNHA, 2001).

Esse instrumento consiste em uma escala de autorrelato desenvolvido para medir a intensidade de sintomas de ansiedade, sendo que não é propósito do inventário revelar um diagnóstico. Foram selecionados 21 itens que refletissem, somaticamente, afetivamente e cognitivamente, os sintomas característicos de ansiedade (BECK et al., 1988a; CUNHA, 2001).

A escala consiste de 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo (ANEXO B). Ao respondente, é perguntado o quanto ele ou ela foram incomodados por cada um dos sintomas, durante a semana que passou, dentro de uma escala do tipo *likert* de 4 pontos, que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma, variando de 0 a 3: 1) Absolutamente não; 2) Levemente: não me incomodou muito; 3) Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; 4) Gravemente: dificilmente pude suportar (BECK et al., 1988b; BECK; STEER, 1993a; CUNHA, 2001).

Os itens, incluídos por Beck e Steer (1993a), são os seguintes: 1) Dormência ou formigamento; 2) Sensação de calor; 3) Tremores nas pernas; 4) Incapaz de relaxar; 5) Medo que aconteça o pior; 6) Atordoado ou tonto; 7) Palpitação ou aceleração do coração; 8) Sem equilíbrio; 9) Aterrorizado; 10) Nervoso; 11) Sensação de sufocação; 12) Tremores nas mãos; 13) Trêmulo; 14) Medo de perder o controle; 15) Dificuldade de respirar; 16) Medo de morrer; 17) Assustado; 18) Indigestão ou desconforto no abdômen; 19) Sensação de desmaio; 20) Rosto afogueado (rubor facial); 21) Suor (não devido ao calor).

O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais e pode variar de 0 a 63, sendo possível a classificação em níveis de intensidade da ansiedade; portanto uma maior pontuação corresponde a um grau mais elevado de ansiedade (BECK et al., 1988b; CUNHA, 2001).

As indicações para interpretar a ansiedade autoinformada, de acordo com a adaptação brasileira, são os seguintes pontos de corte: 0 a 10 – dentro do limite mínimo (ansiedade mínima); 11 a 19 – ansiedade leve; 20 a 30 – ansiedade moderada; 31 a 63 ansiedade grave (CUNHA, 1999; CUNHA 2001).

É importante mencionar que essa escala fornece aos pesquisadores e clínicos um conjunto de critérios seguros e válidos que podem ser usados para ajudar a diferenciar entre ansiedade e depressão e para esclarecer resultados de pesquisa e investigação teóricas das duas síndromes. Os dados sobre a fidedignidade e a validade, baseados em resultados das amostras originais, são amplamente satisfatórios, apresentando uma boa consistência interna e boa confiabilidade (CUNHA, 2001; MALUF, 2002).

Alguns estudos avaliaram a ansiedade de determinadas populações utilizando o BAI: familiares de usuário de drogas (MALUF, 2002); pessoas com medo de avião (REMOR, 2002) e com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GODOY; GODOY, 2002; GODOY, 2009); grupos de idosos (OLIVEIRA et al., 2006); fumantes (CASTRO et al., 2007); pacientes no pré-operatório (MARCOLINO et al., 2007); usuários de *crack* (GUIMARAES et al., 2008); tabagistas (CASTRO et al., 2008); estudantes que se preparavam para o vestibular (RODRIGUES; PELISOLI, 2008); mulheres vivendo com HIV/AIDS (JUNQUEIRA et al., 2008); pessoas após infarto do miocárdio (LEMOS et al., 2008); obesos antes e após a cirurgia bariátrica (OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009); adolescentes usuários de maconha (WAGNER; OLIVEIRA, 2009) e mulheres com transtornos de ansiedade e a efetividade da hidroginástica (VIEIRA; PORCU; BUZZO, 2009).

O BAI foi selecionado para o estudo devido ao fato de ter mostrado eficiência e adequação para ser aplicado na população geral, e por ser de fácil aplicação e também comumente associado com o Inventário de Depressão de Beck (BDI) em várias pesquisas (CUNHA, 2001).

No presente estudo, o BAI permitiu o alcance do objetivo 1.

### **6.6.3 Inventário de Depressão de Beck / Beck Depression Inventory (BDI-I)**

O BDI-I é a sigla pela qual é universalmente conhecido o instrumento Beck Depression Inventory, um dos primeiros recursos dimensionais desse tipo (CUNHA, 2001). Foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1961) e revisado por Beck et al. em 1979 e 1982 com o objetivo de medir as manifestações comportamentais e

avaliar a intensidade de depressão, uma vez que seus itens foram derivados de observações clínicas de pacientes deprimidos em psicoterapia.

Vale ressaltar que não era intenção dos autores a construção de um instrumento para diagnóstico de quadros específicos, mas, antes, criar uma medida escalar, com itens descritivos de atitudes e sintomas que podem ser encontrados em diferentes categorias nosológicas (BECK et al., 1961).

Foi inicialmente desenvolvido como uma escala sintomática de depressão, para uso com pacientes psiquiátricos, sendo que muitos estudos sobre suas propriedades psicométricas foram realizados nos anos seguintes ao seu aparecimento, passando a ser utilizado amplamente, tanto na área clínica como de pesquisa, mostrando-se um instrumento útil também para a população geral (BECK, 1967; BECK; STEER, 1993b).

Esse inventário foi traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países. A tradução para o português ocorreu em 1982 e a validação foi realizada por Gorenstein e Andrade (1996). Cabe mencionar que a versão brasileira do instrumento foi aprovada pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos / Conselho Federal de Psicologia, com autorização do *The Psychological Corporation* e apoio da Casa do Psicólogo (PINTON, 2006).

Essa escala revelou uma alta confiabilidade e boa validade quando comparada com o diagnóstico realizado por profissionais. Estudo confirmou a validade discriminante da versão em português do BDI-I, pela sua capacidade de diferenciar pacientes deprimidos de ansiosos e de sujeitos normais, ou seja, ele discrimina indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996; GORENSTEIN; ANDRADE, 1998).

É um instrumento estruturado e de autorrelato, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes (ANEXO C), que descrevem manifestações comportamentais cognitivas, afetivas e somáticas da depressão. Os itens foram selecionados com base em observações e relatos de sintomas e atitudes mais frequentes em pacientes psiquiátricos, com transtornos depressivos e não foram escolhidos para refletir qualquer teoria de depressão, em particular (BECK; STEER, 1993b). Seus itens referem-se a: 1) Tristeza; 2) Pessimismo; 3) Sentimento de fracasso; 4) Insatisfação; 5) Culpa; 6) Punição; 7) Autoaversão; 8) Autoacusações; 9) Ideias suicidas; 10) Choro; 11) Irritabilidade; 12) Retraimento social; 13) Indecisão; 14) Mudança na autoimagem; 15) Dificuldade de trabalhar; 16) Insônia; 17) Fatigabilidade; 18) Perda

de apetite; 19) Perda de peso; 20) Preocupações somáticas; 21) Perda de libido. Na versão em português, o conteúdo dos itens mantém-se idêntico (CUNHA, 2001; MALUF, 2002).

Cada categoria contém quatro alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação para cada categoria varia de zero a três (0, 1, 2 ou 3), subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, sendo zero a ausência dos sintomas depressivos e, três, a presença dos mais intensos. Dessa forma, a pontuação mínima é 0 e a máxima é 63, porque no caso de o examinado ter marcado mais de uma opção, usa-se a afirmação com a avaliação mais alta e a soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que corresponde à intensidade da depressão classificada com níveis mínimo, leve, moderado ou grave (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998; CUNHA, 2001; MALUF, 2002).

Os primeiros pontos de corte do BDI-I basearam-se em avaliações clínicas de depressão, correspondendo a determinados escores (CUNHA, 2001). Há diferentes propostas de pontos de corte para a classificação de depressão, já que este deverá ser baseado nas características da amostra e do estudo em questão (MALUF, 2002). O *Center for Cognitive Therapy* define-os, para amostras clínicas; enquanto, para amostras não clínicas eles não são sugeridos no manual de uso do instrumento (CUNHA, 2001). Assim, foi adotada a recomendação de Kendall et al. (1987) para população não diagnosticada: escores até 15 para subgrupo “sem depressão”; 16 a 20, para o subgrupo “disforia ou depressão leve”; 21 a 29, para o subgrupo “depressão moderada” e, 30 ou mais, para “depressão grave”.

Entre os estudos que utilizaram o BDI-I, citam-se as seguintes populações: pessoas com esclerose múltipla (MENDES et al., 2003); prostitutas (SCHREINER, 2004); residentes de Enfermagem (FRANCO; BARROS; MARTINS, 2005); indivíduos com bulimia nervosa (FONTENELLE et al., 2005); cuidadores familiar de pacientes com traumatismo crânio-encefálico (SERNA; SOUSA, 2005); mulheres vítimas de violência de seus parceiros (ADEOTADO et al., 2005); idosos (OLIVEIRA et al., 2006); pacientes com fibromialgia (SANTOS et al., 2006); em cuidados paliativos de câncer (DINIZ et al., 2006); em pré-operatórios de revascularização do miocárdio (PINTON, 2006) e com hipotireoidismo (TEIXEIRA et al., 2006); graduandos de Enfermagem (GARRO; CAMILLO; NÓBREGA, 2006); mulheres no climatério (NIEVAS et al., 2006; POLISSEN et al., 2009) e infectadas com HIV

(MELLO; MALBERGIER, 2006; JUNQUEIRA et al., 2008); fumantes (CASTRO et al., 2007); pessoas com desordens temporomandibulares (SELAIMEN et al., 2007); mães de crianças entre 12 a 16 meses (VITOLLO et al., 2007); adultos com transtorno do pânico (ANNICCHINO; MATOS, 2007); mulheres com endometriose (LORENÇATTO et al., 2007); indivíduos com nefrolitíase e cólica renal (DINIZ; BLAY; SCHOR, 2007); pacientes após infarto do miocárdio (LEMOS et al., 2008); com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GODOY, 2009); adolescentes usuários de maconha (WAGNER; OLIVEIRA, 2009) e obesos antes e após a cirurgia bariátrica (OLIVEIRA; YOSHIDA, 2009).

Esse instrumento foi selecionado para o estudo pelo fato de ser de fácil aplicação e por ser considerada referência padrão, sendo uma das escalas autoadministradas mais comumente utilizadas para a avaliação de depressão, uma vez que pode ser usada tanto na clínica quanto em pesquisa para avaliar sintomas depressivos em pacientes psiquiátricos e também na população não clínica (CUNHA, 2001; MALUF, 2002).

Sua aplicação permitiu, no presente estudo, o alcance do objetivo 2.

Ressalta-se que o pesquisador, juntamente com a psicóloga que forneceu suporte durante todo o processo de coleta de dados, adquiriram na Editora Casa do Psicólogo, detentora dos direitos autorais dessas escalas no Brasil, o Manual da versão em português das Escalas de Beck (CUNHA, 2001), contendo os instrumentos BAI e BDI-I. A necessidade da parceria com um profissional de Psicologia se deve ao fato de ser uma exigência da Casa do Psicólogo, ou seja, para a utilização e aplicação desses instrumentos por outros profissionais, utilizando a forma autoaplicada, faz-se necessária a supervisão deste especialista.

#### **6.6.4 Escala de Autoestima de Rosenberg**

O instrumento original, versão em inglês, foi elaborado por Rosenberg (1965), e sua versão foi traduzida e adaptada para o português por Dini (2001).

Trata-se de uma escala de 4 pontos do tipo *Likert* (1=concordo totalmente, 2=concordo, 3=discordo, 4=discordo totalmente), contendo 10 itens destinados à

avaliação da autoestima por meio de uma única dimensão (ANEXO D). Desse total de itens, 5 avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo (“No conjunto, eu estou satisfeito comigo”; “Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades”; “Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas”; “Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas”; “Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo”) e os demais avaliam sentimentos negativos (“Às vezes, eu acho que não presto para nada”; “Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar”; “Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes”; “Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo”; “No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso”) (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

Ainda para os mesmos autores, o escore é calculado somando-se as pontuações obtidas por meio da avaliação das 10 frases. Para a pontuação das respostas, os 5 itens que expressam sentimentos positivos têm valores invertidos (4=concordo totalmente, 3=concordo, 2=discordo, 1=discordo totalmente) e, então, somam-se esses valores aos dos outros 5 itens, totalizando um valor único para a escala, correspondente às respostas dos 10 itens. O intervalo possível dessa escala é de 10 (10 itens multiplicados por valor 1) a 40 (10 itens multiplicados por valor 4).

A classificação da autoestima é definida pela seguinte escala: autoestima alta (satisfatória) – escore maior que 30 pontos; média - escore entre 20 e 30 pontos e baixa (insatisfatória) - escore menor que 20 pontos (MARÇOLA; VALE, 2007).

A elevada autoestima, considerada na escala de Rosenberg, expressa o sentimento que o indivíduo tem em se achar bom o suficiente. Ele respeita a si mesmo, considera-se capaz sem, necessariamente, sentir-se superior às outras pessoas. Alta pontuação indica elevada autoestima; a pessoa não se considera pior que as demais, embora reconheça suas limitações e expectativas para crescer e se aperfeiçoar. Por outro lado, autoestima baixa implica autorrejeição, insatisfação consigo mesmo e desprezo por sua própria pessoa (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

Estudos utilizaram a escala de Rosenberg para avaliar a autoestima da população em diversos tipos de pessoas: adolescentes de escolas particulares (WEBER; STASIACK; BRANDENBURG, 2003); universitários do curso de Psicologia (SMEDEREVAC et al., 2003; ITO; GOBITTA; GUZZO, 2007); população clínica espanhola (MOREJÓN et al., 2004); pacientes que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005); com carcinoma de

pele (CARVALHO et al., 2007); com HIV/aids (SEIDL et al., 2007); gestantes (MARÇOLA; VALE, 2007; DIAS et al., 2008); portadores de oftalmopatia de Graves (MAGALHÃES et al., 2008); pessoas com síndrome de fadiga crônica (DICKSON; O'CARROLL, 2009); pacientes com doença intestinal inflamatória - colite ulcerativa e doença de Crohn (TAFT, 2009) e policiais civis (ANDRADE; SOUSA; MINAYO, 2009).

Essa escala foi escolhida como instrumento de avaliação de autoestima pelo fato de ser amplamente utilizada e conhecida internacionalmente e ter sido utilizada, no Brasil, com diferentes populações, como citado anteriormente, mostrando-se particularmente útil para avaliar a autoestima de uma determinada população. Tem como principais vantagens a capacidade de detectar pequenas alterações na autoestima, possuir boas propriedades psicométricas, ser curta e de fácil entendimento (CARVALHO et al., 2007).

A aplicação desse instrumento, permitiu o alcance do objetivo 3.

## **6.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA**

Após autorização da coordenação dos cursos de Graduação em Enfermagem das universidades onde o estudo seria desenvolvido; aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP e realização do teste piloto, iniciou-se a coleta de dados.

Às Coordenadorias de Graduação de ambas as universidades, foi solicitada a listagem do corpo docente do curso de Enfermagem, que foi conferida juntamente com a Coordenação dos referidos cursos, para verificação dos docentes que estavam em atividade na graduação em Enfermagem.

Durante o período estipulado para a coleta de dados (mês de junho de 2010), o pesquisador dirigiu-se até as salas dos docentes, solicitando-lhes a colaboração para realização da pesquisa. Preliminarmente, foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; mediante a sua anuência na participação, eles receberam, em um envelope, os quatro instrumentos, que foram preenchidos pelo próprio participante, uma vez que a aplicação dessas escalas pode ser realizada

pela forma autoadministrada (autoaplicada) e também pelo fato da população em estudo possuir elevado nível de instrução (escolaridade). O tempo estimado para preenchimento de cada instrumento varia de 5 a 10 minutos para a forma autoadministrada (CUNHA, 2001).

Todos os participantes foram comunicados de que, caso necessitassem de orientações e esclarecimentos sobre o BAI e o BDI-I, poderiam solicitar auxílio a uma psicóloga, previamente contactada pelo pesquisador, com experiência clínica e na aplicação de instrumentos (inventários), e que forneceria suporte durante todo o processo de coleta de dados. Ressalta-se que nenhum docente necessitou de orientações/esclarecimentos dessa profissional de Psicologia para preenchimento das escalas.

Os docentes participantes do estudo foram também orientados de que a devolução dos instrumentos para o pesquisador deveria ocorrer, em envelope lacrado e em local previamente combinado, uma semana após a entrega dos mesmos. Nos casos em que esse prazo não foi cumprido pelo docente, a entrega foi prolongada por um tempo maior, desde que não ultrapassasse o período de finalização da coleta de dados (final do mês de junho).

## 6.8 ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizada a planilha do *MS-Excel* para elaboração do banco de dados e, posteriormente o *Software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 15.0 para análise estatística descritiva e inferencial dos dados. A utilização desse *software* para a análise dos dados é o modelo mais utilizado para os instrumentos do tipo *Likert* (BISQUERA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004). O banco de dados foi elaborado por dupla digitação para evitar possíveis erros de transcrição.

Para a avaliação da confiabilidade dos instrumentos BAI, BDI e Escala de Autoestima de Rosenberg foi feita análise da consistência interna, por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach, sendo que os itens devem ser altamente correlacionados uns aos outros, uma vez que o atributo avaliado teoricamente é o mesmo. Seu valor pode variar entre zero e um, sendo que, quanto maior for o valor,

maior a consistência interna e a confiabilidade do instrumento, ou maior a congruência entre os itens, indicando a homogeneidade na medida do mesmo fenômeno. Assim, sugere-se que o valor do Alfa de Cronbach seja acima de 0,70 (FAYERS; MACHIN, 2000; ZANEI, 2006).

O Coeficiente Alfa de Cronbach testa as correlações entre os itens do instrumento. Quanto maior o alfa, maior a homogeneidade dos itens avaliados, indicando a acurácia da medida (GUILLERMIN; BOMBARDIER, 1993).

Após essa etapa, foram realizadas comparações das medidas (escores contínuos) de ansiedade, depressão e autoestima dos docentes de Enfermagem de universidade pública com os da universidade privada, aplicando o teste Mann-Whitney (TRIOLA, 2008). Com essa análise, alcançou-se o objetivo 4.

Realizou-se também a comparação, entre as duas universidades, de todas as 24 variáveis do questionário, além das medidas de ansiedade, depressão e autoestima. Para essa análise, utilizaram-se os testes Qui-quadrado de Pearson, exato de Fisher ou teste Mann-Whitney. Dessa forma, foi possível reafirmar o alcance dos objetivos 1, 2 e 3.

Em seguida, foi realizada análise univariada, comparando as variáveis tipo de universidade; sexo; idade; crença religiosa; estado civil; renda familiar mensal; número de filhos; tipo de moradia; formação universitária; possui mais de um curso de graduação; titulação; tempo de formado na graduação, de trabalho na docência e de trabalho na atual IES; tipo de contrato de trabalho na IES; carga horária semanal (regime de trabalho); plano de carreira; outro trabalho fixo além da atividade de docência; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; doenças crônicas; uso de medicamentos diários e ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência com as medidas de ansiedade, depressão e autoestima, com aplicação dos testes Qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher para comparação de proporções e, Mann-Whitney, para comparação de variáveis numéricas (contínuas). Para todas as variáveis supracitadas, estimou-se a *odds ratio* (razão de chance), com respectivo intervalo de confiança de 95% (TRIOLA, 2008). Com essas análises, foi possível alcançar o objetivo 5.

Para essas análises, as variáveis ansiedade, depressão e autoestima foram recodificadas em duas categorias devido às baixas frequências em cada categoria original. Para ansiedade, considerou-se: ansiedade mínima x ansiedade leve, moderada ou grave. Na classificação da depressão, a comparação foi: sem

depressão x depressão leve, moderada ou grave; enquanto para a classificação da autoestima, foi realizada a seguinte comparação: autoestima alta x autoestima média ou baixa.

Algumas variáveis explicativas também foram reagrupadas para facilitar as comparações: idade (até 40 anos x 41 ou mais anos); crença religiosa (católica x outras); estado civil (com parceiro x sem parceiro); renda familiar mensal (até 6000,00 reais x mais de 6000,00 reais); número de filhos (nenhum ou 1 x 2 ou mais); formação universitária (Enfermagem x outras); tempo de formado (até 15 anos x mais de 15 anos); tempo de trabalho na docência e de trabalho na atual IES (até 10 anos x mais de 10 anos); carga horária semanal de trabalho (com dedicação exclusiva x sem dedicação exclusiva) e prática de exercícios físicos (sedentário x pratica atividades). O reagrupamento foi feito, considerando-se a distribuição dos dados em cada categoria da variável original.

Vale ressaltar que se optou por realizar testes não paramétricos devido ao caráter assimétrico das variáveis analisadas, cuja distribuição foi testada por meio do *Teste de Kolmogorov-Smirnov*.

Após a análise univariada, foram selecionadas para os modelos de regressão logística binária múltipla aquelas variáveis com valor-p menor que 0,25 nas análises univariadas. Para o modelo de regressão logística binária múltipla, assim como para as comparações mencionadas anteriormente, foi considerado o nível de significância de 5%, ou seja, os dados foram estatisticamente significantes para  $p < 0,05$ . Foi avaliado o ajuste do modelo final por meio da estatística de Hosmer & Lemeshow (HOSMER; LEMESHOW, 2000; TRIOLA, 2008).

Cabe mencionar que, durante o processo de análise dos dados, referente aos cálculos dos escores do Inventário de Ansiedade de Beck e Inventário de Depressão de Beck, o pesquisador contou com a participação de uma psicóloga com experiência clínica e na aplicação de instrumentos (inventários), sendo a mesma que forneceria, caso necessário, suporte aos participantes do estudo durante a coleta de dados.

### **Árvore de decisão**

Para alguns desfechos, como a depressão e a ansiedade, nenhum modelo de regressão logística foi encontrado. Dessa forma, optou-se por um segundo tipo de análise multivariada, denominado árvore de decisão.

Na árvore de decisão, para se levantar os fatores que contribuem para a ocorrência de ansiedade, depressão ou autoestima baixa, utilizou-se o algoritmo CART (*Classification and Regression Tree* – Árvore de Classificação e Regressão).

Esse método de análise fundamenta-se em regras de classificação baseadas em árvores de decisão. A árvore começa com um nó raiz que contém todas as observações da amostra e os nós seguintes representam subconjuntos e subdivisões dos dados. A comparação sistemática das características dos indivíduos visa estabelecer relação entre as variáveis explicativas e uma única variável resposta. O modelo é ajustado por meio de sucessivas divisões no conjunto de dados com o objetivo de tornar os subconjuntos de dados cada vez mais homogêneos em relação à variável resposta. O processo de divisão repete-se até que nenhuma das variáveis selecionadas mostre influência significativa na divisão ou quando o tamanho do subconjunto for muito pequeno (BREIMAN et al., 1984).

Na análise pelo algoritmo CART, o critério de exclusão das variáveis do modelo é uma medida denominada *improvement*, que avalia o grau de impurezas que foram eliminadas do modelo com o acréscimo de novas variáveis. Quanto maior o valor do *improvement*, maior a importância da variável na classificação e, conseqüentemente, mais homogêneos serão os novos nós. Nessa análise, foi utilizado como critério de parada um *improvement* mínimo de 0,01.

O ajuste do modelo final foi avaliado por meio da estimativa de risco, que identifica os casos que foram incorretamente classificados. A estimativa de risco indica em que medida a árvore prediz corretamente os resultados, comparando a diferença entre o valor ajustado estimado pelo modelo e o valor real observado na amostra (BREIMAN et al., 1984).

## ***7 RESULTADOS***



## 7.1 ANÁLISES DESCRITIVAS COM COMPARAÇÃO ENTRE AS UNIVERSIDADES A E B

A tabela 1 apresenta algumas variáveis de caracterização da população em estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo as variáveis sexo, faixa etária, crença religiosa, estado civil, renda familiar mensal, número de filhos e tipo de moradia. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	10 (25,6%)	5 (15,6%)	15 (21,1%)
Feminino	29 (74,4%)	27 (84,4%)	56 (78,9%)
<b>Faixa etária (em anos)*</b>			
20 a 30	1 (2,6%)	6 (18,8%)	7 (9,9%)
31 a 40	12 (30,8%)	18 (56,3%)	30 (42,3%)
41 a 50	11 (28,2%)	4 (12,5%)	15 (21,1%)
51 ou mais	15 (38,5%)	4 (12,5%)	19 (26,8%)
<b>Crença religiosa</b>			
Católica	27 (69,2%)	25 (78,1%)	52 (73,2%)
Espírita	7 (17,9%)	2 (6,3%)	9 (12,7%)
Evangélica	3 (7,7%)	4 (12,5%)	7 (9,9%)
Ateu (sem religião)	2 (5,1%)	1 (3,1%)	3 (4,2%)
<b>Estado civil</b>			
Casado(a)/Com companheiro(a)	33 (84,6%)	25 (78,1%)	58 (81,7%)
Solteiro(a)	3 (7,7%)	5 (15,6%)	8 (11,3%)
Separado(a)	3 (7,7%)	2 (6,3%)	5 (7,0%)
<b>Renda familiar mensal (em reais)*</b>			
2.000,00 a 4.000,00	1 (2,6%)	9 (28,1%)	10 (14,1%)
4.001,00 a 6.000,00	15 (38,5%)	14 (43,8%)	29 (40,8%)
6.001,00 a 8.000,00	8 (20,5%)	4 (12,5%)	12 (16,9%)
8.001,00 a 10.000,00	7 (17,9%)	1 (3,1%)	8 (11,3%)
Acima de 10.000,00	8 (20,5%)	4 (12,5%)	12 (16,9%)
<b>Número de filhos</b>			
Nenhum	8 (20,5%)	12 (37,5%)	20 (28,2%)
1	7 (17,9%)	8 (25,0%)	15 (21,1%)
2	12 (30,8%)	6 (18,8%)	18 (25,4%)
3	9 (23,1%)	6 (18,8%)	15 (21,1%)
4 ou mais	3 (7,7%)	0 (0,0%)	3 (4,2%)
<b>Tipo de moradia</b>			
Casa própria	32 (82,1%)	28 (87,5%)	60 (84,5%)
Casa alugada	7 (17,9%)	4 (12,5%)	11 (15,5%)

\*Valor-p do teste exato de Fisher < 0,05 (na comparação entre as universidades)

NOTA: As demais variáveis apresentaram valor-p > 0,05 (na comparação entre as universidades)

Evidenciou-se que a maioria dos docentes, em ambas as universidades, era do sexo feminino.

Na amostra total, a faixa etária mais frequente foi de 31 a 40 anos (42,3%). Para essa variável, houve diferença significativa entre as duas universidades ( $p < 0,05$ ), sendo que na universidade A concentram-se os docentes mais velhos (38,5% com 51 anos ou mais) e, na universidade B, os mais jovens (75,1% com idade entre 20 e 40 anos).

Com referência à crença religiosa da população estudada, prevaleceu a católica em ambas as universidades (73,2% da amostra total), assim como também houve maior frequência de docentes casados(as) ou que vivem com companheiro(a) (84,6%, na universidade A e, 78,1%, na B).

Quanto à renda familiar mensal, houve diferença significativa entre as duas universidades ( $p < 0,05$ ), sendo que, na amostra total a renda mais frequente foi entre R\$ 4001,00 e R\$ 6000,00; entretanto, percebem-se maiores frequências de renda mais elevada entre os docentes da universidade A (38,4%, com renda mensal acima de R\$ 8001,00).

Com relação ao número de filhos dos participantes do estudo, constatou-se que, na amostra total, 28,2% dos mesmos não têm filhos, ressaltando que, na universidade A, prevaleceram os docentes com 2 filhos (30,8%).

A maioria mora em casa própria (82,1%, na universidade A e, 87,5%, na B).

A tabela 2 apresenta a estatística descritiva das variáveis “idade” e “renda familiar”.

Tabela 2 – Estatística descritiva segundo as variáveis idade e renda familiar (contínuas).  
Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

Variáveis	Universidade A (n=39)	Universidade B (n=32)	Total (n=71)
<b>Idade (em anos)*</b>			
Média	46	38	42
Desvio-padrão	10	8	10
Mínimo	23	25	23
Máximo	69	59	69
1º quartil (P25)	38	32	35
2º quartil (P50 – Mediana)	47	37	40
3º quartil (P75)	52	41	51
<b>Renda familiar mensal (em reais)*</b>			
Média	8110,26	5946,88	7135,21
Desvio-padrão	3161,51	2741,55	3151,15
Mínimo	4000,00	2500,00	2500,00
Máximo	16000,00	12500,00	16000,00
1º quartil (P25)	6000,00	4000,00	5000,00
2º quartil (P50 – Mediana)	7000,00	5000,00	6000,00
3º quartil (P75)	10000,00	8000,00	9000,00

\*Valor-p do teste Mann-Whitney < 0,05 (na comparação entre as universidades)

A mediana de idade entre os docentes da universidade A foi de 47 anos e de 37 anos para a universidade B, havendo diferença significativa entre os dois grupos ( $p < 0,05$ ). Além disso, constatou-se maior mediana na renda familiar mensal entre os docentes da universidade A (R\$ 7000,00), também com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

A Tabela 3 apresenta as variáveis “formação universitária”, “titulação” e “possui mais de um curso de graduação”.

Tabela 3 – Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme as variáveis formação universitária, titulação e se possui mais de um curso de graduação. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
<b>Formação universitária</b>			
Enfermagem	19 (48,7%)	20 (62,5%)	39 (54,9%)
Biomedicina	1 (2,6%)	1 (3,1%)	2 (2,8%)
Ciências Biológicas	6 (15,4%)	1 (3,1%)	7 (9,9%)
Odontologia	2 (5,1%)	0 (0,0%)	2 (2,8%)
Farmácia	5 (12,8%)	4 (12,5%)	9 (12,7%)
Psicologia	2 (5,1%)	1 (3,1%)	3 (4,2%)
Medicina Veterinária	1 (2,6%)	3 (9,4%)	4 (5,6%)
Agronomia	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
Direito	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
Química	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
Radiologia	0 (0,0%)	1 (3,1%)	1 (1,4%)
Fonoaudiologia	0 (0,0%)	1 (3,1%)	1 (1,4%)
<b>Titulação*</b>			
Especialização	3 (7,7%)	10 (31,3%)	13 (18,3%)
Mestrado	10 (25,6%)	17 (53,1%)	27 (38,0%)
Doutorado	18 (46,2%)	4 (12,5%)	22 (31,0%)
Pós-doutorado	8 (20,5%)	1 (3,1%)	9 (12,7%)
<b>Possui mais de um curso de graduação</b>			
Não	32 (82,1%)	27 (84,4%)	59 (83,1%)
Sim	7 (17,9%)	5 (15,6%)	12 (16,9%)
<b>Outro curso de graduação**</b>			
Ciências Biológicas	2 (28,6%)	3 (60,0%)	5 (41,7%)
Ciências Sociais	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)
Química	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)
Matemática	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)
Farmácia	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)
Pedagogia	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (8,3%)
Direito	0 (0,0%)	1 (20,0%)	1 (8,3%)
Agronomia	0 (0,0%)	1 (20,0%)	1 (8,3%)

\*Valor-p do teste exato de Fisher < 0,05 (na comparação entre as universidades)

\*\*Apenas os docentes que possuem outro curso de graduação

NOTA: As demais variáveis apresentaram valor-p > 0,05 (na comparação entre as universidades)

A maioria dos docentes, em ambas as universidades, são enfermeiros (54,9% da amostra total) e sem outro curso de graduação (83,1% da amostra total). Com relação à titulação, houve diferença significativa entre as duas universidades ( $p < 0,05$ ), sendo os doutores mais frequentes na universidade A (46,2%) e, os mestres, na universidade B (53,1%).

A tabela 4 apresenta alguns aspectos ocupacionais da população estudada, assim como de formação.

Tabela 4 – Distribuição dos docentes de Enfermagem de acordo com as variáveis tempo de formado (graduação), tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
<b>Tempo de formado (graduação) (em anos)*</b>			
1 a 5	1 (2,6%)	3 (9,4%)	4 (5,6%)
6 a 10	4 (10,3%)	8 (25,0%)	12 (16,9%)
11 a 15	7 (17,9%)	12 (37,5%)	19 (26,8%)
16 a 20	6 (15,4%)	3 (9,4%)	9 (12,7%)
21 ou mais	21 (53,8%)	6 (18,8%)	27 (38,0%)
<b>Tempo de trabalho na docência (em anos)*</b>			
1 a 5	3 (7,7%)	10 (31,3%)	13 (18,3%)
6 a 10	9 (23,1%)	14 (43,8%)	23 (32,4%)
11 a 15	7 (17,9%)	2 (6,3%)	9 (12,7%)
16 a 20	7 (17,9%)	2 (6,3%)	9 (12,7%)
21 ou mais	13 (33,3%)	4 (12,5%)	17 (23,9%)
<b>Tempo de trabalho na atual IES (em anos)*</b>			
1 a 5	16 (41,0%)	11 (34,4%)	27 (38,0%)
6 a 10	4 (10,3%)	16 (50,0%)	20 (28,2%)
11 a 15	2 (5,1%)	1 (3,1%)	3 (4,2%)
16 a 20	5 (12,8%)	1 (3,1%)	6 (8,5%)
21 ou mais	12 (30,8%)	3 (9,4%)	15 (21,1%)
<b>Tempo de formado em outro curso de graduação (em anos)**</b>			
6 a 10	0 (0,0%)	2 (40,0%)	2 (16,7%)
11 a 15	1 (14,3%)	1 (20,0%)	2 (16,7%)
16 a 20	3 (42,9%)	0 (0,0%)	3 (25,0%)
21 ou mais	3 (42,9%)	2 (40,0%)	5 (41,7%)

\*Valor-p do teste exato de Fisher < 0,05 (na comparação entre as universidades)

\*\* Apenas os docentes que possuem outro curso de graduação

Com relação ao tempo de formado na graduação, houve diferença significativa entre as duas universidades ( $p < 0,05$ ), sendo que a maioria dos

docentes da universidade A tem 21 anos ou mais de formado (53,8%), enquanto na universidade B, a maior parte tem de 11 a 15 anos de formado (37,5%).

Constatou-se que houve diferença significativa no tempo de trabalho na docência ( $p < 0,05$ ), sendo que 33,3% dos docentes da universidade A têm 21 anos ou mais de docência, enquanto que a maior parte (43,8%) dos entrevistados da universidade B tem de 6 a 10 anos de docência.

Quanto ao tempo de trabalho na atual IES, observa-se que, na amostra geral, 38,0% dos docentes trabalham em suas instituições há menos de 6 anos, tendo diferença significativa ( $p < 0,05$ ).

A tabela 5 apresenta a estatística descritiva das variáveis “tempo de formado (graduação)”, “tempo de trabalho na docência” e “tempo de trabalho na atual IES”.

Tabela 5 – Estatística descritiva das variáveis tempo de formado (graduação), tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

Universidades	Estatística descritiva	Variáveis			
		Tempo de formado (graduação)*	Tempo de formado em outro curso de graduação	Tempo de trabalho na docência*	Tempo de trabalho na atual IES
Universidade A	Média	21,8	23,6	18,0	14,6
	Desvio padrão	9,2	8,4	10,2	12,6
	Mediana	22,0	20,0	16,0	10,0
	Mínimo	1,5	15,0	1,5	1,5
	Máximo	46,0	38,0	46,0	46,0
Universidade B	Média	14,1	17,4	10,2	8,2
	Desvio padrão	8,4	11,8	8,5	7,1
	Mediana	13,0	14,0	8,0	7,0
	Mínimo	2,0	6,0	1,5	1,5
	Máximo	37,0	36,0	37,0	30,0

\*Valor-p do teste Mann-Whitney  $< 0,05$  (na comparação entre as universidades)

NOTA: As demais variáveis apresentaram valor-p  $> 0,05$  (na comparação entre as universidades)

Constatou-se que as medianas do tempo de formado na graduação, de formado em outro curso de graduação, de trabalho na docência e do tempo de trabalho na atual IES foram maiores nos docentes da universidade A. Cabe

mencionar que houve diferença significativa entre as universidades no tempo de formado na graduação e de trabalho na docência ( $p < 0,05$ ).

A tabela 6 apresenta alguns aspectos relacionados à atividade de docência.

Tabela 6 – Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo o tipo de contrato na IES, a carga horária semanal de trabalho na instituição (regime de trabalho) e plano de carreira na IES que trabalha. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
<b>Tipo de contrato de trabalho na IES*</b>			
Estatutário (concursado)	38 (97,4%)	0 (0,0%)	38 (53,5%)
Contrato com tempo determinado (substituto)	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
Consolidação das Leis do Trabalho	0 (0,0%)	32 (100,0%)	32 (45,1%)
<b>Carga horária semanal (regime de trabalho)</b>			
Integral (40 horas com dedicação exclusiva)	38 (97,4%)	0 (0,0%)	38 (53,5%)
Integral (40 horas sem dedicação exclusiva)	1 (2,6%)	12 (37,5%)	13 (18,3%)
Parcial (20 horas)	0 (0,0%)	6 (18,8%)	6 (8,5%)
Horista	0 (0,0%)	14 (43,8%)	14 (19,7%)
<b>Plano de carreira na IES</b>			
Não	0 (0,0%)	32 (100,0%)	32 (45,1%)
Sim	39 (100,0%)	0 (0,0%)	39 (54,9%)

\*Valor-p do teste exato de Fisher  $< 0,05$  (na comparação entre as universidades)

NOTA: As demais variáveis apresentaram valor-p  $> 0,05$  (na comparação entre as universidades)

Com referência ao tipo de contrato de trabalho na IES, a maioria dos docentes da universidade A é concursado (97,4%) e apenas um substituto (2,6%); enquanto que todos os da universidade B têm contrato com base na Consolidação das Leis de Trabalho, apresentado diferença significativa entre as universidades ( $p < 0,05$ ).

A maioria dos docentes da universidade A encontrava-se sob regime de trabalho com tempo integral e dedicação exclusiva (97,4%) e, 43,8% dos entrevistados da universidade B, são horistas. Dentre esses, três (21,4%)

desenvolvem até 10 horas de trabalho na IES; oito (57,2%), de 11 a 20 horas e, três (21,4%), 21 horas ou mais de trabalho.

Existe plano de carreira apenas na universidade A. É notório enfatizar que, na universidade B, o plano de carreira dos docentes encontra-se em processo de elaboração e implantação.

A tabela 7 apresenta a variável “existência de outro tipo de emprego (trabalho fixo) além da atividade de docência”, assim como dados sobre esse trabalho.

Tabela 7 – Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme a existência de outro tipo de emprego (trabalho fixo) além da atividade de docência, atividade desenvolvida e carga horária semanal. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Universidade A (n=39)</i>	<i>Universidade B (n=32)</i>	<i>Total (n=71)</i>
<b><i>Outro tipo de emprego (trabalho fixo) além da atividade de docência*</i></b>			
Não	38 (97,4%)	22 (68,8%)	60 (84,5%)
Sim	1 (2,6%)	10 (31,3%)	11 (15,5%)
<b><i>Atividade desenvolvida**</i></b>			
Empresária do ramo varejista	1 (100,0%)	1 (10,0%)	2 (18,2%)
Enfermeiro(a) de Instituição de Saúde	0 (0,0%)	7 (70,0%)	7 (63,6%)
Psicóloga Clínica	0 (0,0%)	1 (10,0%)	1 (9,1%)
Tecnólogo em Radiologia de Instituição de Saúde	0 (0,0%)	1 (10,0%)	1 (9,1%)
<b><i>Carga horária semanal da atividade**</i></b>			
10 a 20 horas	1 (100,0%)	2 (20,0%)	3 (27,3%)
21 a 30 horas	0 (0,0%)	6 (60,0%)	6 (54,5%)
31 horas ou mais	0 (0,0%)	2 (20,0%)	2 (18,2%)

\*Valor-p do teste exato de Fisher < 0,05 (na comparação entre as universidades)

\*\*Apenas os docentes que possuem outro tipo de emprego (trabalho fixo) além da atividade de docência

NOTA: As demais variáveis apresentaram valor-p > 0,05 (na comparação entre as universidades)

Evidenciou-se que 97,4% dos docentes da universidade A não possuem outro tipo de emprego além da atividade de docência, fato justificado pela tabela 6, em que o mesmo percentual dos docentes possui dedicação exclusiva na instituição de trabalho. Na universidade B, 31,3% dos entrevistados possuem outro tipo de

emprego, sendo a maioria enfermeiros de instituição de saúde e com carga horária de 21 a 30 horas semanais. Observa-se também que houve diferença significativa entre as universidades na comparação da variável “outro tipo de emprego além da atividade de docência” ( $p < 0,05$ ).

A variável “prática de exercícios físicos” está apresentada na tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo a prática de exercícios físicos. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variável</i>	<i>Universidade A</i> ( <i>n=39</i> )	<i>Universidade B</i> ( <i>n=32</i> )	<i>Total</i> ( <i>n=71</i> )
<b><i>Prática de exercícios físicos</i></b>			
Sedentário(a)	12 (30,8%)	13 (40,6%)	25 (35,2%)
Pratica raramente	8 (20,5%)	4 (12,5%)	12 (16,9%)
Pratica semanalmente	16 (41,0%)	13 (40,6%)	29 (40,8%)
Pratica diariamente	3 (7,7%)	2 (6,3%)	5 (7,0%)

NOTA: Valor-p do teste exato de Fisher  $> 0,05$  (na comparação entre as universidades)

Na amostra total, 40,8% dos docentes praticam atividade física semanalmente e, 35,2%, são sedentários, não havendo diferença significativa entre os entrevistados das duas universidades ( $p > 0,05$ ). Ressalta-se que a maior frequência de docentes sedentários ocorreu na universidade B.

As variáveis “tabagismo” e “quantidade de cigarros consumidos por dia” estão apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição dos docentes de Enfermagem de acordo com o tabagismo e a quantidade de cigarros consumidos por dia. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Universidade A (n=39)</i>	<i>Universidade B (n=32)</i>	<i>Total (n=71)</i>
<b>Tabagismo</b>			
Não	39 (100,0%)	29 (90,6%)	68 (95,8%)
Sim	0 (0,0%)	3 (9,4%)	3 (4,2%)
<b>Quantidade de cigarros consumidos por dia*</b>			
Até 10	0 (0,0%)	2 (66,6%)	2 (66,6%)
Acima de 10	0 (0,0%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)

\*Apenas os docentes que são tabagistas

NOTA: Valor-p do teste exato de Fisher > 0,05 (na comparação entre as universidades)

Quanto ao tabagismo, nenhum docente da universidade A consome cigarros, mas 9,4% dos entrevistados da universidade B são tabagistas e fumam, em sua maioria (66,6%), até 10 cigarros por dia. Pela avaliação estatística, não houve diferença significativa entre os docentes das duas universidades ( $p > 0,05$ ).

As variáveis “consumo de bebida alcoólica” e “frequência desse consumo” estão apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme o consumo de bebida alcoólica e a frequência desse consumo. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>			
Não	17 (43,6%)	22 (68,8%)	39 (54,9%)
Sim	22 (56,4%)	10 (31,3%)	32 (45,1%)
<b>Frequência do consumo de bebida alcoólica*</b>			
<u>Usuário leve</u> : utilizou bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana	16 (72,7%)	8 (80,0%)	24 (75,0%)
<u>Usuário moderado</u> : utilizou bebida alcoólica semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês.	6 (27,3%)	2 (20,0%)	8 (25,0%)

\*Apenas os docentes que consomem bebida alcoólica

NOTA: Valor-p do teste Qui-quadrado > 0,05 (na comparação entre as universidades)

Entre os docentes da universidade A, 56,4% relataram o consumo de bebida alcoólica; enquanto na universidade B esse percentual foi de 31,3%, não havendo diferença significativa entre os dois grupos ( $p > 0,05$ ). Na amostra geral, dos docentes que consomem bebida alcoólica, a maioria é classificada como usuários leves (75,0%).

A tabela 11 apresenta informações relacionadas à variável “doença crônica”.

Tabela 11 – Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo a presença e a quantidade de doenças crônicas. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
<b>Presença de doença crônica</b>			
Não	26 (66,7%)	25 (78,1%)	51 (71,8%)
Sim	13 (33,3%)	7 (21,9%)	20 (28,2%)
<b>Quantidade de doenças crônicas*</b>			
1	10 (76,9%)	5 (71,4%)	15 (75,0%)
2	1 (7,7%)	2 (28,6%)	3 (15,0%)
3	2 (15,4%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)
<b>Doença crônica**</b>			
Diabetes <i>mellitus</i>	3 (23,1%)	0 (0,0%)	3 (15,0%)
Hipertensão arterial	7 (53,8%)	3 (42,8%)	10 (50,0%)
Hipotireoidismo	5 (38,5%)	3 (42,8%)	8 (40,0%)
Hipercolesterolemia	1 (7,7%)	1 (14,3%)	2 (10,0%)
Tireoidite de Hashimoto	0 (0,0%)	1 (14,3%)	1 (5,0%)
Asma	0 (0,0%)	1 (14,3%)	1 (5,0%)
Doença de Crohn	1 (7,7%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)
Disritmia cerebral	1 (7,7%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)

\*Apenas os docentes que possuem doenças crônicas

\*\*Apenas os docentes que possuem doenças crônicas e houve mais de uma resposta por participante

NOTA: Valor-p do teste Qui-quadrado > 0,05 (na comparação entre as universidades)

A frequência de doenças crônicas na universidade A foi de 33,3% e, na universidade B, de 21,9%, não havendo diferença significativa entre os dois grupos ( $p > 0,05$ ). Entre os docentes que apresentam doença crônica, a maioria, de ambas as universidades, tem apenas uma doença, sendo as mais frequentes a hipertensão arterial e o hipotireoidismo.

A tabela 12 apresenta informações sobre a variável “uso de medicamentos diários”.

Tabela 12 – Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme o uso de medicamentos diários, quantidade e grupo farmacológico. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
<b>Uso de medicamentos diários</b>			
Não	23 (59,0%)	22 (68,8%)	45 (63,4%)
Sim	16 (41,0%)	10 (31,3%)	26 (36,6%)
<b>Quantidade de medicamentos utilizados*</b>			
1	11 (68,8%)	7 (70,0%)	18 (69,2%)
2	1 (6,3%)	3 (30,0%)	4 (15,4%)
3	3 (18,8%)	0 (0,0%)	3 (11,5%)
4	1 (6,3%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)
<b>Grupo farmacológico do medicamento**</b>			
Antihipertensivo	7 (43,8%)	3 (30,0%)	10 (38,5%)
Hipoglicemiante oral	3 (18,8%)	0 (0,0%)	3 (11,5%)
Hormônio tireoidiano	5 (31,3%)	4 (40,0%)	9 (34,6%)
Ansiolítico / Antidepressivo	3 (18,8%)	1 (10,0%)	4 (15,9%)
Anticonvulsivante	1 (6,3%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)
Antilipêmico	1 (6,3%)	1 (10,0%)	2 (7,7%)
Broncodilatador	0 (0,0%)	1 (10,0%)	1 (3,8%)
Imunossupressor	1 (6,3%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)
Regulador de humor	1 (6,3%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)
Contraceptivo oral	1 (6,3%)	2 (20,0%)	3 (11,5%)

\*Apenas os docentes que fazem uso de medicamentos diários

\*\*Apenas os docentes que fazem uso de medicamentos diários e houve mais de uma resposta por participante

NOTA: Valor-p do teste Qui-quadrado > 0,05 (na comparação entre as universidades)

De acordo com o uso de medicamentos diários, 41,0% dos docentes da universidade A e, 31,3%, da universidade B, fazem uso de medicamentos, não havendo diferença significativa entre os dois grupos ( $p > 0,05$ ). A maioria desses entrevistados usa apenas um medicamento, sendo os mais utilizados, em ambas as universidades, o antihipertensivo e o hormônio tireoidiano. Esses dados vão ao encontro com os apresentados na tabela 11 em que as doenças crônicas mais frequentes nos docentes foram a hipertensão arterial e o hipotireoidismo.

A tabela 13 apresenta informações sobre a variável “ocorrência de evento marcante na vida”.

Tabela 13 – Distribuição dos docentes de Enfermagem de acordo com a ocorrência e quantidade de eventos marcantes na vida. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
<b>Ocorrência de evento marcante na vida</b>			
Não	26 (66,7%)	16 (50,0%)	42 (59,2%)
Sim	13 (33,3%)	16 (50,0%)	29 (40,8%)
<b>Quantidade de eventos marcantes na vida*</b>			
1	12 (92,3%)	14 (87,5%)	26 (89,7%)
2	1 (7,7%)	2 (12,5%)	3 (10,3%)
<b>Eventos marcantes na vida**</b>			
Perda (morte) de ente querido	4 (30,8%)	7 (43,8%)	11 (37,9%)
Separação do companheiro(a)	1 (7,7%)	1 (6,3%)	2 (6,9%)
Diagnóstico de doença em você	2 (15,4%)	1 (6,3%)	3 (10,3%)
Diagnóstico de doença em ente querido	2 (15,4%)	4 (25,0%)	6 (20,7%)
Mudança de cidade	2 (15,4%)	2 (12,5%)	4 (13,8%)
Esposo mudou para outra cidade devido a trabalho	1 (7,7%)	0 (0,0%)	1 (3,4%)
Casamento	1 (7,7%)	0 (0,0%)	1 (3,4%)
Nascimento de sobrinho	1 (7,7%)	0 (0,0%)	1 (3,4%)
Nascimento de filho	0 (0,0%)	2 (12,5%)	2 (6,9%)
Dificuldade de relacionamento com os pais	0 (0,0%)	1 (6,3%)	1 (3,4%)

\*Apenas os docentes que tiveram algum evento marcante na vida

\*\*Apenas os docentes que tiveram algum evento marcante na vida e houve mais de uma resposta por participante

NOTA: Valor-p do teste Qui-quadrado > 0,05 (na comparação entre as universidades)

A frequência da ocorrência de evento marcante na vida foi de 33,3% nos docentes da universidade A e, de 50,0%, nos da universidade B, não havendo diferença significativa entre os dois grupos ( $p > 0,05$ ). A maioria relatou apenas a ocorrência de um evento marcante na vida, sendo os mais frequentes perda (morte) de ente querido e diagnóstico de doença em ente querido.

A tabela 14 apresenta informações sobre a variável “ocorrência de evento marcante na carreira de docência”.

Tabela 14 – Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme a ocorrência e quantidade de eventos marcantes na carreira de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
<b>Ocorrência de evento marcante na carreira de docência</b>			
Não	21 (53,8%)	13 (40,6%)	34 (47,9%)
Sim	18 (46,2%)	19 (59,4%)	37 (52,1%)
<b>Quantidade de eventos marcantes na carreira de docência*</b>			
1	14 (77,8%)	16 (84,2%)	30 (81,1%)
2	4 (22,2%)	2 (10,5%)	6 (16,2%)
3	0 (0,0%)	1 (5,3%)	1 (2,7%)
<b>Eventos marcantes na carreira de docência**</b>			
Perda/Alteração de cargo ou posição	1 (5,6%)	1 (5,3%)	2 (5,4%)
Redução salarial e/ou de carga horária	0 (0,0%)	5 (26,3%)	5 (13,5%)
Falta de reconhecimento profissional	1 (5,6%)	5 (26,3%)	6 (16,2%)
Acúmulo de responsabilidades/ funções	10 (55,6%)	3 (15,8%)	13 (35,1%)
Conflito com colegas	2 (11,1%)	1 (5,3%)	3 (8,1%)
Conflito com alunos	1 (5,6%)	2 (10,5%)	3 (8,1%)
Conflito com chefia/coordenação	1 (5,6%)	1 (5,3%)	2 (5,4%)
Mudança de emprego	2 (11,1%)	0 (0,0%)	2 (5,4%)
Aprovação em concurso público	2 (11,1%)	0 (0,0%)	2 (5,4%)
Defesa de Mestrado ou Doutorado	1 (5,6%)	5 (26,3%)	6 (16,2%)
Ingresso no Doutorado	1 (5,6%)	0 (0,0%)	1 (2,7%)

\*Apenas os docentes que tiveram algum evento marcante na carreira de docência

\*\*Apenas os docentes que tiveram algum evento marcante na carreira de docência e houve mais de uma resposta por participante

NOTA: Valor-p do teste Qui-quadrado > 0,05 (na comparação entre as universidades)

A frequência da ocorrência de evento marcante na carreira de docência foi de 46,2% nos docentes da universidade A e, de 59,4%, nos da universidade B, não havendo diferença significativa entre os dois grupos ( $p > 0,05$ ). A maioria dos entrevistados, na amostra geral, relatou apenas um evento marcante na carreira de docência (81,1%), sendo o acúmulo de responsabilidades/funções o mais frequente na universidade A (55,6%) e a redução salarial e/ou de carga horária, a falta de reconhecimento profissional e a defesa de mestrado ou doutorado, na universidade B (26,3%, para cada uma delas).

Conforme o objetivo 1 (mensurar a ansiedade apresentada pelos docentes de Enfermagem de universidades pública e privada) e 4 (comparar a medida de ansiedade dos docentes de Enfermagem da universidade pública com a medida apresentada pelos docentes de Enfermagem da universidade privada), apresentam-se os resultados nas tabelas 15 e 16.

Tabela 15 – Distribuição dos docentes de Enfermagem de acordo com as respostas referentes à frequência de sintomas de ansiedade. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Sintomas</b>		<b>Respostas</b>	<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
1	Dormência ou formigamento	(0) Absolutamente não	29 (74,4%)	22 (68,8%)	51 (71,8%)
		(1) Levemente	7 (17,9%)	9 (28,1%)	16 (22,5%)
		(2) Moderadamente	3 (7,7%)	1 (3,1%)	4 (5,6%)
		(3) Gravemente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
2	Sensação de calor*	(0) Absolutamente não	31 (79,5%)	17 (53,1%)	48 (67,6%)
		(1) Levemente	5 (12,8%)	12 (37,5%)	17 (23,9%)
		(2) Moderadamente	2 (5,1%)	3 (9,4%)	5 (7,0%)
		(3) Gravemente	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
3	Tremores nas pernas	(0) Absolutamente não	34 (87,2%)	26 (81,3%)	60 (84,5%)
		(1) Levemente	5 (12,8%)	5 (15,6%)	10 (14,1%)
		(2) Moderadamente	0 (0,0%)	1 (3,1%)	1 (1,4%)
		(3) Gravemente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
4	Incapaz de relaxar	(0) Absolutamente não	16 (41,0%)	11 (34,4%)	27 (38,0%)
		(1) Levemente	11 (28,2%)	13 (40,6%)	24 (33,8%)
		(2) Moderadamente	9 (23,1%)	8 (25,0%)	17 (23,9%)
		(3) Gravemente	3 (7,7%)	0 (0,0%)	3 (4,2%)
5	Medo que aconteça o pior	(0) Absolutamente não	26 (66,7%)	18 (56,3%)	44 (62,0%)
		(1) Levemente	4 (10,3%)	8 (25,0%)	12 (16,9%)
		(2) Moderadamente	7 (17,9%)	6 (18,8%)	13 (18,3%)
		(3) Gravemente	2 (5,1%)	0 (0,0%)	2 (2,8%)
6	Atordoado ou tonto	(0) Absolutamente não	28 (71,8%)	23 (71,9%)	51 (71,8%)
		(1) Levemente	5 (12,8%)	8 (25,0%)	13 (18,3%)
		(2) Moderadamente	5 (12,8%)	1 (3,1%)	6 (8,5%)
		(3) Gravemente	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
7	Palpitação ou aceleração do coração	(0) Absolutamente não	27 (69,2%)	19 (59,4%)	46 (64,8%)
		(1) Levemente	7 (17,9%)	10 (31,3%)	17 (23,9%)
		(2) Moderadamente	5 (12,8%)	3 (9,4%)	8 (11,3%)
		(3) Gravemente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
8	Sem equilíbrio / inseguro(a)	(0) Absolutamente não	32 (82,1%)	23 (71,9%)	55 (77,5%)
		(1) Levemente	4 (10,3%)	8 (25,0%)	12 (16,9%)
		(2) Moderadamente	2 (5,1%)	1 (3,1%)	3 (4,2%)
		(3) Gravemente	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)

continua

		continuação			
<i>Sintomas</i>	<i>Respostas</i>	<i>Universidade A (n=39)</i>	<i>Universidade B (n=32)</i>	<i>Total (n=71)</i>	
9	Aterrorizado(a)	(0) Absolutamente não	35 (89,7%)	32 (100,0%)	67 (94,4%)
		(1) Levemente	3 (7,7%)	0 (0,0%)	3 (4,2%)
		(2) Moderadamente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
		(3) Gravemente	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
10	Nervoso(a)	(0) Absolutamente não	15 (38,5%)	9 (28,1%)	24 (33,8%)
		(1) Levemente	19 (48,7%)	15 (46,9%)	34 (47,9%)
		(2) Moderadamente	4 (10,3%)	6 (18,8%)	10 (14,1%)
		(3) Gravemente	1 (2,6%)	2 (6,3%)	3 (4,2%)
11	Sensação de sufocação	(0) Absolutamente não	35 (89,7%)	25 (78,1%)	60 (84,5%)
		(1) Levemente	2 (5,1%)	4 (12,5%)	6 (8,5%)
		(2) Moderadamente	2 (5,1%)	2 (6,3%)	4 (5,6%)
		(3) Gravemente	0 (0,0%)	1 (3,1%)	1 (1,4%)
12	Tremores nas mãos	(0) Absolutamente não	33 (84,6%)	24 (75,0%)	57 (80,3%)
		(1) Levemente	2 (5,1%)	5 (15,6%)	7 (9,9%)
		(2) Moderadamente	3 (7,7%)	2 (6,3%)	5 (7,0%)
		(3) Gravemente	1 (2,6%)	1 (3,1%)	2 (2,8%)
13	Trêmulo(a)	(0) Absolutamente não	35 (89,7%)	26 (81,3%)	61 (85,9%)
		(1) Levemente	3 (7,7%)	5 (15,6%)	8 (11,3%)
		(2) Moderadamente	0 (0,0%)	1 (3,1%)	1 (1,4%)
		(3) Gravemente	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
14	Medo de perder o controle*	(0) Absolutamente não	32 (82,1%)	20 (62,5%)	52 (73,2%)
		(1) Levemente	6 (15,4%)	8 (25,0%)	14 (19,7%)
		(2) Moderadamente	0 (0,0%)	4 (12,5%)	4 (5,6%)
		(3) Gravemente	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
15	Dificuldade de respirar	(0) Absolutamente não	36 (92,3%)	27 (84,4%)	63 (88,7%)
		(1) Levemente	3 (7,7%)	5 (15,6%)	8 (11,3%)
		(2) Moderadamente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
		(3) Gravemente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
16	Medo de morrer	(0) Absolutamente não	36 (92,3%)	27 (84,4%)	63 (88,7%)
		(1) Levemente	3 (7,7%)	2 (6,3%)	5 (7,0%)
		(2) Moderadamente	0 (0,0%)	2 (6,3%)	2 (2,8%)
		(3) Gravemente	0 (0,0%)	1 (3,1%)	1 (1,4%)
17	Assustado(a)	(0) Absolutamente não	33 (84,6%)	26 (81,3%)	59 (83,1%)
		(1) Levemente	4 (10,3%)	4 (12,5%)	8 (11,3%)
		(2) Moderadamente	2 (5,1%)	2 (6,3%)	4 (5,6%)
		(3) Gravemente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
18	Indigestão ou desconforto no abdômen	(0) Absolutamente não	19 (48,7%)	19 (59,4%)	38 (53,5%)
		(1) Levemente	16 (41,0%)	7 (21,9%)	23 (32,4%)
		(2) Moderadamente	4 (10,3%)	6 (18,3%)	10 (14,1%)
		(3) Gravemente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
19	Sensação de desmaio	(0) Absolutamente não	36 (92,3%)	27 (84,4%)	63 (88,7%)
		(1) Levemente	3 (7,7%)	3 (9,4%)	6 (8,5%)
		(2) Moderadamente	0 (0,0%)	2 (6,3%)	2 (2,8%)
		(3) Gravemente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

continua

continuação

<i>Sintomas</i>	<i>Respostas</i>	<i>Universidade A (n=39)</i>	<i>Universidade B (n=32)</i>	<i>Total (n=71)</i>
20 Rosto afoqueado (rubor facial)	(0) Absolutamente não	29 (74,4%)	27 (84,4%)	56 (78,9%)
	(1) Levemente	7 (17,9%)	3 (9,4%)	10 (14,1%)
	(2) Moderadamente	3 (7,7%)	1 (3,1%)	4 (5,6%)
	(3) Gravemente	0 (0,0%)	1 (3,1%)	1 (1,4%)
21 Suor (não devido ao calor)	(0) Absolutamente não	31 (79,5%)	26 (81,3%)	57 (80,3%)
	(1) Levemente	6 (15,4%)	5 (15,6%)	11 (15,5%)
	(2) Moderadamente	2 (5,1%)	1 (3,1%)	3 (4,2%)
	(3) Gravemente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

\*Valor-p do teste exato de Fisher < 0,05 (na comparação entre as universidades)

NOTA: Para os demais itens da escala de ansiedade, valor-p do teste exato de Fisher > 0,05 (na comparação entre as universidades)

Quanto à frequência de sintomas de ansiedade, pôde-se constatar que os sintomas “incapaz de relaxar”, “nervoso(a)” e “indigestão ou desconforto no abdômen” estavam presentes, em níveis diferentes (levemente, moderadamente ou gravemente), no mínimo em 50,0% dos docentes de ambas as universidades. Os sintomas “tremores nas pernas”, “aterrorizado(a)”, “trêmulo(a)”, “dificuldade de respirar”, “medo de morrer”, “assustado(a)” e “sensação de desmaio” tiveram como resposta “absolutamente não” no mínimo em 80,0% dos docentes de ambas as universidades. Vale destacar que a “sensação de calor” e o “medo de perder o controle” apresentaram diferença significativa entre os dois grupos ( $p < 0,05$ ), sendo que eles foram mais intensos nos docentes da universidade B.

Tabela 16 – Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme a classificação da ansiedade baseada nos pontos de corte. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variável</i>	<i>Universidade A (n=39)</i>	<i>Universidade B (n=32)</i>	<i>Total (n=71)</i>
<b>Classificação da ansiedade</b>			
Ansiedade Mínima (Limite mínimo)	30 (76,9%)	23 (71,9%)	53 (74,6%)
Ansiedade Leve	7 (17,9%)	7 (21,9%)	14 (19,7%)
Ansiedade Moderada	1 (2,6%)	2 (6,3%)	3 (4,2%)
Ansiedade Grave	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)

Valor-p do teste exato de Fisher = 0,809 (na comparação entre as universidades)

Com relação à classificação da ansiedade baseada nos pontos de corte, não houve diferença significativa entre os dois grupos ( $p=0,809$ ), sendo que o percentual de ansiedade leve foi de 17,9% nos docentes da universidade A e, de 21,9%, nos da universidade B. A ansiedade moderada ocorreu em apenas um docente da universidade A (2,6%) e, em dois, da universidade B (6,3%). A ansiedade grave estava presente em apenas um entrevistado da universidade A (2,6%).

No que se refere ao objetivo 2 (mensurar a depressão apresentada pelos docentes de Enfermagem de universidades pública e privada) e 4 (comparar a medida de depressão dos docentes de Enfermagem da universidade pública com a medida apresentada pelos docentes de Enfermagem da universidade privada) os resultados estão apresentados nas tabelas 17 e 18.

Tabela 17 – Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo os grupos de afirmações referentes à depressão. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Grupos de afirmações</b>		<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
1	(0) Não me sinto triste.	32 (82,1%)	21 (65,6%)	53 (74,6%)
	(1) Eu me sinto triste.	6 (15,4%)	11 (34,4%)	17 (23,9%)
	(2) Estou sempre triste e não consigo sair disto.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	(3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
2	(0) Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro.	34 (87,2%)	23 (71,9%)	57 (80,3%)
	(1) Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro.	5 (12,8%)	9 (28,1%)	14 (19,7%)
	(2) Acho que nada tenho a esperar.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	(3) Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
3	(0) Não me sinto um fracasso.	39 (100,0%)	32 (100,0%)	71 (100,0%)
	(1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	(2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	(3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
4	(0) Tenho tanto prazer em tudo como antes.	24 (61,5)	16 (50,0%)	40 (56,3%)
	(1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.	15 (38,5%)	16 (50,0%)	31 (43,7%)
	(2) Não encontro um prazer real em mais nada.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	(3) Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
5	(0) Não me sinto especialmente culpado(a).	35 (89,7%)	26 (81,3%)	61 (85,9%)
	(1) Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo.	4 (10,3%)	5 (15,6%)	9 (12,7%)
	(2) Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo.	0 (0,0%)	1 (3,1%)	1 (1,4%)
	(3) Eu me sinto sempre culpado(a).	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
6	(0) Não acho que esteja sendo punido(a).	35 (89,7%)	26 (81,3%)	61 (85,9%)
	(1) Acho que posso ser punido(a).	3 (7,7%)	6 (18,8%)	9 (12,7%)
	(2) Creio que vou ser punido(a).	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
	(3) Acho que estou sendo punido(a).	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
7	(0) Não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a).	36 (92,3%)	28 (87,5%)	64 (90,1%)
	(1) Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a).	3 (7,7%)	4 (12,5%)	7 (9,9%)
	(2) Estou enojado(a) de mim.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	(3) Eu me odeio.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
8	(0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.	20 (51,3%)	11 (34,4%)	31 (43,7%)
	(1) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.	17 (43,6%)	19 (59,4%)	36 (50,7%)
	(2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.	2 (5,1%)	2 (6,3%)	4 (5,6%)
	(3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

continua

		continuação		
<b>Grupos de afirmações</b>		<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
9	(0) Não tenho quaisquer ideias de me matar.	38 (97,4%)	31 (96,9%)	69 (97,2%)
	(1) Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.	1 (2,6%)	1 (3,1%)	2 (2,8%)
	(2) Gostaria de me matar.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	(3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
10	(0) Não choro mais do que o habitual.	32 (82,1%)	24 (75,0%)	56 (78,9%)
	(1) Choro mais agora do que costumava.	6 (15,4%)	8 (25,0%)	14 (19,7%)
	(2) Agora, choro o tempo todo.	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
	(3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
11 *	(0) Não sou mais irritado(a) agora do que já fui.	27 (69,2%)	12 (37,5%)	39 (54,9%)
	(1) Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.	12 (30,8%)	20 (62,5%)	32 (45,1%)
	(2) Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	(3) Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
12 **	(0) Não perdi o interesse pelas outras pessoas.	28 (71,8%)	17 (53,1%)	45 (63,4%)
	(1) Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas do que costumava estar.	9 (23,1%)	15 (46,9%)	24 (33,8%)
	(2) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.	2 (5,1%)	0 (0,0%)	2 (2,8%)
	(3) Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
13	(0) Tomo decisões tão bem quanto antes.	28 (71,8%)	17 (53,1%)	45 (63,4%)
	(1) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.	9 (23,1%)	14 (43,8%)	23 (32,4%)
	(2) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.	2 (5,1%)	1 (3,1%)	3 (4,2%)
	(3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
14	(0) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.	27 (69,2%)	19 (59,4%)	46 (64,8%)
	(1) Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo.	6 (15,4%)	10 (31,3%)	16 (22,5%)
	(2) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.	5 (12,8%)	3 (9,4%)	8 (11,3%)
	(3) Acredito que pareço feio(a).	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
15	(0) Posso trabalhar tão bem quanto antes.	28 (71,8%)	21 (65,6%)	49 (69,0%)
	(1) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.	10 (25,6%)	11 (34,4%)	21 (29,6%)
	(2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
	(3) Não consigo mais fazer qualquer trabalho.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
16	(0) Consigo dormir tão bem como o habitual.	17 (43,6%)	12 (37,5%)	29 (40,8%)
	(1) Não durmo tão bem como costumava.	20 (51,3%)	18 (56,3%)	38 (53,5%)
	(2) Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.	1 (2,6%)	2 (6,3%)	3 (4,2%)
	(3) Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)

continuação

<b>Grupos de afirmações</b>		<b>Universidade A (n=39)</b>	<b>Universidade B (n=32)</b>	<b>Total (n=71)</b>
	(0) Não fico mais cansado(a) do que o habitual.	19 (48,7%)	11 (34,4%)	30 (42,3%)
17	(1) Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava.	19 (48,7%)	20 (62,5%)	39 (54,9%)
	(2) Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa.	0 (0,0%)	1 (3,1%)	1 (1,4%)
	(3) Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
	(0) O meu apetite não está pior do que o habitual.	35 (89,7%)	22 (68,8%)	57 (80,3%)
18 **	(1) Meu apetite não é tão bom como costumava ser.	3 (7,7%)	8 (25,0%)	11 (15,5%)
	(2) Meu apetite é muito pior agora.	0 (0,0%)	2 (6,3%)	2 (2,8%)
	(3) Absolutamente não tenho mais apetite.	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
	(0) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.	32 (82,1%)	24 (75,0%)	56 (78,9%)
19	(1) Perdi mais do que 2 quilos e meio.	6 (15,4%)	8 (25,0%)	14 (19,7%)
	(2) Perdi mais do que 5 quilos.	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
	(3) Perdi mais do que 7 quilos.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	(0) Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual.	25 (64,1%)	23 (71,9%)	48 (67,6%)
20	(1) Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.	13 (33,3%)	8 (25,0%)	21 (29,6%)
	(2) Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.	1 (2,6%)	1 (3,1%)	2 (2,8%)
	(3) Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	(0) Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.	29 (74,4%)	19 (59,4%)	48 (67,6%)
21	(1) Estou menos interessado(a) por sexo do que costumava.	8 (20,5%)	11 (34,4%)	19 (26,8%)
	(2) Estou muito menos interessado(a) por sexo agora.	2 (5,1%)	2 (6,3%)	4 (5,6%)
	(3) Perdi completamente o interesse por sexo.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

\*Valor-p do teste Qui-quadrado < 0,05 (na comparação entre as universidades)

\*\*Valor-p do teste exato de Fisher < 0,05 (na comparação entre as universidades)

NOTA: Para os demais itens da escala de depressão, valor-p do teste exato de Fisher ou do teste Qui-quadrado > 0,05 (na comparação entre as universidades)

De acordo com as respostas de cada grupo de afirmações referentes à depressão, pôde-se verificar que os itens 8 (auto-acusações), 16 (insônia) e 17 (fatigabilidade) tiveram como resposta os escores um, dois ou três no mínimo em 45,0% dos docentes de ambas as universidades. Os itens 3 (sentimento de fracasso), 5 (culpa), 6 (punição), 7 (autoaversão) e 9 (ideias suicidas) tiveram como resposta o escore zero no mínimo em 80,0% dos docentes de ambas as

universidades. Cabe mencionar que os itens 11 (irritabilidade), 12 (retraimento social) e 18 (perda de apetite) apresentaram diferença significativa entre os dois grupos ( $p < 0,05$ ), sendo esses fatores mais intensos nos docentes da universidade B.

Tabela 18 – Distribuição dos docentes de Enfermagem de acordo com a classificação da depressão baseada nos pontos de corte. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variável</i>	<i>Universidade A (n=39)</i>	<i>Universidade B (n=32)</i>	<i>Total (n=71)</i>
<b>Classificação da depressão</b>			
Sem depressão	38 (97,4%)	30 (93,8%)	68 (95,8%)
Depressão Leve (Disforia)	0 (0,0%)	2 (6,3%)	2 (2,8%)
Depressão Moderada	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Depressão Grave	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)

Valor-p do teste exato de Fisher = 0,200 (na comparação entre as universidades)

Referente à classificação da depressão baseada nos pontos de corte, não houve diferença significativa entre os dois grupos ( $p = 0,200$ ), sendo que o percentual de depressão leve foi de 6,3% nos docentes da universidade B e nenhum da universidade A apresentou essa classificação. A depressão grave estava presente em apenas um docente da universidade A (2,6%).

Quanto ao objetivo 3 (mensurar a autoestima apresentada pelos docentes de Enfermagem de universidades pública e privada) e 4 (comparar a medida de autoestima dos docentes de Enfermagem da universidade pública com a medida apresentada pelos docentes de Enfermagem da universidade privada) os resultados estão elucidados nas tabelas 19 e 20.

Tabela 19 – Distribuição dos docentes de Enfermagem segundo as respostas das afirmativas referentes à autoestima. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

	<i>Afirmativas</i>	<i>Respostas</i>	<i>Universidade A (n=39)</i>	<i>Universidade B (n=32)</i>	<i>Total (n=71)</i>
1	No conjunto, eu estou satisfeito comigo	(1) Discordo totalmente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
		(2) Discordo	3 (7,7%)	5 (15,6%)	8 (11,3%)
		(3) Concordo	17 (43,6%)	18 (56,3%)	35 (49,3%)
		(4) Concordo totalmente	19 (48,7%)	9 (28,1%)	28 (39,4%)
2	Às vezes, eu acho que não presto para nada	(1) Concordo totalmente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
		(2) Concordo	6 (15,4%)	3 (9,4%)	9 (12,7%)
		(3) Discordo	8 (20,5%)	10 (31,3%)	18 (25,4%)
		(4) Discordo totalmente	25 (64,1%)	19 (59,4%)	44 (62,0%)
3	Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades*	(1) Discordo totalmente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
		(2) Discordo	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
		(3) Concordo	14 (35,9%)	21 (65,6%)	35 (49,3%)
		(4) Concordo totalmente	24 (61,5%)	11 (34,4%)	35 (49,3%)
4	Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas*	(1) Discordo totalmente	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
		(2) Discordo	0 (0,0%)	3 (9,4%)	3 (4,2%)
		(3) Concordo	12 (30,8%)	16 (50,0%)	28 (39,4%)
		(4) Concordo totalmente	26 (66,7%)	13 (40,6%)	39 (54,9%)
5	Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar	(1) Concordo totalmente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
		(2) Concordo	2 (5,1%)	5 (15,6%)	7 (9,9%)
		(3) Discordo	13 (33,3%)	14 (43,8%)	27 (38,0%)
		(4) Discordo totalmente	24 (61,5%)	13 (40,6%)	37 (52,1%)
6	Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes**	(1) Concordo totalmente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
		(2) Concordo	5 (12,8%)	6 (18,8%)	11 (15,5%)
		(3) Discordo	7 (17,9%)	13 (40,6%)	20 (28,2%)
		(4) Discordo totalmente	27 (69,2%)	13 (40,6%)	40 (56,3%)
7	Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas*	(1) Discordo totalmente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
		(2) Discordo	1 (2,6%)	2 (6,3%)	3 (4,2%)
		(3) Concordo	10 (25,6%)	17 (53,1%)	27 (38,0%)
		(4) Concordo totalmente	28 (71,8%)	13 (40,6%)	41 (57,7%)
8	Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo*	(1) Concordo totalmente	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)
		(2) Concordo	4 (10,3%)	11 (34,4%)	15 (21,1%)
		(3) Discordo	11 (28,2%)	14 (43,8%)	25 (35,2%)
		(4) Discordo totalmente	23 (59,0%)	7 (21,9%)	30 (42,3%)
9	No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso	(1) Concordo totalmente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
		(2) Concordo	1 (2,6%)	1 (3,1%)	2 (2,8%)
		(3) Discordo	10 (25,6%)	15 (46,9%)	25 (35,2%)
		(4) Discordo totalmente	28 (71,8%)	16 (50,0%)	44 (62,0%)
10	Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo	(1) Discordo totalmente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
		(2) Discordo	3 (7,7%)	3 (9,4%)	6 (8,5%)
		(3) Concordo	16 (41,0%)	21 (65,6%)	37 (52,1%)
		(4) Concordo totalmente	20 (51,3%)	8 (25,0%)	28 (39,4%)

\*Valor-p do teste exato de Fisher &lt; 0,05 (na comparação entre as universidades)

\*\*Valor-p do teste Qui-quadrado &lt; 0,05 (na comparação entre as universidades)

NOTA: Para os demais itens da escala de autoestima, valor-p do teste exato de Fisher ou do teste Qui-quadrado &gt; 0,05 (na comparação entre as universidades)

Pelas respostas referentes à autoestima, pôde-se verificar que as afirmativas 3, 4, 7, 9 e 10 apresentaram escores três ou quatro (os melhores) no mínimo em 90,0% dos docentes de ambas as universidades. É notório enfatizar que, das 10 afirmativas de avaliação da autoestima, em 8, os docentes da universidade B apresentaram escores um ou dois (os piores) em maior percentual do que os entrevistados da universidade A. Na avaliação estatística, os itens 3, 4, 6, 7 e 8 apresentaram diferença significativa entre os dois grupos ( $p < 0,05$ ), sendo que os escores das afirmativas foram mais baixos nos docentes da universidade B.

Tabela 20 – Distribuição dos docentes de Enfermagem conforme a classificação da autoestima baseada nos pontos de corte. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variável</i>	<i>Universidade A (n=39)</i>	<i>Universidade B (n=32)</i>	<i>Total (n=71)</i>
<b><i>Classificação da autoestima</i></b>			
Autoestima Alta	31 (79,5%)	21 (65,6%)	52 (73,2%)
Autoestima Média	7 (17,9%)	11 (34,4%)	18 (25,4%)
Autoestima Baixa	1 (2,6%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)

Valor-p do teste exato de Fisher = 0,170 (na comparação entre as universidades)

Com relação à classificação da autoestima baseada nos pontos de corte, não houve diferença significativa entre os dois grupos ( $p = 0,170$ ), sendo que o percentual de autoestima média foi de 17,9% nos docentes da universidade A e, de 34,4%, nos da universidade B. A autoestima baixa ocorreu em apenas um docente da universidade A (2,6%).

## 7.2 AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS E COMPARAÇÃO DOS ESCORES CONTÍNUOS DAS MEDIDAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E AUTOESTIMA ENTRE AS UNIVERSIDADES

A tabela 21 apresenta a avaliação da consistência interna de cada instrumento (ansiedade, depressão e autoestima).

Tabela 21 – Avaliação da consistência interna por meio da aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach em cada instrumento (ansiedade, depressão e autoestima). Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Instrumentos</i>	<i>Valor do Alfa de Cronbach</i>
Inventário de Ansiedade de Beck	0,873
Inventário de Depressão de Beck	0,895
Escala de Autoestima de Rosenberg	0,907

Os três instrumentos (Inventário de Ansiedade de Beck, Inventário de Depressão de Beck e Autoestima de Rosenberg) apresentaram valores altos de coeficiente alfa, variando de 0,873 a 0,907. Dessa forma, considerou-se a consistência interna dessas escalas muito boa e aceitável para os itens avaliados e altamente correlacionados uns aos outros, indicando homogeneidade.

Como um instrumento de mensuração que forneça dados quantitativos deva possuir como primeira característica a confiabilidade, ou seja, um grau de coerência e precisão, o coeficiente alfa acima de 0,873 é consideravelmente alto e evidencia a qualidade e a confiabilidade dos instrumentos.

O objetivo 4 (comparar as medidas de ansiedade, depressão e autoestima dos docentes de Enfermagem da universidade pública com as medidas apresentadas pelos docentes de Enfermagem da universidade privada) é também complementado com os dados apresentados na tabela 22.

Tabela 22 – Comparação entre as medidas (escores contínuos) de ansiedade, depressão e autoestima dos docentes de Enfermagem da universidade A com as medidas apresentadas pelos docentes de enfermagem da universidade B, Alfenas-MG, 2010.

<i>Medida</i>	<i>Estatística Descritiva</i>	<i>Universidade A</i>	<i>Universidade B</i>	<i>Valor-p*</i>
<b>Ansiedade</b>	Média	6,9	8,2	<b>0,044</b>
	Desvio Padrão	7,1	7,1	
	Mediana	<b>5,0</b>	<b>6,0</b>	
	Mínimo	0,0	0,0	
	Máximo	34,0	30,0	
<b>Depressão</b>	Média	5,8	7,9	0,246
	Desvio Padrão	6,5	5,3	
	Mediana	4,0	7,5	
	Mínimo	0,0	0,0	
	Máximo	35,0	18,0	
<b>Autoestima</b>	Média	35,5	32,6	<b>0,008</b>
	Desvio Padrão	4,7	4,6	
	Mediana	<b>37,0</b>	<b>32,0</b>	
	Mínimo	18,0	23,0	
	Máximo	40,0	40,0	

\*Aplicação do Teste Mann-Whitney

Quando se analisam os escores contínuos das escalas de ansiedade depressão e autoestima, observa-se diferença significativa entre as universidades A e B com relação às medidas de ansiedade ( $p=0,044$ ) e de autoestima ( $p=0,008$ ). A mediana dos escores de ansiedade foi maior nos docentes da universidade B, enquanto que os escores de autoestima foram mais baixos também nos dessa universidade.

Vale ressaltar que, mesmo não havendo diferença significativa entre a medida de depressão dos sujeitos de ambas as universidades ( $p=0,246$ ), a mediana dos escores de depressão também foi maior nos docentes da universidade B.

Todos esses dados vão ao encontro dos apresentados nas tabelas 15, 17 e 19, em que os docentes da universidade B apresentaram sintomas mais intensos de ansiedade, fatores relacionados à depressão também mais intensos e escores mais baixos na medida de autoestima, quando comparados com os docentes da universidade A.

## **7.3 ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE**

### **7.3.1 Análise univariada**

Os resultados referentes ao objetivo 5 (avaliar a associação entre as variáveis tipo de universidade; sexo; idade; crença religiosa; estado civil; renda familiar mensal; número de filhos; tipo de moradia; formação universitária; possui mais de um curso de graduação; titulação; tempo de formado na graduação, de trabalho na docência e de trabalho na atual IES; tipo de contrato de trabalho na IES; carga horária semanal - regime de trabalho; plano de carreira; outro trabalho fixo além da atividade de docência; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; doenças crônicas; uso de medicamentos diários e ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência com a medida de ansiedade dos docentes de enfermagem de universidades pública e privada) encontram-se demonstrados nas tabelas 23 a 28 e Figura 1.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade e as variáveis “tipo de universidade”, “sexo”, “faixa etária”, “crença religiosa”, “estado civil”, “renda familiar mensal”, “número de filhos” e “tipo de moradia”, está apresentada na tabela 23.

Tabela 23 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis tipo de universidade, sexo, faixa etária, crença religiosa, estado civil, renda familiar mensal, número de filhos e tipo de moradia. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Ansiedade mínima</b>	<b>Ansiedade leve, moderada ou grave</b>	<b>Valor-p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
<b>Tipo de universidade</b>						
Universidade A	30 (76,9%)	9 (23,1%)	0,627*	1,00	0,45 3,81	
Universidade B	23 (71,9%)	9 (28,1%)		1,30		
<b>Sexo</b>						
Masculino	13 (86,7%)	2 (13,3%)	0,324**	1,00	0,53 12,85	
Feminino	40 (71,4%)	16 (28,6%)		2,60		
<b>Faixa etária (em anos)</b>						
Até 40	27 (73,0%)	10 (27,0%)	0,735*	1,00	0,28 2,43	
41 ou mais	26 (76,5%)	8 (23,5%)		0,83		
<b>Crença religiosa</b>						
Católica	38 (73,1%)	14 (26,9%)	0,762**	1,00	0,21 2,56	
Outras	15 (78,9%)	4 (21,1%)		0,72		
<b>Estado civil</b>						
Com parceiro	43 (74,1%)	15 (25,9%)	0,999**	1,00	0,21 3,55	
Sem parceiro	10 (76,9%)	3 (23,1%)		0,86		
<b>Renda familiar mensal (em reais)</b>						
Até 6.000,00	26 (66,7%)	13 (33,3%)	0,088*	1,00	0,12 1,19	
Mais de 6.000,00	27 (84,4%)	5 (15,6%)		0,37		
<b>Número de filhos</b>						
Nenhum ou 1	28 (80,0%)	7 (20,0%)	0,307*	1,00	0,59 5,24	
2 ou mais	25 (69,4%)	11 (30,6%)		1,76		
<b>Tipo de moradia</b>						
Casa própria	43 (71,7%)	17 (28,3%)	0,269**	1,00	0,03 2,13	
Casa alugada	10 (90,9%)	1 (9,1%)		0,25		

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson  
OR=Odds ratio (razão de chances)

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher  
IC=Intervalo de Confiança

É possível observar que nenhuma variável analisada (tipo de universidade, sexo, faixa etária, crença religiosa, estado civil, renda familiar mensal, número de filhos e tipo de moradia) mostrou associação significativa com a ansiedade ( $p > 0,05$ ); apenas a variável “renda familiar mensal”, apresentou alguma tendência para tal associação ( $p = 0,088$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes da universidade B, do sexo feminino, com até 40 anos de idade, católicos, com parceiros, renda familiar mensal de até 6000 reais, com dois ou mais filhos e casa própria, têm maior chance de apresentar ansiedade leve, moderada ou grave.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade e às variáveis “formação universitária”, “titulação” e “possui mais de um curso de graduação”, está apresentada na tabela 24.

Tabela 24 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis formação universitária, titulação e se possui mais de um curso de graduação. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Ansiedade mínima</b>	<b>Ansiedade leve, moderada ou grave</b>	<b>Valor-p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
<b>Formação universitária</b>						
Enfermagem	31 (79,5%)	8 (20,5%)	0,301*	1,00	0,60	5,18
Outras	22 (68,8%)	10 (31,3%)		1,76		
<b>Titulação</b>						
Especialização	8 (61,5%)	5 (38,5%)	0,490*	1,00	0,11	1,93
Mestrado	21 (77,8%)	6 (22,2%)		0,46		
Doutorado / Pós-doutorado	24 (77,4%)	7 (22,6%)		0,47		
<b>Possui mais de um curso de graduação</b>						
Não	45 (76,3%)	14 (23,7%)	0,485**	1,00	0,42	6,15
Sim	8 (66,7%)	4 (33,3%)		1,61		

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson  
OR=Odds ratio (razão de chances)

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher  
IC=Intervalo de Confiança

Observou-se que nenhuma variável analisada (formação universitária, titulação e possui mais de um curso de graduação) mostrou associação significativa com a ansiedade ( $p > 0,05$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes que não são enfermeiros, especialistas e que possuem mais de um curso de graduação, têm maior chance de apresentar ansiedade leve, moderada ou grave.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade e as variáveis “tempo de formado”, “tempo de trabalho na docência” e “tempo de trabalho na atual IES”, está apresentada na tabela 25.

Tabela 25 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis tempo de formado (graduação), tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Ansiedade mínima</i>	<i>Ansiedade leve, moderada ou grave</i>	<i>Valor-p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	
<b><i>Tempo de formado (graduação) (em anos)</i></b>						
Até 15	26 (74,3%)	9 (25,7%)	0,945*	1,00	0,33	2,81
Mais de 15	27 (75,0%)	9 (25,0%)		0,96		
<b><i>Tempo de trabalho na docência (em anos)</i></b>						
Até 10	28 (77,8%)	8 (22,2%)	0,539*	1,00	0,48	4,10
Mais de 10	25 (71,4%)	10 (28,6%)		1,40		
<b><i>Tempo de trabalho na atual IES (em anos)</i></b>						
Até 10	34 (72,3%)	13 (27,7%)	0,532*	1,00	0,21	2,23
Mais de 10	19 (79,2%)	5 (20,8%)		0,69		

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances) IC=Intervalo de Confiança

Observou-se que nenhuma variável analisada (tempo de formado, tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual IES) mostrou associação significativa com a ansiedade ( $p > 0,05$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes com até 15 anos de formado, mais de 10 anos de trabalho na docência e até 10 anos de trabalho na atual IES, têm maior chance de apresentar ansiedade leve, moderada ou grave.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade e às variáveis “tipo de contrato de trabalho na IES”, “carga horária semanal de trabalho na instituição”, “plano de carreira na IES” e “outro trabalho fixo além da atividade de docência”, está apresentada na tabela 26.

Tabela 26 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis tipo de contrato de trabalho na IES, carga horária semanal de trabalho na instituição (regime de trabalho), plano de carreira na IES que trabalha e outro trabalho fixo além da atividade de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Ansiedade mínima</i>	<i>Ansiedade leve, moderada ou grave</i>	<i>Valor-p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	
<b>Tipo de contrato de trabalho na IES</b>						
Estatutário (concursado)	29 (76,3%)	9 (23,7%)	0,972*	1,00		
Consolidação das Leis do Trabalho	23 (71,9%)	9 (28,1%)		1,26	0,43	3,69
<b>Carga horária semanal (regime de trabalho)</b>						
Com dedicação exclusiva	29 (76,3%)	9 (23,7%)	0,729*	1,00		
Sem dedicação exclusiva	24 (72,7%)	9 (27,3%)		1,21	0,41	3,53
<b>Plano de carreira na IES</b>						
Não	23 (71,9%)	9 (28,1%)	0,627*	1,00		
Sim	30 (76,9%)	9 (23,1%)		0,77	0,26	2,24
<b>Outro tipo de emprego (trabalho fixo) além da atividade de docência</b>						
Não	44 (73,3%)	16 (26,7%)	0,718**	1,00		
Sim	9 (81,8%)	2 (18,2%)		0,61	0,12	3,14

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson  
OR=Odds ratio (razão de chances)

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher  
IC=Intervalo de Confiança

Verificou-se que nenhuma variável analisada (tipo de contrato de trabalho na IES, carga horária semanal de trabalho na instituição, plano de carreira na IES e outro trabalho fixo além da atividade de docência) mostrou associação significativa com a ansiedade ( $p > 0,05$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes com tipo de contrato de trabalho CLT, sem dedicação exclusiva, sem plano de carreira e que não possuem outro tipo de emprego além da atividade de docência, têm maior chance de apresentar ansiedade leve, moderada ou grave.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade e às variáveis “prática de exercícios físicos”, “tabagismo”, “consumo de bebida alcoólica”, “presença de doença crônica” e “uso de medicamentos diários”, está apresentada na tabela 27.

Tabela 27 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo as variáveis prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, presença de doença crônica e uso de medicamentos diários. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Ansiedade mínima</b>	<b>Ansiedade leve, moderada ou grave</b>	<b>Valor-p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
<b>Prática de exercícios físicos</b>						
Sedentário(a)	18 (72,0%)	7 (28,0%)	0,705*	1,00	0,27	2,44
Pratica atividade	35 (76,1%)	11 (23,9%)				
<b>Tabagismo</b>						
Não	51 (75,0%)	17 (25,0%)	0,999**	1,00	0,13	17,60
Sim	2 (66,7%)	1 (33,3%)				
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>						
Não	29 (74,4%)	10 (25,6%)	0,951*	1,00	0,33	2,83
Sim	24 (75,0%)	8 (25,0%)				
<b>Presença de doença crônica</b>						
Não	38 (74,5%)	13 (25,5%)	0,966*	1,00	0,30	3,21
Sim	15 (75,0%)	5 (25,0%)				
<b>Uso de medicamentos diários</b>						
Não	36 (80,0%)	9 (20,0%)	0,173*	1,00	0,71	6,29
Sim	17 (65,4%)	9 (34,6%)				

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson  
OR=Odds ratio (razão de chances)

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher  
IC=Intervalo de Confiança

Identificou-se que nenhuma variável analisada (prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, presença de doença crônica e uso de medicamentos diários) mostrou associação significativa com a ansiedade ( $p > 0,05$ );

apenas a variável “uso de medicamentos diários” apresentou alguma tendência para tal associação ( $p=0,173$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes sedentários, tabagistas, que não consomem bebida alcoólica, não possuem doença crônica e que fazem uso de medicamentos diários, têm maior chance de apresentar ansiedade leve, moderada ou grave.

A análise univariada dos fatores associados à ansiedade e as variáveis “ocorrência de evento marcante na vida” e “ocorrência de evento marcante na carreira de docência”, está apresentada na tabela 28.

Tabela 28 – Análise univariada dos fatores associados à ansiedade segundo a ocorrência de evento marcante na vida ou na carreira de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Ansiedade mínima</i>	<i>Ansiedade leve, moderada ou grave</i>	<i>Valor-p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	
<b>Ocorrência de evento marcante na vida</b>						
Não	33 (78,6%)	9 (21,4%)	0,360*	1,00	0,56	4,85
Sim	20 (69,0%)	9 (31,0%)		1,65		
<b>Ocorrência de evento marcante na carreira de docência</b>						
Não	28 (82,4%)	6 (17,6%)	0,153*	1,00	0,73	6,86
Sim	25 (67,6%)	12 (32,4%)		2,24		

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

IC=Intervalo de Confiança

Observou-se que nenhuma variável analisada (ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência) mostrou associação significativa com a ansiedade ( $p>0,05$ ); apenas a variável “ocorrência de evento marcante na carreira de docência” apresentou alguma tendência para tal associação ( $p=0,153$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes que já tiveram algum evento marcante na vida e também na carreira de docência, têm maior chance de apresentar ansiedade leve, moderada ou grave.

### 7.3.2 Análise multivariada

Todas as variáveis com valor- $p < 0,25$  na análise univariada (renda familiar mensal, uso de medicamentos diários e ocorrência de evento marcante na carreira de docência) foram incluídas no modelo multivariado de regressão logística binária. Entretanto, nenhuma variável permaneceu significativa ao nível de 5% no modelo final.

De acordo com a análise multivariada, por meio da árvore de decisão (algoritmo CART), as variáveis “renda familiar mensal” e “evento marcante na carreira de docência” permaneceram no modelo final, indicando que uma maior prevalência de ansiedade está associada a uma menor renda e à ocorrência de algum evento marcante na carreira de docência (Figura 1). O modelo apresentado nessa figura teve bom ajuste, classificando corretamente 75% dos dados.

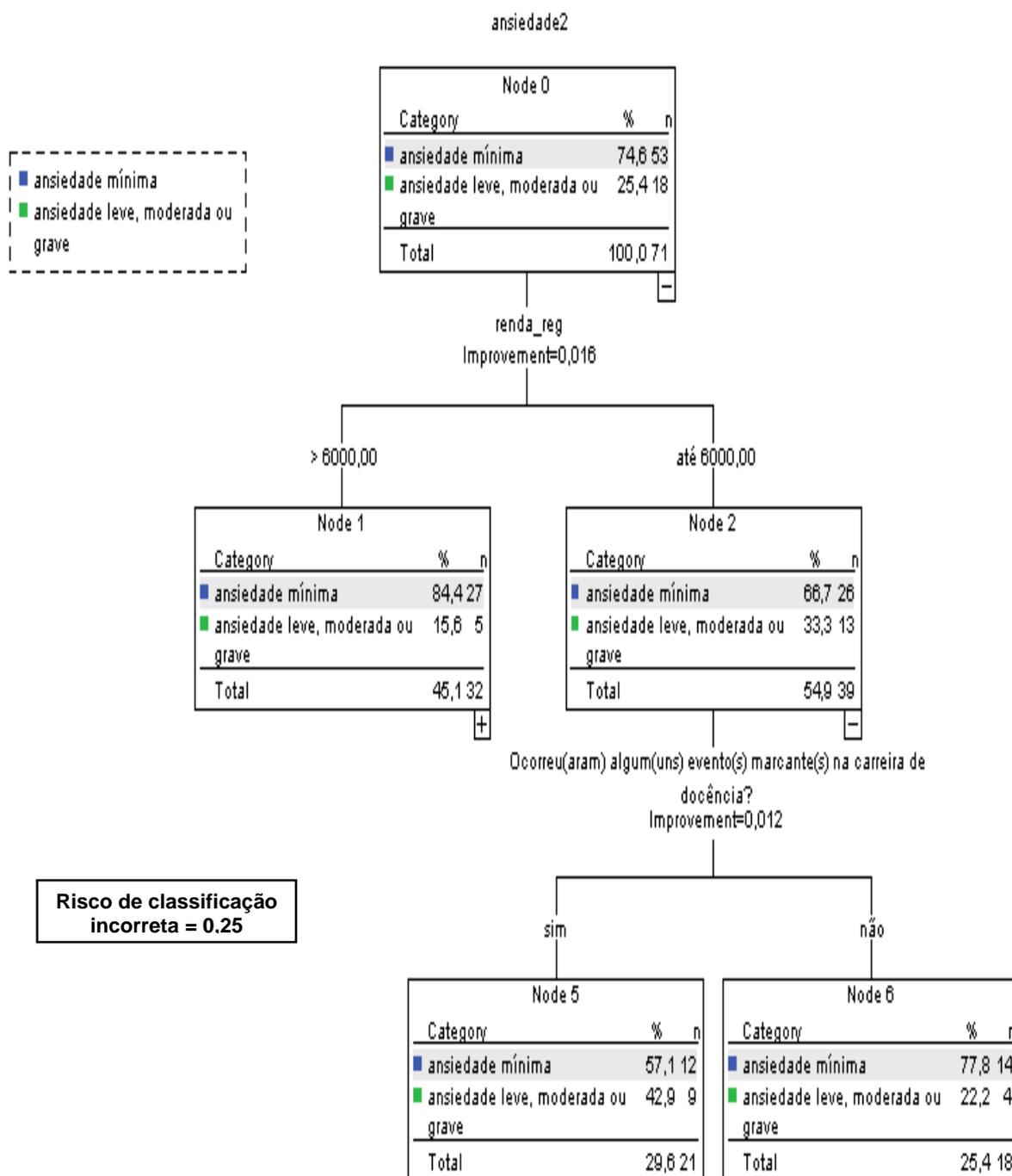


Figura 1 - Análise multivariada por meio do método árvore de decisão (algoritmo CART) buscando fatores associados à ansiedade. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

## **7.4 ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À DEPRESSÃO**

### **7.4.1 Análise univariada**

Os resultados ainda referentes ao objetivo 5 (avaliar a associação entre as variáveis tipo de universidade; sexo; idade; crença religiosa; estado civil; renda familiar mensal; número de filhos; tipo de moradia; formação universitária; possui mais de um curso de graduação; titulação; tempo de formado na graduação, de trabalho na docência e de trabalho na atual IES; tipo de contrato de trabalho na IES; carga horária semanal - regime de trabalho; plano de carreira; outro trabalho fixo além da atividade de docência; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; doenças crônicas; uso de medicamentos diários e ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência com a medida de depressão dos docentes de enfermagem de universidades pública e privada) encontram-se apresentados nas tabelas 29 a 34 e Figura 2.

A análise univariada dos fatores associados à depressão e as variáveis “tipo de universidade”, “sexo”, “faixa etária”, “crença religiosa”, “estado civil”, “renda familiar mensal”, “número de filhos” e “tipo de moradia”, está apresentada na tabela 29.

Tabela 29 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis tipo de universidade, sexo, faixa etária, crença religiosa, estado civil, renda familiar mensal, número de filhos e tipo de moradia. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Sem depressão</b>	<b>Depressão leve, moderada ou grave</b>	<b>Valor-p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
<b>Tipo de universidade</b>						
Universidade A	38 (97,4%)	1 (2,6%)	0,585**	1,00		
Universidade B	30 (93,8%)	2 (6,3%)		2,53	0,22	29,29
<b>Sexo</b>						
Masculino	15 (100,0%)	0 (0,0%)	0,999**			
Feminino	53 (94,6%)	3 (5,4%)		***		
<b>Faixa etária (em anos)</b>						
Até 40	36 (97,3%)	1 (2,7%)	0,604**	1,00		
41 ou mais	32 (94,1%)	2 (5,9%)		2,25	0,19	26,00
<b>Crença religiosa</b>						
Católica	49 (94,2%)	3 (5,8%)	0,559**			
Outras	19 (100,0%)	0 (0,0%)		***		
<b>Estado civil</b>						
Com parceiro	55 (94,8%)	3 (5,8%)	0,999**			
Sem parceiro	13 (100,0%)	0 (0,0%)		***		
<b>Renda familiar mensal (em reais)</b>						
Até 6.000,00	39 (100,0%)	0 (0,0%)	0,087**			
Mais de 6.000,00	29 (90,6%)	3 (9,4%)		***		
<b>Número de filhos</b>						
Nenhum ou 1	34 (97,1%)	1 (2,9%)	0,999**	1,00		
2 ou mais	34 (94,4%)	2 (5,6%)		2,00	0,17	23,11
<b>Tipo de moradia</b>						
Casa própria	57 (95,0%)	3 (5,0%)	0,999**			
Casa alugada	11 (100,0%)	0 (0,0%)		***		

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher

\*\*\*Impossibilidade de cálculo do OR devido à existência de caselas nulas

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC=Intervalo de Confiança

Foi possível observar que nenhuma variável analisada (tipo de universidade, sexo, faixa etária, crença religiosa, estado civil, renda familiar mensal, número de filhos e tipo de moradia) mostrou associação significativa com a depressão ( $p > 0,05$ );

apenas a variável “renda familiar mensal” apresentou alguma tendência para tal associação ( $p=0,087$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes da universidade B, com 41 anos ou mais de idade e com dois ou mais filhos, têm maior chance de apresentar depressão leve, moderada ou grave.

Deve-se ressaltar a impossibilidade de se calcular a razão de chances nesse caso e para algumas outras variáveis, devido à existência do valor zero na comparação.

A análise univariada dos fatores associados à depressão e as variáveis “formação universitária”, “titulação” e “possui mais de um curso de graduação”, está apresentada na tabela 30.

Tabela 30 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis formação universitária, titulação e se possui mais de um curso de graduação. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Sem depressão</i>	<i>Depressão leve, moderada ou grave</i>	<i>Valor-p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	
<b>Formação universitária</b>						
Enfermagem	38 (97,4%)	1 (2,6%)	0,585**	1,00		
Outras	30 (93,8%)	2 (6,3%)		2,53	0,22	29,29
<b>Titulação</b>						
Especialização	13 (100,0%)	0 (0,0%)	0,780**			
Mestrado	25 (92,6%)	2 (7,4%)				
Doutorado / Pós-doutorado	30 (96,8%)	1 (3,2%)		***		
<b>Possui mais de um curso de graduação</b>						
Não	57 (96,6%)	2 (3,4%)	0,431**	1,00		
Sim	11 (91,7%)	1 (8,3%)		2,59	0,22	31,12

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher

\*\*\*Impossibilidade de cálculo do OR devido à existência de caselas nulas

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

IC=Intervalo de Confiança

Pôde ser constatado que nenhuma variável analisada (formação universitária, titulação e possui mais de um curso de graduação) mostrou associação significativa com a depressão ( $p>0,05$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes que não são enfermeiros e que possuem mais de um curso de graduação, têm maior chance de apresentar depressão leve, moderada ou grave.

A análise univariada dos fatores associados à depressão e às variáveis “tempo de formado”, “tempo de trabalho na docência” e “tempo de trabalho na atual IES”, está apresentada na tabela 31.

Tabela 31 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis tempo de formado (graduação), tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Sem depressão</b>	<b>Depressão leve, moderada ou grave</b>	<b>Valor-p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
<b>Tempo de formado (graduação) (em anos)</b>						
Até 15	34 (97,1%)	1 (2,9%)	0,999**	1,00	0,17	23,11
Mais de 15	34 (94,4%)	2 (5,6%)				
<b>Tempo de trabalho na docência (em anos)</b>						
Até 10	35 (97,2%)	1 (2,8%)	0,614**	1,00	0,18	24,51
Mais de 10	33 (94,3%)	2 (5,7%)				
<b>Tempo de trabalho na atual IES (em anos)</b>						
Até 10	45 (95,7%)	2 (4,3%)	0,999**	1,00	0,08	11,36
Mais de 10	23 (95,8%)	1 (4,2%)				

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC=Intervalo de Confiança

Observou-se que nenhuma variável analisada (tempo de formado, tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual IES) mostrou associação significativa com a depressão ( $p>0,05$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes com mais de 15 anos de formado, mais de 10 anos de trabalho na docência e até 10 anos de trabalho na atual IES têm maior chance de apresentar depressão leve, moderada ou grave.

A análise univariada dos fatores associados à depressão e às variáveis “tipo de contrato de trabalho na IES”, “carga horária semanal de trabalho na instituição”, “plano de carreira na IES” e “outro trabalho fixo além da atividade de docência”, está apresentada na tabela 32.

Tabela 32 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis tipo de contrato na IES, carga horária semanal de trabalho na instituição (regime de trabalho) e plano de carreira na IES que trabalha e outro trabalho fixo além da atividade de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Sem depressão</i>	<i>Depressão leve, moderada ou grave</i>	<i>Valor-p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	
<b><i>Tipo de contrato de trabalho na IES</i></b>						
Estatutário (concursado)	37 (97,4%)	1 (2,6%)	0,589**	1,00		
Consolidação das Leis do Trabalho	30 (93,8%)	2 (6,2%)		2,47	0,21	28,53
<b><i>Carga horária semanal (regime de trabalho)</i></b>						
Com dedicação exclusiva	37 (97,4%)	1 (2,6%)	0,594**	1,00		
Sem dedicação exclusiva	31 (93,9%)	2 (6,1%)		2,39	0,21	27,59
<b><i>Plano de carreira na IES</i></b>						
Não	30 (93,8%)	2 (6,3%)	0,585**	1,00		
Sim	38 (97,4%)	1 (2,6%)		0,39	0,03	4,56
<b><i>Outro tipo de emprego (trabalho fixo) além da atividade de docência</i></b>						
Não	58 (96,7%)	2 (3,3%)	0,401**	1,00		
Sim	10 (90,9%)	1 (9,1%)		2,90	0,24	35,06

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher  
OR=Odds ratio (razão de chances)

IC=Intervalo de Confiança

É possível observar que nenhuma variável analisada (tipo de contrato de trabalho na IES, carga horária semanal de trabalho na instituição, plano de carreira na IES e outro trabalho fixo além da atividade de docência) mostrou associação significativa com a depressão ( $p > 0,05$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes com tipo de contrato CLT, sem dedicação exclusiva, sem plano de carreira e que possuem outro tipo de emprego além da atividade de docência, têm maior chance de apresentar depressão leve, moderada ou grave.

A análise univariada dos fatores associados à depressão e às variáveis “prática de exercícios físicos”, “tabagismo”, “consumo de bebida alcoólica”, “presença de doença crônica” e “uso de medicamentos diários”, está apresentada na tabela 33.

Tabela 33 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo as variáveis prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, presença de doença crônica e uso de medicamentos diários. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Sem depressão</i>	<i>Depressão leve, moderada ou grave</i>	<i>Valor-p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	
<b><i>Prática de exercícios físicos</i></b>						
Sedentário(a)	23 (92,0%)	2 (8,0%)	0,282**	1,00	0,02 2,97	
Pratica atividade	45 (97,8%)	1 (2,2%)		0,26		
<b><i>Tabagismo</i></b>						
Não	66 (97,1%)	2 (2,9%)	0,123**	1,00	1,02 266,57	
Sim	2 (66,7%)	1 (33,3%)		16,50		
<b><i>Consumo de bebida alcoólica</i></b>						
Não	36 (92,3%)	3 (7,7%)	0,247**	***		
Sim	32 (100,0%)	0 (0,0%)				
<b><i>Presença de doença crônica</i></b>						
Não	49 (96,1%)	2 (3,9%)	0,999**	1,00	0,11 15,07	
Sim	19 (95,0%)	1 (5,0%)		1,29		
<b><i>Uso de medicamentos diários</i></b>						
Não	45 (100,0%)	0 (0,0%)	<b>0,045**</b>	***		
Sim	23 (88,5%)	3 (11,5%)				

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher

\*\*\*Impossibilidade de cálculo do OR devido à existência de caselas nulas

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

IC=Intervalo de Confiança

Das variáveis analisadas (prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, presença de doença crônica e uso de medicamentos diários), apenas a referente ao “uso de medicamentos diários” teve associação significativa com a depressão ( $p=0,045$ ), sendo que todos aqueles que apresentaram depressão usam medicamentos. Ressalta-se que a variável “tabagismo” também apresentou alguma tendência para tal associação ( $p=0,123$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes sedentários, tabagistas e que possuem doença crônica, têm maior chance de apresentar depressão leve, moderada ou grave.

A análise univariada dos fatores associados à depressão e as variáveis “ocorrência de evento marcante na vida” e “ocorrência de evento marcante na carreira de docência”, está apresentada na tabela 34.

Tabela 34 – Análise univariada dos fatores associados à depressão segundo a ocorrência de evento marcante na vida ou na carreira de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Sem depressão</i>	<i>Depressão leve, moderada ou grave</i>	<i>Valor-p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>
<b><i>Ocorrência de evento marcante na vida</i></b>					
Não	42 (100,0%)	0 (0,0%)	0,064**	***	
Sim	26 (89,7%)	3 (10,3%)			
<b><i>Ocorrência de evento marcante na carreira de docência</i></b>					
Não	34 (100,0%)	0 (0,0%)	0,241**	***	
Sim	34 (91,9%)	3 (8,1%)			

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher

\*\*\*Impossibilidade de cálculo do OR devido à existência de caselas nulas

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

IC=Intervalo de Confiança

Todos os docentes com depressão tiveram algum evento marcante na vida e essa associação teve significância limítrofe ( $p=0,064$ ). Ressalta-se também que todos os docentes com depressão tiveram algum evento marcante na carreira de docência.

#### 7.4.2 Análise multivariada

Todas as variáveis com  $\text{valor-p} < 0,25$  na análise univariada (renda familiar mensal, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, uso de medicamentos diários e ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência) foram incluídas no modelo multivariado de regressão logística binária tendo como variável resposta a

depressão. Entretanto, nenhuma variável permaneceu significativa ao nível de 5% no modelo final.

De acordo com a análise multivariada, por meio da árvore de decisão (algoritmo CART), apenas a variável “tabagismo” permaneceu no modelo final, indicando que uma maior prevalência de depressão está associada ao consumo de cigarros (Figura 2). O modelo apresentado nesta figura, teve bom ajuste, classificando corretamente 96% dos dados.

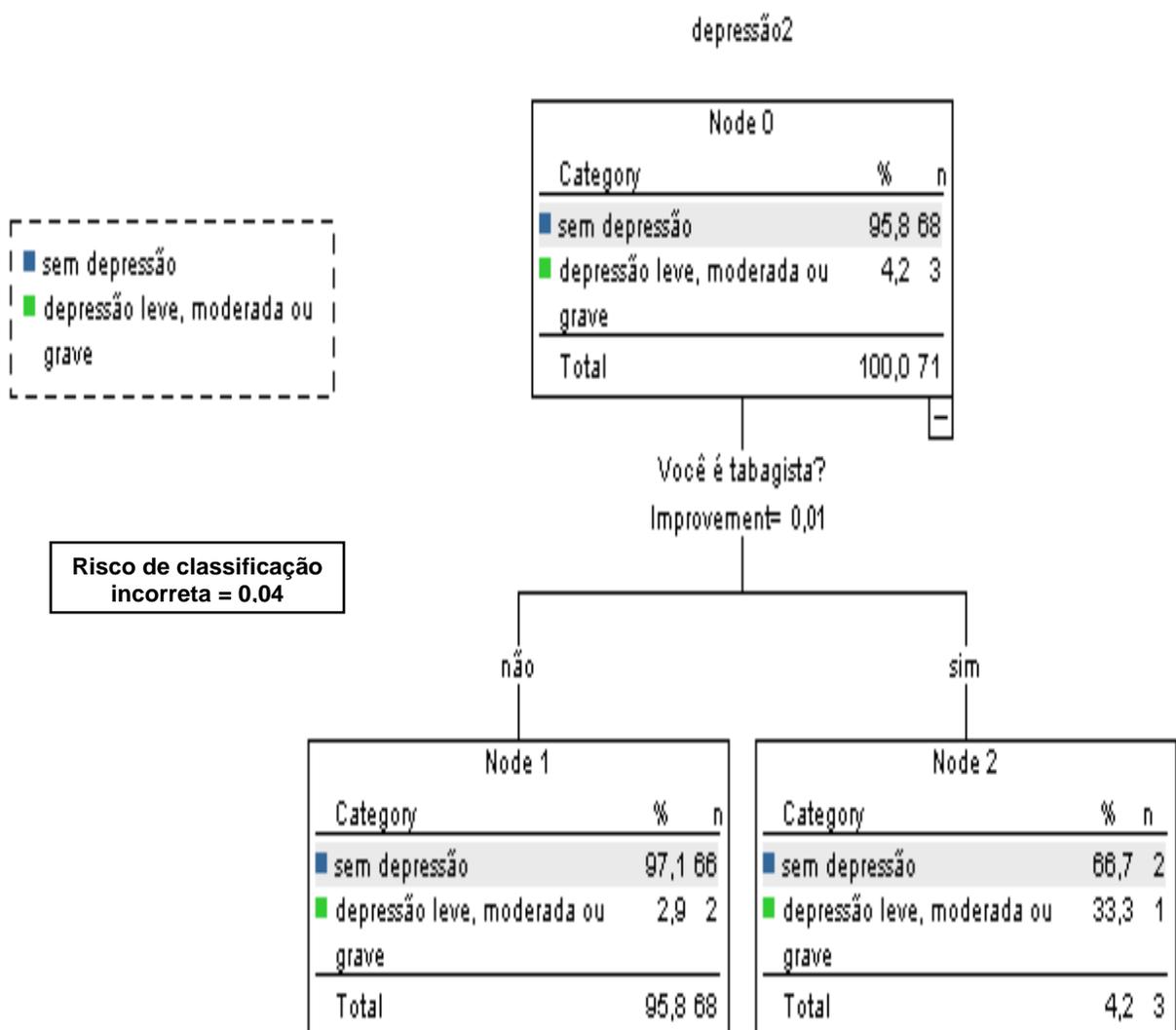


Figura 2 - Análise multivariada por meio do método árvore de decisão (algoritmo CART) buscando fatores associados à depressão. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

## **7.5 ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À AUTOESTIMA**

### **7.5.1 Análise univariada**

Finalizando, os últimos resultados relacionados ao objetivo 5 (avaliar a associação entre as variáveis tipo de universidade; sexo; idade; crença religiosa; estado civil; renda familiar mensal; número de filhos; tipo de moradia; formação universitária; possui mais de um curso de graduação; titulação; tempo de formado na graduação, de trabalho na docência e de trabalho na atual IES; tipo de contrato de trabalho na IES; carga horária semanal - regime de trabalho; plano de carreira; outro trabalho fixo além da atividade de docência; prática de exercícios físicos; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; doenças crônicas; uso de medicamentos diários e ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência com a medida de autoestima dos docentes de enfermagem de universidades pública e privada) estão elucidados nas tabelas 35 a 41 e Figura 3.

A análise univariada dos fatores associados à autoestima e às variáveis “tipo de universidade”, “sexo”, “faixa etária”, “crença religiosa”, “estado civil”, “renda familiar mensal”, “número de filhos” e “tipo de moradia”, está apresentada na tabela 35.

Tabela 35 – Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo as variáveis tipo de universidade, sexo, faixa etária, crença religiosa, estado civil, renda familiar mensal, número de filhos e tipo de moradia. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Autoestima alta</b>	<b>Autoestima baixa ou média</b>	<b>Valor-p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
<b>Tipo de universidade</b>						
Universidade A	31 (79,5%)	8 (20,5%)	0,189*	1,00	0,70	5,89
Universidade B	21 (65,6%)	11 (34,4%)		2,03		
<b>Sexo</b>						
Masculino	12 (80,0%)	3 (20,0%)	0,744**	1,00	0,40	6,43
Feminino	40 (71,4%)	16 (28,6%)		1,60		
<b>Faixa etária (em anos)</b>						
Até 40	26 (70,3%)	11 (29,7%)	0,556*	1,00	0,25	2,10
41 ou mais	26 (76,5%)	8 (23,5%)		0,73		
<b>Crença religiosa</b>						
Católica	37 (71,2%)	15 (28,8%)	0,551**	1,00	0,19	2,31
Outras	15 (78,9%)	4 (21,1%)		0,66		
<b>Estado civil</b>						
Com parceiro	41 (70,7%)	17 (29,3%)	0,491**	1,00	0,09	2,19
Sem parceiro	11 (84,6%)	2 (15,4%)		0,44		
<b>Renda familiar mensal (em reais)</b>						
Até 6.000,00	26 (66,7%)	13 (33,3%)	0,167*	1,00	0,15	1,40
Mais de 6.000,00	26 (81,3%)	6 (18,8%)		0,46		
<b>Número de filhos</b>						
Nenhum ou 1	26 (74,3%)	9 (25,7%)	0,844*	1,00	0,39	3,18
2 ou mais	26 (72,2%)	10 (27,8%)		1,11		
<b>Tipo de moradia</b>						
Casa própria	43 (71,7%)	17 (28,3%)	0,715**	1,00	0,11	2,87
Casa alugada	9 (81,8%)	2 (18,2%)		0,56		

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson  
OR=Odds ratio (razão de chances)

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher  
IC=Intervalo de Confiança

Observou-se que nenhuma variável analisada (tipo de universidade, sexo, faixa etária, crença religiosa, estado civil, renda familiar mensal, número de filhos e tipo de moradia) mostrou associação significativa com a autoestima ( $p > 0,05$ ); apenas as variáveis “tipo de universidade” e “renda familiar mensal” apresentaram alguma tendência para tal associação ( $p = 0,189$  e  $p = 0,167$ , respectivamente).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes da universidade B, sexo feminino, com até 40 anos de idade, católicos, com parceiros, renda familiar mensal de até 6000 reais, com dois ou mais filhos e que possuem casa própria, têm maior chance de apresentar autoestima baixa ou média.

A análise univariada dos fatores associados à autoestima e às variáveis “formação universitária”, “titulação” e “possui mais de um curso de graduação”, está apresentada na tabela 36.

Tabela 36 – Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo as variáveis formação universitária, titulação e se possui mais de um curso de graduação. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Autoestima alta</b>	<b>Autoestima baixa ou média</b>	<b>Valor-p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
<b>Formação universitária</b>						
Enfermagem	30 (76,9%)	9 (23,1%)	0,439*	1,00	0,53	4,35
Outras	22 (68,8%)	10 (31,3%)		1,52		
<b>Titulação</b>						
Especialização	9 (69,2%)	4 (30,8%)	0,780**	1,00	0,23	3,99
Mestrado	19 (70,4%)	8 (29,6%)		0,95		
Doutorado / Pós-doutorado	24 (77,4%)	7 (22,6%)		0,66		
<b>Possui mais de um curso de graduação</b>						
Não	44 (74,6%)	15 (25,4%)	0,722**	1,00	0,39	5,58
Sim	8 (66,7%)	4 (33,3%)		1,47		

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson  
OR=Odds ratio (razão de chances)

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher  
IC=Intervalo de Confiança

Identificou-se que nenhuma variável analisada (formação universitária, titulação e possui mais de um curso de graduação) mostrou associação significativa com a autoestima ( $p > 0,05$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes que não são enfermeiros, especialistas e que possuem mais de um curso de graduação, têm maior chance de apresentar autoestima baixa ou média.

A análise univariada dos fatores associados à autoestima e às variáveis “tempo de formado”, “tempo de trabalho na docência” e “tempo de trabalho na atual IES”, está apresentada na tabela 37.

Tabela 37 – Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo as variáveis tempo de formado (graduação), tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Autoestima alta</b>	<b>Autoestima baixa ou média</b>	<b>Valor-p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
<b>Tempo de formado (graduação) (em anos)</b>						
Até 15	26 (74,3%)	9 (25,7%)	0,844*	1,00	0,39	3,18
Mais de 15	26 (72,2%)	10 (27,8%)				
<b>Tempo de trabalho na docência (em anos)</b>						
Até 10	26 (72,2%)	10 (27,8%)	0,844*	1,00	0,31	2,58
Mais de 10	26 (74,3%)	9 (25,7%)				
<b>Tempo de trabalho na atual IES (em anos)</b>						
Até 10	33 (70,2%)	14 (29,8%)	0,420*	1,00	0,19	1,99
Mais de 10	19 (79,2%)	5 (20,8%)				

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

OR=Odds ratio (razão de chances)

IC=Intervalo de Confiança

Verificou-se que nenhuma variável analisada (tempo de formado, tempo de trabalho na docência e tempo de trabalho na atual IES) mostrou associação significativa com a autoestima ( $p > 0,05$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes com mais de 15 anos de formado, até 10 anos de trabalho na docência e na atual IES, têm maior chance de apresentar autoestima baixa ou média.

A análise univariada dos fatores associados à autoestima e às variáveis “tipo de contrato de trabalho na IES”, “carga horária semanal de trabalho na instituição”, “plano de carreira na IES” e “outro trabalho fixo além da atividade de docência”, está apresentada na tabela 38.

Tabela 38 – Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo as variáveis tipo de contrato na IES, carga horária semanal de trabalho na instituição (regime de trabalho), plano de carreira na IES que trabalha e outro trabalho fixo além da atividade de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Autoestima alta</b>	<b>Autoestima baixa ou média</b>	<b>Valor-p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
<b>Tipo de contrato de trabalho na IES</b>						
Estatutário (concursado)	30 (78,9%)	8 (21,1%)	0,212*	1,00		
Consolidação das Leis do Trabalho	21 (65,6%)	11 (34,4%)		1,96	0,68	5,72
<b>Carga horária semanal (regime de trabalho)</b>						
Com dedicação exclusiva	30 (78,9%)	8 (21,1%)	0,244*	1,00		
Sem dedicação exclusiva	22 (66,7%)	11 (33,3%)		1,88	0,65	5,43
<b>Plano de carreira na IES</b>						
Não	21 (65,6%)	11 (34,4%)	0,189*	1,00		
Sim	31 (79,5%)	8 (20,5%)		0,49	0,17	1,43
<b>Outro tipo de emprego (trabalho fixo) além da atividade de docência</b>						
Não	44 (73,3%)	16 (26,7%)	0,999**	1,00		
Sim	8 (72,7%)	3 (27,3%)		1,03	0,24	4,37

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson  
OR=Odds ratio (razão de chances)

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher  
IC=Intervalo de Confiança

Observou-se que nenhuma variável analisada (tipo de contrato de trabalho na IES, carga horária semanal de trabalho na instituição, plano de carreira na IES e outro trabalho fixo além da atividade de docência) mostrou associação significativa com a autoestima ( $p > 0,05$ ); apenas a variável “plano de carreira na IES” apresentou alguma tendência para tal associação ( $p = 0,189$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes com tipo de contrato CLT, sem dedicação exclusiva, sem plano de carreira e com outro tipo de emprego além da atividade de docência, têm maior chance de apresentar autoestima baixa ou média.

A análise univariada dos fatores associados à autoestima e às variáveis “prática de exercícios físicos”, “tabagismo”, “consumo de bebida alcoólica”, “presença de doença crônica” e “uso de medicamentos diários”, está apresentada na tabela 39.

Tabela 39 – Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo as variáveis prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, presença de doença crônica e uso de medicamentos diários. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Autoestima alta</b>	<b>Autoestima baixa ou média</b>	<b>Valor-p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	
<b>Prática de exercícios físicos</b>						
Sedentário(a)	15 (60,0%)	10 (40,0%)	0,063*	1,00		
Pratica atividade	37 (80,4%)	9 (19,6%)		0,36	0,12	1,08
<b>Tabagismo</b>						
Não	49 (72,1%)	19 (27,9%)	0,559**			
Sim	3 (100,0%)	0 (0,0%)		***		
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>						
Não	27 (69,2%)	12 (30,8%)	0,400*	1,00		
Sim	25 (78,1%)	7 (21,9%)		0,63	0,21	1,85
<b>Presença de doença crônica</b>						
Não	39 (76,5%)	12 (23,5%)	0,326*	1,00		
Sim	13 (65,0%)	7 (35,0%)		1,75	0,57	5,38
<b>Uso de medicamentos diários</b>						
Não	36 (80,0%)	9 (20,0%)	0,090*	1,00		
Sim	16 (61,5%)	10 (38,5%)		2,50	0,85	7,33

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

\*\*Aplicação do Teste exato de Fisher

\*\*\*Impossibilidade de cálculo devido à existência de casela nula

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

IC=Intervalo de Confiança

É possível observar que nenhuma variável analisada (prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, presença de doença crônica e uso de medicamentos diários) mostrou associação significativa com a autoestima ( $p > 0,05$ ); apenas a variável “prática de atividade física” apresentou associação

limítrofe ( $p=0,063$ ), sendo que os docentes que praticam atividade física tiveram menor prevalência de autoestima baixa ou média (19,6%).

Ressalta-se também que a variável “uso de medicamentos diários” apresentou alguma tendência para tal associação ( $p=0,090$ ).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes sedentários, que não consomem bebida alcoólica, que possuem doença crônica e fazem uso de medicamentos diários, têm maior chance de apresentar autoestima baixa ou média.

A análise univariada dos fatores associados à autoestima e às variáveis “ocorrência de evento marcante na vida” e “ocorrência de evento marcante na carreira de docência”, está apresentada na tabela 40.

Tabela 40 – Análise univariada dos fatores associados à autoestima segundo a ocorrência de evento marcante na vida ou na carreira de docência. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Autoestima alta</i>	<i>Autoestima baixa ou média</i>	<i>Valor-p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	
<b><i>Ocorrência de evento marcante na vida</i></b>						
Não	36 (85,7%)	6 (14,3%)	<b>0,004*</b>	1,00		
Sim	16 (55,2%)	13 (44,8%)		4,87	1,57	15,13
<b><i>Ocorrência de evento marcante na carreira de docência</i></b>						
Não	29 (85,3%)	5 (14,7%)	<b>0,028*</b>	1,00		
Sim	23 (62,2%)	14 (37,8%)		3,53	1,11	11,24

\*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

IC=Intervalo de Confiança

As variáveis “ocorrência de evento marcante na vida” e “ocorrência de evento marcante na carreira de docência” tiveram associação significativa com a autoestima ( $p=0,004$  e  $p=0,028$ , respectivamente).

Pela razão de chances, constatou-se que os docentes que já tiveram algum evento marcante na vida e também na carreira de docência, têm maior chance de apresentar autoestima baixa ou média.

### 7.5.2 Análise multivariada

Todas as variáveis com valor- $p < 0,25$  na análise univariada (tipo de universidade, renda familiar mensal, carga horária semanal, prática de exercícios físicos, tipo de contrato de trabalho, plano de carreira na IES, uso de medicamentos diários e ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência) foram incluídas no modelo multivariado de regressão logística binária, tendo como variável resposta a autoestima.

Permaneceram no modelo final de regressão logística as variáveis “ocorrência de evento marcante na vida” e “ocorrência de evento marcante na carreira de docência”, conforme apresentado na tabela 41.

Tabela 41 – Análise multivariada dos fatores associados à autoestima segundo modelo de regressão logística binária. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

<i>Variáveis</i>	<i>Valor-p</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>	
<b><i>Evento marcante na carreira de docência</i></b>	0,034	3,80	1,11	13,04
<b><i>Evento marcante na vida</i></b>	0,007	5,17	1,58	16,89

Ajuste do modelo (Estatística de Hosmer & Lemeshow –  $p = 0,855$ )

OR=*Odds ratio* (razão de chances)

IC=Intervalo de Confiança

Com relação ao modelo multivariado, um docente que teve algum evento marcante na vida tem 5 vezes mais chance de apresentar autoestima média ou baixa que aquele que não teve esse evento, sendo que essa chance pode variar na população total entre 1,581 e 16,89. Quando se trata de algum evento marcante na carreira de docência, essa chance passa para 3,80, com intervalo de confiança variando entre 1,11 a 13,04. Esse modelo teve bom ajuste, de acordo com o teste de Hosmer & Lemeshow.

De acordo com a análise multivariada, por meio da árvore de decisão (algoritmo CART), as variáveis “ocorrência de evento marcante na vida” e “uso de medicamentos diários” permaneceram no modelo final, indicando que uma maior prevalência de autoestima média ou baixa está associada à ocorrência de evento

marcante na vida e com o uso diário de medicamentos diários (Figura 3). O modelo apresentado nesta figura teve bom ajuste, classificando corretamente 78% dos dados.

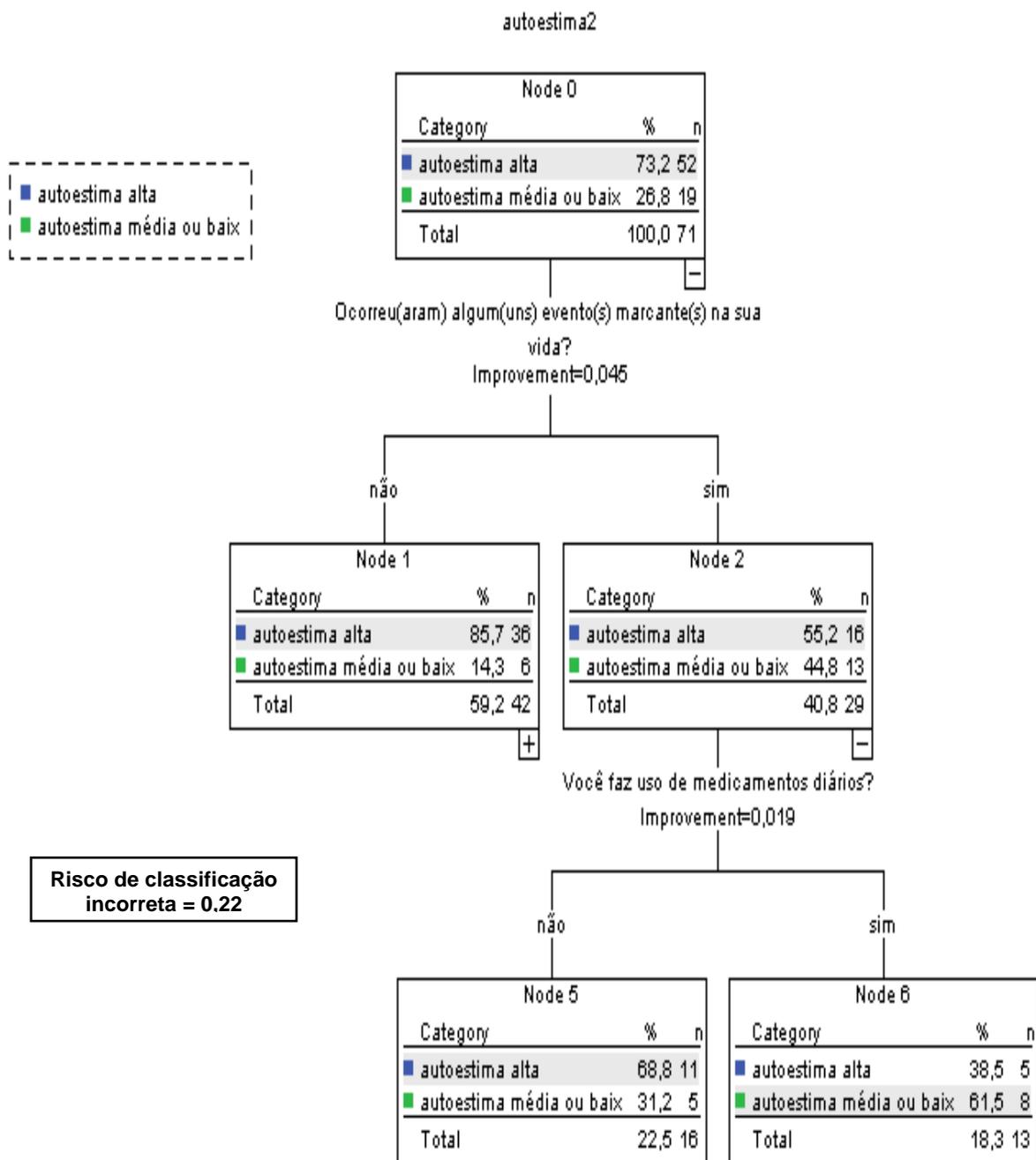


Figura 3 - Análise multivariada por meio do método árvore de decisão (algoritmo CART) buscando fatores associados à autoestima. Universidades pública e privada de Alfenas-MG, 2010.

## **8 *DISCUSSÃO***



O trabalho é uma atividade humana, individual e coletiva, que requer uma série de contribuições (esforço, tempo, aptidões, habilidades, etc.), as quais os indivíduos desenvolvem esperando, em troca, compensações, não só econômicas e materiais, mas também psicológicas e sociais, que contribuam para satisfazer as suas necessidades. As pessoas, em seu trabalho, buscam a satisfação de necessidades biológicas, de segurança, de relação social, de autoestima e de auto-realização (PEIRÓ, 1993). É resultado de esforço, de dispêndio de energia física e mental, produz bens e serviços. Além de satisfazer as necessidades individuais e o bem-estar pessoal, contribui para a manutenção e para o desenvolvimento da sociedade (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O processo saúde-doença é também construído no trabalho, uma vez que possibilita reafirmar a autoestima, desenvolver as habilidades, expressar as emoções e a personalidade, tornando-se também espaço de construção da história individual e da identidade social (DEJOURS, 1987). Por outro lado, o ambiente laboral pode, igualmente, enfermidades ocupacionais, comprometendo a saúde física e mental do indivíduo. Assim, é importante conhecer a dinâmica da produção do desgaste gerado em cada situação de trabalho para viabilizar as medidas de prevenção necessárias (MENDES, 1995).

Dessa forma, salienta-se que o trabalho humano possui um duplo caráter: por um lado, é fonte de realização, satisfação, prazer, estruturando e conformando o processo de identidade dos sujeitos; por outro, pode também se transformar em elemento patogênico, tornando-se nocivo à saúde. No ambiente de trabalho, os processos de desgaste do corpo são determinados em boa parte pelo tipo de atividade e pela forma como esta está organizada (DEJOURS, 1987).

Atualmente, o trabalhador vive uma realidade de grandes transformações nos processos de trabalho caracterizada, sobretudo, pela rapidez e pelas contínuas e diferentes exigências quanto às novas formas de se trabalhar. Para os que se mantêm empregados, sem garantias de permanência, resta a subserviência às metas e aos objetivos organizacionais, flexibilizando-se a todas demandas advindas do sistema produtivo em que estão inseridos. Desse modo, são negligenciados em suas necessidades de crescimento e desenvolvimento profissional e, portanto, impossibilitados de concretizar algum tipo de autorrealização. Constatam-se também exigências cada vez mais severas quanto à qualificação necessária para o trabalho, assim como a intensificação do ritmo, a diversificação das atividades e a polivalência

funcional como atributos de competência. Em contrapartida, o medo e a apreensão pela demissão a qualquer momento, impedidos de serem expressos, são vivenciados silenciosamente (SILVA et al., 2009).

Ainda para os mesmos autores, não é difícil suspeitar que esse novo mundo do trabalho possa gerar decepções sucessivas e favorecer a ocorrência de transtornos aos trabalhadores. Dessa forma, faz-se presente uma sobrecarga, principalmente mental, que contamina o trabalhador em seus aspectos cognitivos e emocionais com consequências psicossociais perversas também para as relações interpessoais.

No que se refere à atividade docente, vale mencionar que o processo de trabalho e o de gestão em educação transformou-se profundamente nas últimas décadas, com claras repercussões nas condições laborais, na imagem social do professor e no valor que a sociedade atribui à própria educação. Esses aspectos podem ter repercussões importantes sobre a saúde física e mental dos educadores (ARAÚJO et al., 2005). Estudos em vários países apontam que os professores correm o risco de sofrer esgotamento físico e mental, levando-se em consideração as dificuldades materiais e psicológicas associadas ao exercício da docência (DELCOR et al. 2004).

No Brasil, a literatura científica sobre as condições de trabalho e de saúde dos professores é ainda incipiente. Entretanto, a partir da década de 90, observou-se um aumento no número de estudos conduzidos nesse grupo ocupacional. Esses estudos exploram especialmente os efeitos do trabalho sobre a saúde mental, como o estresse e a Síndrome de *Burnout*. Embora incipiente, o que já se produziu até o momento revela um crescimento significativo no número de casos de estresse e Síndrome de *Burnout* entre os docentes do ensino fundamental, médio e superior, da rede pública e particular, associados ou não a outras patologias (DELCOR et al., 2004; LEMOS, 2005).

Entretanto, pouco se tem feito para avaliar as repercussões do trabalho sobre a saúde do professor, principalmente do docente universitário, cujos riscos são menos visíveis quando comparados a outros trabalhadores como metalúrgicos, petroquímicos, etc. (REIS et al., 2005).

Uma das principais dificuldades da realização de pesquisas nessa área é o estabelecimento da relação de causalidade entre as doenças e o trabalho, ou seja, a correlação dos transtornos mentais e do comportamento ao trabalho, com toda sua

implicação para o homem e para as organizações. Outra dificuldade é identificar as situações laborais que estejam favorecendo o aparecimento e o agravamento dessas doenças (SILVA et al., 2009).

No contexto acadêmico, verifica-se que os docentes são submetidos a uma série de fatores de risco ocupacionais, entre eles os psicossociais, os quais podem desencadear-lhes sintomas depressivos e ansiosos (MENDES; CRUZ, 2004; CARAN, 2007).

As mudanças no contexto social e econômico nas últimas décadas têm tido impacto direto na escola. Têm produzido efeitos perversos na vida dos professores, que se veem pressionados pela sociedade a cumprir um papel que não corresponde à realidade. É-lhes exigido que ofereçam qualidade de ensino, dentro de um sistema coletivo, ainda baseado na competitividade, entretanto os recursos materiais e humanos são cada vez mais precarizados, incluindo-se os baixos salários, com aumento das funções dos professores, o que contribui para um esgotamento e uma contradição quanto à formação que é oferecida (ESTEVE, 1999).

Estudos realizados com professores caracterizam a prática de ensino como um trabalho dotado de intensificação das relações interpessoais que mobiliza os denominados fatores psicossociais do trabalho docente. Os resultados das pesquisas apontam que fatores como a não (ou des)valorização e o não reconhecimento do trabalho docente, expressos genericamente pela percepção de desrespeito por parte dos alunos (e até mesmo da sociedade), as condições salariais (que não condizem com a importância e a responsabilidade social desse trabalho), pressão por metas de produtividade em menor tempo e pela necessidade de capacitação e de atualização constante de conteúdos a serem ministrados, a necessidade de ampliação da jornada de trabalho para recompor salário, a acumulação do trabalho, os aumentos expressivos de alunos em salas de aula, além da luta permanente por manter-se no emprego, têm contribuído para a perda de qualidade da saúde dos professores, propiciando-lhes alterações psíquicas (CODO, 1999; ESTEVE, 1999).

Embora as elevadas cargas psíquicas associadas ao trabalho docente venham sendo descritas há várias décadas, os níveis atuais de adoecimento psíquico têm apresentado patamares preocupantes (ARAÚJO et al., 2003a). As novas exigências e o aumento de responsabilidades no sistema de ensino justificam a referência a esse quadro psicológico dos professores (MARTINEZ, 2003).

Estudo sobre o processo de trabalho docente em uma universidade pública evidenciou elevação das responsabilidades docentes nos últimos anos, desencadeadas, principalmente, pelo incremento no número de alunos e de cursos oferecidos, sem o correspondente aumento de professores, de infraestrutura e de recursos materiais (PARANHOS, 2001),

Com o avanço tecnológico e o mundo globalizado, o conhecimento humano está crescendo de forma acelerada, a cultura do mundo capitalista exige que o profissional se dedique e tenha sucesso e, com isso, há o acúmulo de muitas tarefas, com o trabalho realizado de forma excessiva. Os professores estão nessa categoria, pois apresentam uma jornada de trabalho nas universidades e estendem suas atividades de pesquisa em casa, sempre a favor de um conhecimento maior e de credibilidade a fim de passar as informações aos seus alunos (PACHANE, 2003).

O trabalho docente flexível e multifacetado, atravessado por atividades e exigências diversas que não cessam, nem em época de greve, tampouco nas férias, gera, ao mesmo tempo, mudança na jornada de trabalho de ordem intensiva (aceleração na produção num mesmo intervalo de tempo) e extensiva (maior tempo dedicado ao trabalho), particularmente facilitada pela introdução das novas tecnologias. Períodos de interrupção do ano letivo são aproveitados para colocar as coisas em dia: adiantar o preenchimento de formulários, preparar projetos, escrever artigos, pegar os livros que ainda não foram lidos. *E-mails* a serem respondidos, celulares que tocam em casa e computadores portáteis garantem que o trabalho acompanhe o professor, para além dos muros da universidade, nos momentos institucionalmente destinados ao descanso e ao lazer. O docente vai fisicamente para casa, mas o dia de trabalho não termina, pois as inovações tecnológicas possibilitam a derrubada das barreiras entre o mundo pessoal e o mundo profissional (MANCIBO; LOPES, 2004).

O professor universitário apresenta também seu cotidiano conflitante e agitado, sendo possível ter problemas com alunos que chegam a fazer ameaças verbais e físicas; ainda possui várias funções que englobam mais que somente realizar pesquisas e ministrar aulas. Há uma série de responsabilidades que podem ser listadas como tarefas de planejamento; exercício da docência; realização de orientações; prestação de serviços à comunidade; assessorias e consultorias; comprometimento com a descoberta de novos saberes e sua divulgação; responsabilidade de sempre dizer a verdade; participação em numerosos

grupos/comissões intra e extrauniversidade; palestras, realização de cursos, conferências, entre outros (PACHANE, 2003).

O ambiente concorrencial que cerca o ensino superior é bastante acirrado e os segmentos populacionais em situação de desvantagem não são focados nessa disputa, restando aos Estados a promoção de inserções corretivas. Universidades públicas e privadas competem pelos mesmos recursos. A disputa gira em torno dos melhores alunos, dos fundos de pesquisa e também dos docentes e gestores, que encontram um mercado fértil, mas muito exigente para a construção de suas carreiras (SCHWARTZMAN, 2001).

Estudos sobre condições de trabalho demonstram uma crescente precarização e deterioração das condições laborais dos docentes: desvalorização do trabalho, baixos salários, múltiplos empregos, formação deficiente, postura corporal inadequada, exposição ao pó de giz, ruídos, infraestrutura precária e carência de recursos materiais e humanos que lhes acentuam a sobrecarga de trabalho (SOUZA et al., 2003).

Pesquisas destacaram o sofrimento mental dos professores, quase todas investigando distúrbios psíquicos menores (DPM), que são definidos como distúrbios classificados pela nosografia psiquiátrica, frequentemente ansiosos, depressivos ou com somatizações, mas que não necessariamente geram procura de tratamento especializado. Entre as características do trabalho referidas mais frequentemente pelos professores como associadas ao adoecimento, estão o trabalho repetitivo, a insatisfação no desempenho das atividades, a falta de autonomia no planejamento das atividades, o ambiente estressante, o ritmo acelerado (intensificação do trabalho), as elevadas exigências emocionais no trabalho, a fiscalização contínua e a pressão da direção (SILVANY et al., 2000; DELCOR et al.; 2004; REIS et al., 2005).

Estudo realizado com professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, na Bahia, revelou que a prevalência de DPM foi de 41,5%. Essa ocorrência estava associada a características do conteúdo da atividade laboral: trabalho repetitivo; intensa concentração em uma mesma tarefa por um longo período; ritmo acelerado de trabalho; interrupção das tarefas antes de serem concluídas; tempo para realização das tarefas insuficiente; ausência de preocupação do coordenador pelo bem-estar da sua equipe; inexistência de processos

democráticos de tomada de decisões do grupo de trabalho; falta de interesse dos colegas de trabalho pelo que acontece com o próximo (DELCOR et al., 2004).

Investigação contextualizada em João Pessoa/Paraíba, junto aos professores de ensino fundamental da rede municipal, apresentou um caráter qualitativo e interdisciplinar, na perspectiva de estudar o trabalho, preocupando-se com a precarização das condições de trabalho e de vida. Constatou que o sofrimento mental dos professores pode estar ligado à formação deficiente; à dificuldade para operar regras de ofício; como a do controle-de-turma; à inexistência de espaços de intercâmbio profissional e de planejamento das atividades docentes; às relações hierárquicas; à falta de pessoal e de material nas escolas; à insuficiência de pausas e de momentos de lazer e descanso; à tripla jornada de trabalho; à contaminação das relações familiares pela invasão das atividades escolares no espaço domiciliar e, sobretudo, à desqualificação, aos baixos salários e ao não reconhecimento social de seu trabalho (NEVES; ATHAYDE, 1998).

Outra pesquisa realizada em Vitória/ES visou compreender as relações trabalho/saúde dos docentes da rede municipal desse município, analisando as condições e a organização do trabalho no campo da educação e entender quais relações poderiam ser estabelecidas entre a forma de gestão atual implementada no município, a forma de organização do trabalho dos educadores e a saúde desses docentes. Entre os aspectos levantados da atual gestão que foram consideradas relevantes para pensar a situação dos docentes hoje no Brasil, destacam-se: a desvalorização do trabalho docente; a diminuição (e muitas vezes a eliminação) dos espaços de discussão coletiva; o não investimento nos processos de capacitação; o autoritarismo; a falta de autonomia dos trabalhadores e a despolitização do campo educacional, que passou a ser uma questão de bom ou mau gerenciamento (HECKERT et al., 2001).

Diante ao exposto, é possível observar que os docentes, dentre eles os universitários, estão expostos aos vários fatores de riscos psicossociais e que estes se relacionam aos aspectos de planejamento, organização e gerenciamento do trabalho, os quais apresentam potencial para causar prejuízo físico, social e psicológico, podendo levar a alterações psíquicas, como ansiedade e depressão (COX; RIAL-GONZÁLEZ, 2002).

No entanto, os trabalhos que avaliaram ansiedade e depressão, associadas à autoestima abordaram grupos distintos dos docentes universitários, dificultando

comparações. Dessa forma, vale mencionar que, devido à ausência de pesquisas que avaliaram essas alterações psíquicas nesses trabalhadores, considerou-se importante comparar os resultados da presente investigação com as que avaliaram DPM, transtornos mentais ou alterações psíquicas, entre eles, ansiedade e depressão, em professores do ensino superior, fundamental ou médio. Destaca-se ainda que a maioria desses estudos avaliou condições de trabalho e de saúde de docentes do ensino médio e fundamental. A avaliação da situação dos professores universitários permanece uma questão a ser explorada (ARAÚJO et al., 2005).

No presente estudo, com relação aos dados de caracterização da amostra, assim como informações referentes à atividade de docência, verificou-se que houve predomínio, na população geral, ou seja, professores das duas universidades avaliadas, de docentes do sexo feminino; na faixa etária de 31 a 40 anos; católicos; casados; com renda familiar mensal de 4000 a 6000,00 reais; sem filhos; com casa própria; formação universitária em Enfermagem; mestres; que não possuem outro curso de graduação; tempo de formado de 21 ou mais anos; tempo de trabalho de docência 6 a 10 anos; tempo de trabalho na atual IES de 1 a 5 anos; tipo de contrato na IES estatutário (concurado); com regime de trabalho integral e 40 horas semanais com dedicação exclusiva; com plano de carreira e que não possuem outro tipo de emprego além da docência. Vale mencionar que a maior frequência de docentes concursados, com regime de trabalho integral e dedicação exclusiva, com plano de carreira e sem outro emprego além da docência, se deve ao fato de a amostra na universidade A ser maior (39 professores) que na B (32 professores), sendo que a universidade A, por ser uma instituição pública, possui docentes com essas características. A seguir, são apresentados resultados de trabalhos realizados com docentes e que avaliaram a saúde, condições de trabalho ou DPM.

Estudo envolvendo 314 professores universitários da Universidade Estadual de Feira de Santana/Bahia foi realizado com o objetivo de descrever as condições de trabalho e de saúde dessa população. Foi encontrado que, entre os docentes entrevistados, a maioria estava na faixa etária de 30-39 anos (39,5%) e era do sexo feminino (52,9%). Quanto à situação conjugal, 65,7% viviam com um companheiro. O nível de qualificação docente foi elevado: 56,6% tinham doutorado ou mestrado; apenas 7% possuíam somente a graduação. Verificou-se que, em relação ao tempo de trabalho, predominou o ingresso recente na instituição: 38,9% possuíam menos de 5 anos de trabalho. Também foi observado um percentual significativo de

professores com mais de 21 anos de trabalho (14,6%). A carga horária integral foi predominante: 53,6% dos docentes trabalhavam 40 horas semanais e, 41,6%, mantinham vínculo de dedicação exclusiva (ARAÚJO et al., 2005).

Investigação que objetivou caracterizar as cargas psíquicas no trabalho de 86 professores efetivos e substitutos que compõem o quadro de docentes que atuam nos cursos da área da saúde da Universidade Federal de Santa Maria e sua influência nos processos de saúde encontrou que a amostra foi composta por 64% dos participantes do sexo feminino. A idade dos participantes variou entre 21 e 64 anos de idade, com média de 41,4 anos. Entre os professores estudados, 65% eram casados. Em relação ao nível de instrução, 70% eram mestres e doutores. A maior ocorrência quanto ao tempo de docência esteve entre 11 e 20 anos. Quanto ao regime de contratação na instituição, 60,5% da amostra eram contratados em regime de dedicação exclusiva (integral com 40 h/semanais) (LEMOS, 2005).

Outra pesquisa desenvolvida com o objetivo de avaliar a associação entre controle sobre o trabalho, demandas psicológicas e a ocorrência de DPM entre professores da rede municipal de ensino fundamental de Vitória da Conquista/Bahia, encontrou que a maioria era constituída por mulheres (94,1%), casada (52,3%), com filhos (58,5%). A média de idade foi de 34,2 anos. O tempo médio de trabalho foi de 10,4 anos, com 85,2% desses docentes com vínculo de trabalho estável (efetivos e concursados). A carga horária média encontrada em todas as escolas foi 38,8 horas por semana (REIS et al., 2005).

Na presente investigação, observou-se, por meio da análise estatística, que houve diferença estatisticamente significativa na faixa etária, sendo que a universidade A tem docentes mais velhos que a B; também houve diferença significativa na renda familiar mensal, uma vez que na universidade A os professores possuem uma maior renda, o que pode ser justificado pelo fato de eles serem de uma instituição pública com plano de carreira e com titulação de doutores, possuindo assim, um salário maior em comparação aos professores de instituição privada.

Os sujeitos do estudo são majoritariamente do sexo feminino, o que reporta à inserção histórica da mulher na sociedade e que ocorre no trabalho docente. Assim, esse papel é reproduzido tanto na Enfermagem, que também apresenta um predomínio de mulheres, quanto na docência em geral (NACARATO; VARANI; CARVALHO, 1998). Vários estudos confirmam a predominância das mulheres na prática da Enfermagem e na docência (ARAÚJO et al., 2003b; DELCOR et al.,

2004). Segundo a pesquisa realizada em 2003 pela Unesco sobre o perfil dos professores, no Brasil, 81,3% dos docentes são do sexo feminino (UNESCO, 2004).

A predominância do sexo feminino entre os profissionais da educação está relacionada à inserção feminina no mercado de trabalho. Esse campo profissional foi um dos primeiros a incorporar, em uma escala mais ampla, essa participação. Na expansão do setor educacional no Brasil, a partir da segunda metade do século XX, as mulheres foram chamadas para ocupar os cargos de educadores, considerando que a docência, na época, era vista como atividade própria de mulheres, por envolver cuidado aos outros, considerando-se o trabalho na escola como uma continuação das tarefas exigidas no âmbito doméstico, aparecendo a imagem da mãe educadora (ARAÚJO; REIS; KAVALKIEVCZ, 2003; DELCOR, 2003; DELCOR et al., 2004). A crise econômica e de emprego, a luta das mulheres pelos seus direitos e as mudanças na família nuclear favoreceram a entrada da mulher no mundo do trabalho (DELCOR et al., 2004).

No presente estudo, o nível de qualificação docente foi satisfatório, uma vez que, na universidade A, 25,6% dos professores apresentavam a titulação de mestres; 46,2% tinham doutorado e 20,5% haviam realizado pós-doutorado; e, na universidade B, 53,1% tinham mestrado e, 12,5%, doutorado. Ressalta-se que houve diferença estatisticamente significativa, sendo que na instituição A existe um maior número de doutores e pós-doutores.

A elevada formação docente revelou os resultados positivos da política institucional de qualificação dos professores das IES. Nos últimos anos, algumas instituições criaram programas de incentivo à formação docente (cursos de pós-graduação interinstitucional e liberação do docente para cursos em outras instituições) (ARAÚJO et al., 2005).

É notório enfatizar que alguns docentes encontram-se acomodados quanto à qualificação profissional, sendo que essa acomodação parece ter alguma relação com o tempo de exercício da profissão. O próprio professor admite que o fato de estar com o tempo de serviço próximo à aposentadoria, conseqüentemente com a idade mais avançada, faz com que ele opte por não buscar por um aperfeiçoamento profissional. Outro fator importante refere-se aos sentimentos manifestados pelo professor, tais como inferioridade, discriminação, desvalorização e falta de reconhecimento pelo trabalho realizado. Tais sentimentos parecem ser comuns em docentes de instituições privadas (SANTOS; CASSIANI, 2000).

Ainda para os mesmos autores, o professor encontra-se desprovido de estímulos para se atualizar. De certa forma, sente-se preso às questões de ordem pessoal, familiar e de trabalho. Tais fatores funcionam como barreiras que impedem ou limitam o seu desenvolvimento profissional naquele momento, dificultando a sua qualificação.

Com relação à variável “outro tipo de emprego além da atividade docente”, verificou-se neste estudo que apenas um (2,6%) docente da universidade A têm outro emprego, enquanto na instituição B, 10 (31,3%) possuem outro trabalho, com diferença estatisticamente significativa. Os docentes da universidade A são concursados e com dedicação exclusiva, e o professor que trabalha em outra atividade tem contrato temporário (substituto).

Algumas pesquisas encontraram dados semelhantes com relação aos docentes com outro emprego além da docência, mas com valores inferiores aos encontrados na presente investigação: 19,1% (DELCOR et al., 2004), 23,6% (LEMOS, 2005) e 30% (REIS et al., 2005).

É importante relacionar o duplo emprego com o salário, ou seja, para Nóvoa (1995), o salário dos professores é considerado uma espécie de “gratificação”, admitindo, portanto, a dupla atividade. Já Mello (1988) entende que a maior porcentagem de professores insatisfeitos, aproximadamente 83%, é observada no que diz respeito à questão salarial; enquanto para Demo (1995), o professor é vítima de um sistema perverso, em que perpetuam condições indignas de trabalho, com remunerações incomuns. No presente estudo, verificou-se que a média da renda familiar mensal dos docentes da universidade B é aproximadamente 2200,00 reais menor que os da instituição A, o que faz com que aqueles busquem outro emprego, além do fato de não possuírem um vínculo de trabalho com dedicação exclusiva.

As variáveis tempo de formado, de trabalho na docência e de trabalho na atual IES apresentaram diferença estatisticamente significativa, apontando que os docentes da universidade A possuem maior tempo de formado (média: 21,8 anos) e de trabalho na docência (média: 18 anos), situação justificada pelo fato de aproximadamente 66% desses professores terem mais de 40 anos. A maioria dos professores, de ambas as universidades, têm menos de 10 anos de trabalho na docência. Ressalta-se que 30,8% dos docentes da instituição A possuem 21 anos ou mais de atividade na docência e que os mesmos estão próximos à aposentadoria.

Outro dado encontrado refere-se à diferença significativa, entre as universidades, na variável tipo de contrato, apontando que na universidade A quase que a totalidade dos docentes são concursados (97,4%), enquanto na B, todos são contratados e amparados pela Consolidação das Leis Trabalhistas.

Estudo cujo objetivo foi descrever as condições de trabalho e de saúde dos 314 professores universitários da Universidade Estadual de Feira de Santana, constatou que, de acordo com os hábitos de vida, 55,8% dos sujeitos praticavam algum tipo de atividade física (ARAÚJO et al., 2005). Na presente investigação, a prevalência de professores sedentários foi de 35,2%, sendo que na universidade B esse valor foi de 40,6%.

Quando abordados sobre tabagismo, constatou-se que a maioria dos docentes da universidade B não fuma (90,6%) e nenhum da instituição A é tabagista. Já em relação ao consumo de bebida alcoólica, verificou-se que existe um percentual maior de docentes da universidade A que fazem uso de bebida alcoólica (56,4%), sendo a maioria classificada, segundo a OMS, como usuário leve (72,7%), mas com um percentual relevante de usuários moderados (27,3%).

Estudos que avaliaram essas variáveis em docentes encontraram os seguintes resultados: consumo de bebida alcoólica, 22% dos entrevistados (REIS et al., 2005) e 41,1% (ARAÚJO et al., 2005); hábito de fumar, 7,3% dos professores (REIS et al., 2005) e 10,2% (ARAÚJO et al., 2005).

No Brasil, um país considerado em desenvolvimento, o tabagismo tem uma prevalência de 10,1%, segundo os dados do II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas realizado em 2005 (CARLINI et al., 2005). Segundo a Associação Psiquiátrica Americana (2002), cerca de 80% dos tabagistas gostariam de deixar de fumar; 35% param a cada ano e uma taxa inferior a 5% alcança esse objetivo sem auxílio externo.

Foi avaliada a gravidade do uso de tabaco em docentes de ensino médio por meio do número de cigarros/dia; considerou-se quem consumia 20 ou mais cigarros/dia como fumante severo; entre 10 e 19, moderado e, de 1 a 9, leve (SCHMITZ; KRUSE; KUGLER, 2003). No presente estudo, dos professores da universidade B que fumam, 66,6% consomem até 10 cigarros e 33,3%, acima de 10.

Com relação à frequência de doenças crônicas, constatou-se que houve maior ocorrência nos docentes da universidade A (33,3%), quando comparados com os da instituição B (21,9%). Estudo mostrou que a prevalência de queixas de

doenças entre os docentes estudados foi de 72,6% (ARAÚJO et al., 2005). Esse resultado foi bem mais alto do que o apresentado no presente trabalho.

Entre as doenças crônicas relatadas pelos docentes estudados, as três mais citadas foram a hipertensão arterial, o hipotireoidismo e a diabetes *mellitus*.

A hipertensão arterial é a mais comum das doenças crônicas em atendimento ambulatorial e a maior causa de morbimortalidade entre adultos. Sua prevalência varia de acordo com regiões, podendo ser encontrados valores de 4% na China a mais de 30% nos EUA. No Brasil, as taxas variam de 22 a 43%, dependendo da região do país (BRASIL, 1993; JARDIM et al., 2007). Já a diabetes *mellitus* é outro importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência vem crescendo mundialmente, alcançando proporções epidêmicas, resultante, em grande parte, do envelhecimento da população. Estima-se que em torno de 8% da população brasileira de 30 a 69 anos possuem essa doença, sendo que metade dos pacientes acometidos desconhece sua condição (MOKDAD et al., 2001; SBD, 2002).

A prevalência de hipotireoidismo subclínico na população adulta varia de 1% a 10% e pode chegar a 21% em mulheres com idade superior a 60 anos. O hipotireoidismo primário é relativamente comum em adultos e sua frequência é associada à idade e ao sexo feminino (CANARIS et al., 2000; HUNTER, 2000). Dessa forma, ressalta-se que, neste estudo, todos os docentes que apresentam essa doença são do sexo feminino.

Além disso, vale mencionar que, quanto mais a idade vai avançando, maior número de complicações e comorbidades vão aparecendo e taxas de depressão também se elevam na presença de outras doenças crônicas (CIECHANOWSKI; KATON; RUSSO, 2000). Cabe inferir que houve maior ocorrência de doenças nos professores da universidade A, e que aproximadamente 66% desses docentes tem mais de 40 anos de idade.

Quanto ao uso de medicamentos diários pelos docentes avaliados, verificou-se que os da universidade A consomem mais medicamentos do que os da B, o que vai ao encontro dos dados apresentados anteriormente, quando foi mencionado que houve uma maior frequência de doenças crônicas nos professores da instituição A. Entre os fármacos mais consumidos pelos docentes, citam-se os antihipertensivos, os hormônios tireoidianos os ansiolíticos/antidepressivos.

Ao se abordar os transtornos mentais/alterações psíquicas de docentes, entre eles a ansiedade e a depressão, que pode estar associada à autoestima baixa, é

importante mencionar que o trabalho docente, muitas vezes, é revestido de representações que o caracterizam como sacerdócio ou missão, implicando doação, dedicação, disponibilidade, humildade, submissão, abnegação e sacrifício. Assim, frente à carga de compromissos e de responsabilidades que lhe são impostas no cotidiano, o professor, muitas vezes, prioriza o desempenho do seu trabalho, em detrimento de diversas experiências no campo da vida privada e da atenção, dedicação e dos cuidados com a própria saúde. Em outras palavras, muitas vezes não lhe resta tempo, energia ou oportunidades para refletir sobre seus desejos, expectativas, anseios, sonhos e projetos pessoais, nem para pensar as condições sob as quais acontece o seu trabalho, sua qualidade de vida, suas condições de saúde e os aspectos determinantes e intervenientes do seu processo saúde-doença. Então, a aparente perda de sensibilidade ao próprio sofrimento e a dificuldade de reconhecer e de identificar indicativos/sinais/sintomas de problemas de saúde mais sutis poderia ser apenas um dos componentes de um quadro mais abrangente e complexo que envolve as relações entre trabalho e saúde (GONÇALVES; PENTEADO; SILVÉRIO, 2005; SCHWARZ; CIELO, 2005).

Em uma amostra de quase 39 mil trabalhadores em educação em todo o país, foi identificado que 25% encontravam-se com exaustão emocional. O trabalho do professor não se restringe ao exercício de sua função dentro da sala de aula, exige atualização e preparação constantes para ser realizado de modo satisfatório. Muitas tarefas são realizadas sem a presença dos alunos, fora da sala de aula e, frequentemente, fora da escola, estendendo a jornada de trabalho. Quando o professor ministra aulas em várias turmas para alunos em níveis de ensino, escolas e turnos diferentes, a preparação das aulas vai requerer avaliações múltiplas e esquemas variados. Serão necessários maior investimento de tempo na execução de um volume maior de trabalho e mais dedicação e esforço intelectual. No conjunto, os fatores citados explicariam a sobrecarga mental, situação que culmina com a exaustão mental, em que o professor se sente exaurido emocionalmente e o trabalho perde o sentido. As situações mais frequentemente vividas, geradas pelo sofrimento no trabalho, foram: depressão; fadiga; insatisfação; frustração; autoestima baixa; medo; angústia e ansiedade; até chegar à exaustão (CODO, 1999).

Estudo ergonômico realizado com um grupo de onze professores (sete mulheres e quatro homens), com idade entre 26 e 60 anos, em uma escola estadual

do Rio de Janeiro, revelou como fatores que podem propiciar o surgimento de alterações mentais no docente a invasão do tempo e do espaço extraescolar pelo trabalho, a insatisfação nas atividades, a intensificação das atividades no final do ano letivo e o número excessivo de alunos por turno. Finalmente, este estudo abordou os efeitos da situação diagnosticada, refletindo-se em agitação, estresse e irritação do professor, que se sente responsável pela formação ética e moral dos alunos. Os problemas de saúde identificados foram: sensação de intenso mal-estar generalizado; ansiedade; tensão; nervosismo; irritabilidade; depressão; angústia e esgotamento; perturbações do sono; problemas digestivos; problemas respiratórios e da voz (GOMES, 2002).

Pesquisa epidemiológica, de corte transversal, foi desenvolvida para investigar condições de trabalho e saúde de professores de Vitória da Conquista (BA), incluindo docentes de todas as escolas da rede municipal de ensino desse município. Um dado preocupante encontrado nesse estudo foi a elevada prevalência de transtornos mentais comuns, atingindo mais da metade da amostra estudada (ARAÚJO et al., 2006). Essa prevalência é muito mais elevada do que a observada em outros estudos realizados também com professores que variaram de 20% na Universidade Federal da Bahia a 20,3% na rede particular de ensino de Salvador (ARAÚJO et al., 2003b).

Outro estudo epidemiológico de corte transversal realizado com 2133 professores do ensino fundamental da Rede Municipal de Ensino de Belo Horizonte (MG) constatou que o uso de medicamento para depressão ou ansiedade e para alterações do sono foi relatado por, respectivamente, 24% e 11% dos docentes. A prevalência de transtorno mental, como ansiedade e depressão foi de 50%. Nessa investigação, o transtorno mental foi considerado como transtorno somatoforme de ansiedade e de depressão, não psicótico, que evidencia problemas caracterizados pelos sintomas: fadiga; irritabilidade ou nervosismo; esquecimento; dificuldade de concentração; alterações do sono e queixas somáticas (JARDIM; BARRETO; ÁVILA, 2007).

O trabalho realizado com 314 professores universitários da Universidade Estadual de Feira de Santana (BA) revelou que as queixas relacionadas à saúde mental de maior prevalência foram cansaço mental (44%); esquecimento (20,3%); nervosismo (18,5%) e insônia (14,1%) (ARAÚJO et al., 2005).

A expressão mal-estar tem sido usada para designar os efeitos permanentes de caráter negativo que afetam a personalidade do professor, como resultado das condições psicológicas e sociais em que se exerce a docência. É, portanto, o termo que tem nomeado o complexo processo no qual docentes expressam suas marcas subjetivas e corporais produzidas no processo de trabalho, suportado à custa de desgaste e sofrimento (ESTEVE, 1999). As principais consequências elencadas por esse autor são: sentimentos de desconcerto e insatisfação ante aos problemas reais da prática da educação; desejo manifestado de abandonar a docência; absenteísmo como mecanismo para cortar a tensão acumulada; esgotamento; cansaço físico permanente; ansiedade; estresse; depreciação de si; autoestima baixa; autculpabilização ante a incapacidade para melhorar a educação; neuroses e depressões.

Na temática da ansiedade e trabalho docente, estudos realizados em Hong Kong têm mostrado que ensinar é altamente estressante. Cerca de um terço dos professores pesquisados apresentavam sinais de estresse e *Burnout*, entre os principais problemas de saúde. Observou-se distribuição heterogênea dos sintomas, sendo que alguns docentes apresentaram sinais mais graves do que outros, variando de quadros leves de frustração, ansiedade e irritabilidade até o quadro de exaustão emocional, com sintomas psicossomáticos e depressivos severos (CHAN, 2003).

Foram também identificados os sentimentos de insatisfação, frustração e ansiedade relatados por professores, evidenciando a associação entre as queixas de cansaço e sobre-esforço físico e mental (NORONHA, 2001).

No presente estudo, a frequência de ansiedade leve nos docentes avaliados foi de 21,9% na universidade B e, 17,9%, na A. A ansiedade moderada foi observada em 6,3% dos professores da instituição B, enquanto a grave apareceu em um docente da universidade A. Dessa forma, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, apontando que a mediana dos escores de ansiedade foi maior nos docentes da universidade B.

A ansiedade é um estado emocional que tem componentes fisiológicos e psicológicos, que abrangem sensações de medo; insegurança e antecipação apreensiva; pensamento dominado por ideias de catástrofe ou incompetência pessoal; aumento do estado de vigília; tensão e dor muscular; sensação de constrição respiratória; tremor e inquietação e vários desconfortos somáticos

consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (GORENSTEIN; ANDRADE, 2000). Quanto aos aspectos cognitivos, citam-se: apreensão; angústia; alerta; dificuldade de concentração e impaciência/nervoso. Já nos aspectos somáticos, citam-se: taquicardia; sudorese; náusea/vômitos; diarreia; vazio no estômago; tonteira; formigamento; cefaleia e outros. Esses sintomas não são prejudiciais ao organismo, na verdade são benéficos; a função da ansiedade é protegê-lo e não prejudicá-lo. No entanto, podem adquirir contornos patológicos e variar em frequência, duração ou intensidade, de pessoa para pessoa (DRATCU; LADER, 1993; DALGALARRONDO, 2000; DEL-BEM, 2004).

Quanto aos sintomas de ansiedade apresentados pelos docentes avaliados, os mais frequentes foram “incapaz de relaxar”, “nervoso(a)” e “indigestão ou desconforto no abdômen”. Os sintomas “sensação de calor” e “medo de perder o controle” apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, sendo que foram mais intensos nos docentes da universidade B.

Em Campinas (SP), estudo realizado entre os professores do ensino fundamental da rede particular no ano de 2000 colocou em evidência a contaminação do tempo extratrabalho, sendo frequentes as dificuldades em realizar as tarefas diárias com satisfação, o que explica o quadro encontrado de nervosismo, tensão e preocupação, sintomas estes da ansiedade (OLIVEIRA, 2001).

Estudo realizado com professores do ensino superior constatou que as queixas relacionadas à saúde mental de maior prevalência foram cansaço mental (44,0%), esquecimento (20,3%) e insônia (14,1%) (ARAÚJO et al., 2005). Pesquisa epidemiológica com todos os 808 professores da Rede Municipal de Ensino de Vitória da Conquista (BA) encontrou elevadas prevalências de queixas de cansaço mental (70,1%) e de nervosismo (49,2%) (REIS et al., 2006).

Os resultados aqui apresentados demonstram que a ansiedade pode ser fator de risco para a depressão, confirmando os dados da literatura evidenciados em outras pesquisas (COHEN et al., 2006).

O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aponta, a partir de estudos comparativos, maior incidência de depressão em digitadores, operadores de computadores, advogados, professores e consultores (BRASIL, 2001).

Por meio da investigação científica, distingiram-se os subtipos da depressão, condicionando o diagnóstico ao fato de o trabalho ter a capacidade de atuar como

colaborador ou desencadeador do quadro depressivo. No primeiro, a atividade laboral meramente contribuiria com a formulação patológica. Já no segundo, o próprio trabalho desencadearia a manifestação dos sintomas depressivos no trabalhador (SILVA et al., 2009).

A frequência de depressão leve foi de 6,3% nos docentes da universidade B, sendo que na A um professor apresentou depressão grave, mas já fazia uso de antidepressivos. Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, constatou-se que a mediana dos escores de depressão também foi maior entre os docentes da universidade B.

Atualmente, os professores, sem distinção do nível de ensino em que atuam e independentemente de ser instituição pública ou privada, têm apresentado problemas de saúde que vão desde problemas de voz, passando por Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), chegando a quadros de depressão e estresse (LEMOS, 2005).

Discutindo, ainda, sobre distúrbios mentais de professores, Vieira (2003) destaca as doenças psiquiátricas, entre elas a depressão e os nódulos nas cordas vocais como as principais enfermidades às quais os professores são mais vulneráveis por conta da sua condição de trabalho.

A estimativa norte-americana revela que 30% dos trabalhadores terão algum acometimento em saúde mental a cada ano, sendo a depressão um dos mais comuns. O adoecimento mental desencadeia comprometimento do rendimento no trabalho, ocasionando elevação do quadro de absenteísmo por doença, acidentes de trabalho e rotatividade de pessoal. O empregado acometido por depressão poderá apresentar elevada taxa de erros nas tarefas; dificuldade de concentração; incapacidade de delegar tarefas; lentidão; execução das atividades com intenso sofrimento psíquico; atrasos em compromissos; entre outros (TIMMS, 2006).

A Organização Mundial da Saúde sinaliza a depressão como a principal causa de perda de trabalho no mundo, projetando que, antes do ano de 2020, ela aparecerá como a principal causa da incapacitação de trabalhadores para o trabalho (HARNOIS, 1996).

Estudo longitudinal envolvendo 255 professores recém-contratados, na cidade de Nova York, foi realizado com o objetivo de estimar os efeitos das condições de trabalho sobre sintomas depressivos no grupo alvo. Os resultados mostraram uma forte associação entre sintomas depressivos e ambientes de trabalho nocivos, bem

como o surgimento precoce dos efeitos pesquisados, que se mantêm mesmo quando outros fatores de risco são controlados. Comprovou associação entre ambientes perigosos, frustrantes ou carentes de controle com a doença depressiva (SCHONFELD, 1992).

Pesquisa foi desenvolvida em São Paulo com o objetivo de avaliar a evolução da saúde dos professores de 1982 a 1989, contabilizando as suas licenças médicas oficiais, no período de sete anos. O número de licença dos professores triplicou e os diagnósticos mais frequentes foram: distensões, laringites e depressões (ZARAGOZA, 1999).

Com referência aos sintomas de depressão apresentados pelos docentes avaliados, verificou-se que os mais frequentes foram “autoacusações”, “insônia” e “fatigabilidade”. Os sintomas “irritabilidade”, “retraimento social” e “perda de apetite” apresentaram diferença estatisticamente significativa entre dos dois grupos, sendo que eles foram mais intensos nos docentes da universidade B.

Os principais sintomas depressivos podem aparecer como episódios de tristeza vivenciados em certos momentos da vida. O quadro sintomatológico para esse transtorno configura-se como uma tristeza de maior intensidade e frequência que uma tristeza cotidiana comum. Indivíduos acometidos com sentimentos depressivos apresentam baixa responsividade em relação aos elementos do meio, incluindo o trabalho, com sintomas como redução no nível de motivação; retardo psicomotor; lentidão do pensamento; pessimismo extremo; autoestima baixa e sentimentos de desvalorização. Aparecem também pensamentos intrusivos; idealizações suicidas; sintomas e manifestações de ordem somática; além de alterações e perturbações como perda de apetite; alterações do ciclo de sono-vigília e perda do interesse sexual (SILVA et al., 2009).

Crises de choro; desatenção; falta de concentração; falta de energia e dificuldade de engajar-se em atividades que antes eram consideradas agradáveis e a sensação de não ser capaz de lidar com situações novas, complementam esses sintomas (FRIZZO; PICCININI, 2005).

Entre as características do estado depressivo, estão as manifestações somáticas; mudanças de humor e pensamento; falta de motivação e concentração; tristeza; pessimismo; autoestima baixa; ansiedade e comportamento suicida. Entre as características somáticas, as mais frequentes são a perda de apetite e peso; boca

seca; constipação; distúrbios do sono e perda da libido; podendo ocorrer, ainda, manifestações hipocondríacas (MORAES et al., 2006).

Quanto ao humor, são frequentes as queixas de sentimento de tristeza e infelicidade, tanto que as pessoas não respondem com interesse às coisas de que costumavam gostar. Além disso, é comum não conseguirem explicar por que se sentem tristes, encontrando no choro a única resposta possível (CLARO, 2000).

Pessoas com depressão veem em tarefas simples enormes dificuldades; são influenciadas por pensamentos negativos; sentem-se fracassadas e culpadas pelos fracassos; os quais podem vir acompanhados de falta de ânimo; incapacidade e desgaste da motivação e da ambição (CLARO, 2000). Elas podem tanto se isolar do convívio social como tentar estar sempre na companhia de amigos, para acabar afugentando-os com sua dependência e egoísmo ou para não se defrontar com seu “silêncio” (MORAES et al., 2006).

Essa aparente falta de possibilidades, aliada à autoestima baixa e à sensação de fracasso no enfrentamento de situações triviais e/ou complexas, reais ou fantasiadas, faz com que os indivíduos gravemente deprimidos sintam-se mal consigo mesmos. Tais características, juntamente com tendências masoquistas e autodestrutivas, podem levar o indivíduo à idealização suicida e a ideia de morte surge como alternativa possível de ocorrer (CLARO, 2000; MORAES et al., 2006).

As complicações de um episódio depressivo, além do risco de suicídio, são as dificuldades sociais, as matrimoniais, as profissionais, tendo como consequência a redução da qualidade de vida (GALLICCHIO et al., 2007). A insônia é fator predisponente para a ocorrência da depressão, pelas alterações somáticas e psíquicas que o determinam (PARRY, 2007). É notório enfatizar que, na presente investigação, esse sintoma foi um dos mais frequentes nos docentes avaliados.

A presença de autoestima elevada tem sido relacionada aos baixos níveis de tensão emocional e depressão (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005). Indivíduos com autoestima baixa têm provavelmente 39 vezes mais chances de apresentarem sintomas depressivos quando comparadas a pessoas com autoestima alta (HALL et al., 1996). Ela pode estar relacionada à saúde mental e ao bem-estar psicológico e a sua carência relaciona-se com certos fenômenos mentais negativos como depressão e suicídio (MRUCK, 1998).

Elevadas correlações negativas entre a Escala de Autoestima de Rosenberg e o neuroticismo são esperadas, uma vez que pessoas com neuroticismo elevado

tendem a ter uma avaliação depreciativa de si mesmo. É uma dimensão da personalidade humana, no modelo dos cinco grandes fatores, que se referem ao nível crônico de ajustamento e instabilidade emocional. Um alto nível de neuroticismo identifica indivíduos propensos a sofrimento psicológico que podem apresentar altos níveis de ansiedade; depressão; hostilidade; vulnerabilidade; autocrítica; impulsividade; autoestima baixa; ideias irrealistas; baixa tolerância à frustração e respostas de *coping* não adaptativas (NUNES, 2000).

A autoestima diz respeito à avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz de si mesmo, constituindo-se, assim, em um aspecto central do Eu, que desempenha papel fundamental na construção da identidade adulta. Além disso, é considerada o componente avaliativo do autoconceito, que inclui aspectos cognitivos e comportamentais, assim como avaliativos e afetivos. É, portanto, uma consequência da identidade pessoal, congregando, dessa forma, as autoavaliações sobre atributos e habilidades individuais manifestos nos domínios interpessoal e privado (PAEZ et al., 1998).

Esse construto tem como fonte as características próprias da pessoa, que em determinadas situações ou momentos vivencia uma disposição íntima para exercitar as capacidades próprias de sua consciência, buscando um sentido para si e para aquilo que a cerca. Indivíduo com transtorno depressivo tende a avaliar negativamente a si mesmo, o mundo e o futuro, ou seja, possui uma autoestima baixa (BRANDEN, 2000).

No presente estudo a frequência de autoestima média nos docentes avaliados foi de 34,4% na universidade B e, de 17,9%, na A; um professor da instituição A apresentou autoestima baixa, sendo o mesmo que estava com depressão grave. Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, apontando que a mediana dos escores de autoestima foi mais baixo nos docentes da universidade B.

Investigações de sobre a saúde mental dos professores de 1º e 2º graus em todo o país, abrangendo 1.440 escolas e 30 mil professores, encontraram que 26% da amostra estudada apresentavam exaustão emocional, sendo a desvalorização profissional, a autoestima baixa e a ausência de resultados percebidos no trabalho, os principais fatores para a configuração desse quadro. Essa proporção variou de 17% em Minas Gerais e Ceará a 39% no Rio Grande do Sul. Os resultados também evidenciaram como aspecto fundamental do sofrimento dos professores, a perda

crescente do controle dos seus processos de trabalho e a progressiva desqualificação da atividade de ensinar (CODD, 1999).

Quanto às respostas dos docentes estudados, referentes à avaliação da autoestima, constatou-se que, das 10 afirmativas, em oito os professores da universidade B apresentaram escores piores do que os da instituição A. Na avaliação estatística, os itens “eu sinto que tenho várias boas qualidades”, “sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas”, “eu, com certeza me sinto inútil as vezes”, “eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas” e “eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo” apresentaram diferença significativa, sendo que os escores dessas afirmativas foram mais baixos nos docentes da universidade B.

A autoestima baixa correlaciona-se com irracionalidade; cegueira diante da realidade; rigidez; medo do novo e do não familiar; conformismo ou rebeldia impróprios; postura defensiva; comportamento por demais submisso ou supercontrolador e medo dos outros ou hostilidade em relação a eles (BRANDEN, 2000). Implica em autorrejeição, insatisfação consigo mesmo e desprezo por sua própria pessoa. Sua autoimagem é ruim e o indivíduo deseja esconder-se (ROSENBERG, 1965).

Com relação à avaliação da consistência interna dos instrumentos utilizados (Inventário de Ansiedade de Beck, Inventário de Depressão de Beck e Escala de Autoestima de Rosenberg), por meio da aplicação do coeficiente Alfa de Cronbach, constatou-se que todos eles apresentaram valores altos de coeficiente alfa, variando de 0,873 a 0,907. Dessa forma, considerou-se a consistência interna dessas escalas muito boa e aceitável para os itens avaliados e altamente correlacionados uns aos outros, indicando homogeneidade, qualidade e confiabilidade dos instrumentos.

Como apresentado anteriormente, os docentes da universidade B (privada) tiveram maior frequência de ansiedade, depressão e autoestima média, em comparação com os professores da instituição A (pública). Pela aplicação da razão de chances (*odds ratio*), os docentes da universidade B têm maior chance de apresentar ansiedade leve, moderada ou grave, depressão leve moderada ou grave e autoestima baixa ou média. Diante desse fato, cabe mencionar que os professores de escolas privadas estão submetidos a processo e organização do trabalho distintos dos existentes nas escolas públicas; e a situação econômica do docente,

devido à ausência de uma política coerente, tem ocasionado frequentes distorções salariais, gerando insegurança e incertezas (D'ANTOLA, 1992).

Ainda nesse contexto, a identidade dos docentes das IES particulares vai se constituir na interseção das relações sociais, sendo que um dos elementos essenciais para o processo de sua construção é o reconhecimento da sociedade. No entanto, constata-se que elementos como o desencantamento e o sofrimento são bastante comuns entre esses professores no confronto do cotidiano das instituições e da gestão educacional que operam mediante critérios de mercado que impactam o trabalho desses trabalhadores; é nesse sentido que suas identidades vêm sendo construídas, permeadas pela angústia em torno da questão da demissão associada ao fracasso em relação à carreira ou ao exercício profissional. O espaço institucional onde exercem suas atividades sinaliza a impossibilidade de construção de uma carreira e o aproveitamento de um conjunto de qualificações (SIQUEIRA, 2006).

Apesar de haver um aumento da demanda em termos absolutos, como a oferta também se encontra em expansão, especialmente a oferta privada, a demanda em termos relativos para as instituições privadas encontra-se em retração, o que pode ser comprovado pela redução na relação candidatos/vaga nesse segmento. Por outro lado, a relação candidatos/vaga das instituições de ensino públicas apresenta movimento oposto. Esse fato pode levar o docente da universidade privada a ter medo da demissão por não existirem novas turmas no curso em que leciona (SCHWARTZMAN, 2001). Assim, a insegurança no trabalho contribui para a utilização do enfrentamento do tipo fuga, o qual implica passividade e pessimismo, tendo sido considerado por alguns autores como precursores da ansiedade, depressão e, conseqüentemente, da autoestima baixa (GREENGLASS; BURKE, 2000).

No presente estudo, verificou-se que os docentes do sexo feminino e com até 40 anos de idade têm maior chance de apresentar ansiedade leve, moderada ou grave.

Diferenças entre as condições de trabalho de homens e de mulheres têm sido exaustivamente apontadas e evidenciam que as mulheres ocupam número bem mais restrito de postos de trabalho do que os homens. Além disso, podem ser menos qualificadas, receber salários mais baixos e apresentar menores níveis de controle sobre o trabalho em relação aos homens, além de níveis mais elevados de demandas. Também tem sido descrito que essas características, por sua vez, estão

associadas ao adoecimento psíquico (elevado estresse, depressão, ansiedade, sintomas psicossomáticos) (ARAÚJO et al., 2006).

Embora cada vez mais as mulheres conquistem seu espaço no mundo do trabalho, a maioria, particularmente as das classes mais baixas, ainda se ocupa com o trabalho doméstico, assumindo uma dupla jornada, que acarreta tensão, cansaço e sobrecarga física e mental, o que faz com que o trabalho doméstico tenha efeito multiplicador sobre esses riscos (NEVES, 1999).

Mulheres professoras têm, em sua maioria, a contaminação dos momentos de tempo livre, ocupados com o trabalho doméstico. O peso do trabalho doméstico contribui para o seu desgaste, além de não ser reconhecido socialmente (NEVES, 1999).

Nos estudos de prevalência, as mulheres apresentam risco significativamente maior comparadas aos homens para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade ao longo da vida, assim como maior gravidade dos sintomas, cronicidade e prejuízo funcional (KINRYS; WYGANT, 2005). Elas são acometidas por ansiedade duas vezes ou mais que em relação aos homens (CLARK 1997).

Esse elevado índice de sintomas psiquiátricos em mulheres tem sido justificado pelas alterações biológicas ou hormonais e por fatores sociais, como os papéis desenvolvidos pela mulher na sociedade (LINZER et al., 1996).

Dados de pesquisa americana epidemiológica na população geral dos Estados Unidos demonstraram que mulheres têm mais probabilidade de desenvolver transtorno de ansiedade em comparação com homens (KINRYS; WYGANT, 2005). Estudos sugerem que os fatores genéticos e os hormônios sexuais femininos podem desempenhar papéis importantes na expressão dessas diferenças de gênero (REDMOND, 1997; SHEAR, 1997).

O estudo epidemiológico desenvolvido com professores de Vitória da Conquista (BA) revelou que as prevalências de esquecimento; cansaço mental; insônia; palpitação; dor no peito; nervosismo; falta de ar; azia e queimação; sintomas característicos de ansiedade, foram significativamente mais elevados entre as mulheres (ARAÚJO et al., 2006).

População de 574 professores australianos de segundo grau foi estudada, identificando-se que as mulheres percebiam mais seu trabalho como estressante do que os homens (PUNCH; TUETTEMAN, 1990). Mulheres eram também mais afetadas pela exaustão emocional (MORENO et al., 1992). Pesquisas realizadas no

Brasil têm descrito maior prevalência de efeitos negativos sobre a saúde psíquica entre as mulheres (PARANHOS, 2001; ARAÚJO et al., 2003a).

Com relação à idade, o estudo que descreveu as condições de trabalho e de saúde dos 314 professores universitários da Universidade Estadual de Feira de Santana (BA), evidenciou que os docentes com até 39 anos de idade referiram mais transtornos mentais (79,9%) do que os docentes mais velhos (67,4%) (ARAÚJO et al., 2005).

Professores com menos de 40 anos apresentam maior risco de incidência de transtornos mentais, provavelmente devido às expectativas irrealistas em relação à profissão. Jovens precisam aprender a lidar com as demandas do trabalho e, por essa razão, podem apresentar maiores níveis de alterações psíquicas. Docentes com mais idade parecem já ter desenvolvido a decisão de permanecer na carreira, demonstrando menos preocupação com os estressores ou com os sintomas pessoais relacionados ao estresse (MASLACH, 1982).

Ainda nesse contexto, a literatura existente é controversa. No estudo de Jacobsson et al. (2001), idade elevada estava relacionada significativamente com exaustão emocional. Na pesquisa de Griffith, Steptoe e Cropley (1999), professores mais novos obtiveram escores mais elevados no Inquérito de Estresse do que os mais velhos. Esses resultados podem ser explicados pelo fato de que a experiência acumulada na vida profissional provavelmente atua em um duplo sentido: aumenta a demanda de trabalho, mas, ao mesmo tempo, possibilita também múltiplas alternativas de lidar com situações estressantes.

Outro dado encontrado no presente estudo refere que os docentes com menor renda familiar mensal (até 6000,00 reais) e com dois ou mais filhos têm maior chance de apresentar ansiedade leve, moderada ou grave. A renda familiar apresentou alguma tendência para associação com a ansiedade.

A presença de filhos e as atribuições e responsabilidades criadas pelas novas demandas familiares produzem estresse e elevam sintomas como ansiedade e sintomas psicossomáticos (LOSCOCCO; SPITZE, 1990). Em contrapartida, em outra investigação, a presença de filhos aparecia como fator protetor e de recompensa no âmbito doméstico. O cuidado aos filhos pode ainda criar vínculos afetivos recompensadores, por um lado, ou estressores, por outro. O tipo de relação familiar e de suporte existente na educação dos filhos pode influenciar em uma ou em outra direção (WALTERS et al., 1996).

Estudo epidemiológico realizado com todos os 808 professores da Rede Municipal de Ensino de Vitória da Conquista (BA) constatou que diversos fatores de risco associaram-se, significativamente, com o cansaço mental e com o nervosismo do docente: idade menor que 27 anos, ser mulher, ter filhos, e renda menor que 1200,00 reais (REIS et al., 2006).

Vale destacar que a sociedade atual estabelece o *status* social com base no nível salarial. Os baixos salários dos professores podem ser um forte fator na crise de identidade e na insatisfação da categoria, podendo afetar a saúde mental desses trabalhadores (ESTEVE, 1999).

Codo (1999) constatou em sua pesquisa que docentes com menor renda apresentaram maior frequência de Síndrome de *Burnout*. Entretanto, Reis et al. (2006) verificaram prevalência de cansaço mental mais alta entre professores com renda mais elevada, o que pode ser decorrente do fato de que os com maior renda tinham maior tempo de carreira, eram mais velhos e tinham carga horária mais elevada, fatores associados à maior prevalência de esgotamento mental.

Quanto à crença religiosa, essa prática pode melhorar a saúde do indivíduo, promovendo uma vida mais saudável, melhorando o suporte social, oferecendo conforto em situações de estresse e sofrimento e até alterando substâncias químicas cerebrais que regulam o humor e a ansiedade. Portanto, ela parece ser um fator psicossocial benéfico na recuperação das doenças físicas e mentais. Uma das funções das crenças religiosas pode ser a de alterar a atividade do sistema imunológico, prevenindo dessa forma o estresse. Assim, pessoas religiosas teriam mais resistência aos fatores estressores do cotidiano, ou seja, melhor adaptação psicológica a elas (RENNÓ JÚNIOR, 2005).

Contatou-se, no presente estudo, que os docentes do sexo feminino, católicos, com 41 anos ou mais de idade, com renda familiar mensal acima de 6000,00 reais e com parceiros, têm maior chance de apresentar depressão leve, moderada ou grave. A renda familiar apresentou alguma tendência para associação com a depressão.

O transtorno depressivo maior, de acordo com o DSM-IV e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é comum e apresenta prevalência de manifestação no sexo feminino, porém com desconhecimento causal para tal afirmação. Chama a atenção que tal apontamento pode estar, de certa forma, enviesado pelo modo de organização da sociedade e suas exigências culturais,

ocasionando um sentimento de “necessidade de conter as emoções” pelo sexo masculino e do oposto pelo feminino (SILVA et al., 2009).

A depressão parece ser um fator complicador desse processo, especialmente nas meninas. Assim como na população geral, tais problemas têm sido prevalentes nas mulheres, comparadas aos homens, tendo no sexo feminino o grupo mais vulnerável, na proporção de duas a três para cada homem (ROCHA et al., 2006). Esse resultado foi encontrado também em outro estudo realizado com professores no Estado da Bahia, o qual evidenciou que o sexo feminino apresentou 2,6 vezes mais distúrbios psíquicos que o masculino (PORTOL et al., 2006).

Investigação epidemiológica concluiu que a diferença de prevalência entre os sexos para a depressão surge na adolescência, quando ocorrem mudanças hormonais. No entanto, quando alterações comparáveis ocorrem em outros momentos de vida da mulher, como gravidez, menopausa e durante o uso de anticoncepcionais, estas não teriam influência significativa nas taxas de prevalência de depressão (KESSLER, 2003).

Em relação à idade, frequentemente a depressão acomete os adultos em fase produtiva, na faixa etária média de 40 anos, além de crianças, adolescentes e idosos (MELO, 1999).

Referente ao estado civil, mesmo que a presente pesquisa tenha apontado que os docentes com companheiros têm maior chance de apresentar depressão, a literatura revela que a presença de suporte por parte do companheiro apresenta um efeito protetor para a depressão, sendo tal presença um fator de proteção (CRUZ; SIMÕES; FAISAL-CURY, 2005).

Deve ressaltar que a condição de não estar casado (solteiro, divorciado ou viúvo) pode estar associada à menor prevalência de depressão, em homens; para as mulheres, ser solteira, divorciada ou viúva é condição associada à maior prevalência de depressão em comparação com ser casada (ALMEIDA-FILHO et al., 2004).

Altas demandas familiares, combinadas com situações pobres de trabalho com baixa renda familiar, estão associadas à maior frequência de sintomas de depressão do que quando há apenas uma dessas condições (LENNON; ROSENFELD, 1991). A falta de uma atividade remunerada na família é um fator que pode levar a problemas de autoestima, tendo-se em vista as dívidas e outras dificuldades decorrentes do problema econômico que estaria diretamente relacionado à presença de reações depressivas. Dessa forma, a atividade

remunerada pode atuar como fator de proteção para o surgimento desse transtorno (POLISSENI et al., 2009).

A prática religiosa aparece nos indivíduos como um fator de proteção em relação à presença de sintomas depressivos, o que está em concordância com a literatura ao referir que a religião está associada com a redução de risco de transtornos depressivos ao longo da vida e com a melhoria de qualidade de vida (KENDLER, 2003).

No presente estudo, constatou-se que os docentes do sexo feminino, com até 40 anos de idade, com parceiros e com dois ou mais filhos têm maior chance de apresentar autoestima média ou baixa. O tipo de universidade (B) e a renda familiar apresentaram alguma tendência para a associação com a autoestima.

A autoestima dos indivíduos pode ser influenciada pelas características sociais como sexo, idade e estado civil (SCHIEMAN; CAMPBELL, 2001).

Mulheres apresentam menores valores para a autoestima. Acredita-se que as mulheres, principalmente aquelas com baixa escolaridade e idosas, ainda trazem as consequências de uma educação voltada para o papel de mãe e esposa, vivendo em função dos pais, maridos e filhos. Assim, ao avaliarem a si próprias, apresentam pontuações menores que os indivíduos do sexo masculino (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

Pesquisa constatou que a autoestima esteve negativamente correlacionada com a idade ou a mesma aumenta com o envelhecimento, tendo os idosos maior autoestima (SCHIEMAN; CAMPBELL, 2001). Esse dado vai ao encontro do apresentado neste estudo, ao revelar que a autoestima média ou baixa ocorreu em maior frequência em docentes com até 40 anos de idade. Mesmo assim, cabe salientar que ela pode ter um crescimento à medida que ocorra um amadurecimento, ou pode deteriorar-se; assim esse construto pode ser mais alto em pessoas de menor idade do que nas de maior, mas o inverso também pode ocorrer (BRANDEN, 2000).

Referente ao estado civil, estar casado ou ter alguém emocionalmente significativo, é considerado um indicador de suporte social para as pessoas. Com isso, estado civil é um indicador de apoio social, instrumental e emocional e faz questionar até que ponto estar casado ou ter alguém emocionalmente significativo poderia influenciar a autoestima dos indivíduos (ALLEN; CIAMBRONE; WELCH, 2000; VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005).

A autoestima do indivíduo que possui filhos é significativamente maior do que os índices obtidos por pessoas que não possuem filhos. As mães sentem-se desvalorizadas e apresentam índices de bem-estar subjetivo e de autoestima inferiores quando comparadas às mulheres mães. Assim, o fato de ter um filho ou estar grávida pode contribuir, positivamente, para a elevação dessa variável (SOUZA; FERREIRA, 2005).

Seria lícito supor que o fato de as mulheres que não conseguem ter filhos sentirem-se estigmatizadas e desvalorizadas poderia levá-las a apresentar uma autoestima mais baixa que as mulheres que possuem filhos; no entanto algumas investigações sobre tal questão nem sempre têm corroborado com tal assertiva (REMENNICK, 2000). Nesse sentido, Callan e Hennessey (1998) compararam mulheres australianas que nunca tinham tido filhos (infertilidade primária) com mulheres que já eram mães, mas que não conseguiam mais engravidar devido a problemas de infertilidade, tendo constatado que seus níveis de autoestima não se diferenciaram significativamente. Bailey et al. (2001), por outro lado, em estudo realizado com adolescentes atendidas em um hospital do Nordeste brasileiro devido a complicações decorrentes de aborto ou em acompanhamento pré-natal, constataram que as jovens que tinham sofrido aborto espontâneo ou provocado apresentaram índices menores de autoestima, quando comparadas às que decidiram levar adiante sua gravidez.

Por outro lado, também é necessário levar em consideração, quando se avalia a autoestima de um indivíduo, o fato de a mulher ter como opção de vida necessária à construção da identidade feminina adulta a não maternidade (WU; MACNEILL, 2002).

Com relação aos dados referentes à atividade docente, pode-se observar que os professores com mais de 10 anos de trabalho na docência, sem dedicação exclusiva e especialistas, têm maior chance de apresentar ansiedade leve, moderada ou grave.

Estudo encontrou correlação entre as condições organizacionais e ambientais de trabalho e os níveis de ansiedade (SILVA, 1995). Dessa forma, é preciso haver um equilíbrio entre a capacidade física de produção e a quantidade exigida pela organização, visto que seu desequilíbrio pode gerar ansiedade no profissional que não conseguir atingir sua meta. É preciso também haver certa adequação entre o

perfil do profissional selecionado para a realização da tarefa e suas exigências (FIORELLI, 2001).

No que tange às variáveis profissionais, estudo identificou que, quanto maior a experiência profissional do professor, menores eram os níveis da Síndrome de *Burnout*. À medida que os anos avançavam, o professor ganha segurança e estabilidade, mostrando menor vulnerabilidade à exaustão emocional, conseqüentemente à ansiedade (FRIEDMAN, 1991). Entretanto, mais significativo que os anos de prática de ensino é o nível de ensino em que o professor atua (WOODS, 1999). Com isso, a experiência profissional pode também aparecer como um elemento atenuador do estresse (SMITH; BOURKE, 1992).

É notório destacar que a disponibilidade de recursos deve ter um papel importante na possibilidade de que a experiência profissional possa ser um fator de proteção à saúde. Situações muito restritivas, em tempo prolongado, impossibilitariam o ganho obtido com a experiência, aumentando o sentimento de impotência. Nesse caso, o passar do tempo pode associar-se fortemente ao aumento de exposição a uma situação danosa (REIS et al., 2006), como observado no presente estudo.

Pesquisa realizada com professores dos cursos da área da saúde da Universidade Federal de Santa Maria (RS) revelou que a distribuição da ocorrência dos sintomas e sinais de mal-estar em relação ao tempo de docência, foi maior nos docentes com 11 a 20 anos de atividade nessa área. Em relação ao regime de contratação, observou-se que nos itens negativos da avaliação houve um número significativo de professores substitutos envolvidos. Por fim, observando o comportamento de controle de sintomas de estresse, encontrou-se que houve maior frequência desse sintoma em professores com tempo de docência de 10 e 20 anos e que são contratados em regime de dedicação exclusiva (LEMOS, 2005).

Outro estudo realizado com professores da Rede Municipal de Ensino de Vitória da Conquista (BA) constatou que diversos fatores de risco associaram-se significativamente com o cansaço mental e o nervosismo: lecionar a mais de 5 anos, ter vínculo de trabalho instável e carga horária semanal menor que 35 horas. Essa associação entre carga horária semanal de 35 horas ou mais com cansaço mental e com nervosismo indica que o desgaste psíquico pode ser desencadeado ou agravado pela jornada de trabalho elevada (REIS et al., 2006).

Em relação ao tipo de vínculo de trabalho do professor, investigação encontrou que a prevalência de queixas, dentre elas as relacionadas à saúde mental, foi maior entre os docentes em regime de trabalho de dedicação exclusiva (ARAÚJO et al., 2005). No presente estudo, esses dados não foram corroborados, uma vez que houve maior frequência de ansiedade nos professores sem dedicação exclusiva, mas essa ocorrência foi bem próxima aos que possuem dedicação exclusiva.

Quanto à titulação do docente, para que as tarefas sejam desempenhadas com sucesso, é preciso constante treinamento e especialização como forma de acompanhamento do mercado e das frequentes mudanças tecnológicas. No entanto, quando essa atualização profissional não acontece, o trabalhador pode sentir insegurança e dependência com relação a colegas e a superiores, podendo gerar acentuada tensão e ansiedade (FIORELLI, 2001). Essa informação vai ao encontro da presente investigação, uma vez que os docentes com somente especialização apresentaram maior frequência de ansiedade.

Neste presente estudo, constatou-se que os professores com mais de 10 anos de trabalho na docência, mestres, sem dedicação exclusiva e que possuem outro emprego além da docência, têm maior chance de apresentar depressão leve, moderada ou grave.

As explicações para tentar esclarecer a maior ocorrência de depressão em professores com mais de 10 anos de trabalho na docência, mestres e sem dedicação exclusiva, são semelhantes às mencionadas anteriormente para explicitar a ocorrência de ansiedade também nesses fatores.

O exercício da docência permite ao professor controlar algumas questões inerentes ao seu trabalho, principalmente, as que dizem respeito às questões pedagógicas executadas dentro de sala de aula. Mas, ao mesmo tempo, os resultados mostram que o controle dessas questões parece não poupar os docentes das demandas globais a que estão submetidos, como tarefas extraclasse, extensa jornada de trabalho, cumprimento de tarefa com prazo curto de tempo, múltiplos empregos, entre outros. Muitos professores têm carga horária docente em sala de aula igual ou maior que 40 horas/semanais. O somatório dessas demandas propicia o surgimento de efeitos sobre a saúde mental, dentre eles a depressão (REIS et al., 2005).

Destaca-se, então, que a dupla jornada de trabalho, além de implicar um maior número de horas, supõe uma divisão emocional entre as exigências do trabalho e das necessidades da família, gerando com frequência uma dupla culpabilidade, aumentando a predisposição a doenças, dentre elas as mentais, como ansiedade e depressão, ou a sua cronificação e a vulnerabilidade a acidentes (MARTINEZ; VALLES; KOHEN, 1997).

Foi proposto um enfoque baseado em evidências para melhorar o ambiente de trabalho e, assim, diminuir a chance de o professor desenvolver transtornos mentais, como ansiedade e depressão. É necessário ter dois componentes: 1) um serviço de assistência individual ao funcionário, ou algum outro tratamento psicológico para assegurar a prevenção e o tratamento de ansiedade e depressão e 2) suporte ao que tem conflito entre suas funções clínicas e gerenciais fornecido pela organização (WEIMBERG; CREED, 2000).

No presente estudo, evidenciou-se que os docentes com até 10 anos de trabalho na docência, especialistas, sem dedicação exclusiva e que possuem outro emprego além da docência, têm maior chance de apresentar autoestima média ou baixa. A variável “plano de carreira” apresentou alguma tendência para associação com a autoestima. Outro fator relevante e que merece ser destacado é que esse construto está diretamente relacionado com a depressão e pode também estar relacionado com a ansiedade. Com isso, muitos fatores mencionados anteriormente, que propiciam aos docentes desenvolverem sintomas de depressão e ansiedade, também podem estar favorecendo o surgimento de autoestima baixa ou média.

A realidade do trabalho é muito diversificada e existem condições da atividade laboral que não proporcionam ao indivíduo oportunidades para desenvolver a sua autoestima. Outras, não garantem sequer a segurança ou não satisfazem, adequadamente, as necessidades sociais das pessoas (PEIRÓ, 1993).

Um aspecto enfatizado pelos professores como fonte de insatisfação com a docência é o modo pelo qual está organizado o sistema educacional e, mais especificamente, a instituição privada, de prestação de serviços e como local de trabalho. Essa organização influi diretamente no desempenho e no grau de satisfação do professor com o trabalho docente. Alguns referem-se à impossibilidade de participar das decisões sobre o rumo do ensino, ao excesso de burocracia e à falta de apoio e de reconhecimento do trabalho por parte das instâncias superiores do sistema educacional, como fatores geradores de desmotivação e insatisfação

com o trabalho. Vários aspectos provocadores de insatisfação na atividade laboral podem ser identificados como decorrentes da atual organização do sistema de ensino, favorecendo a diminuição da autoestima do professor. São eles: a burocracia institucional e o controle do trabalho do professor; a escassez de recursos materiais; a falta de apoio técnico-pedagógico e a falta de incentivo ao aprimoramento profissional (LAPO; BUENO, 2003).

Com relação aos hábitos de vida, pôde-se constatar que os docentes sedentários e tabagistas têm maior chance de apresentar ansiedade leve, moderada ou grave. O consumo ou não de bebida alcoólica e a presença ou não de doenças crônicas apresentaram razão de chances bem próximas. Destaca-se que o uso de medicamentos diários apresentou alguma tendência para a associação com a ansiedade. Esses dados são corroborados com a literatura que é apresentada a seguir.

Estudo realizado por meio de metanálise, concluiu que os exercícios físicos promovem efeitos benéficos na redução da ansiedade e que esse tipo de atividade é superior aos não aeróbios no que se refere à ansiedade (PETRUZZELLO et al., 1991).

Autores verificaram resposta mais rápida em relação à redução da ansiedade quando submeteram 29 indivíduos com ansiedade elevada a exercícios físicos de alta intensidade e 25 indivíduos a exercícios físicos de baixa intensidade (BROMAN-FULKS et al., 2004).

O exercício físico pode ser um auxiliar terapêutico no tratamento da ansiedade (BROMAN-FULKS et al., 2004). Um programa de exercício físico regular é suficiente para promover modificações favoráveis nos escores indicativos de depressão e ansiedade e melhorar a qualidade de vida (ANTUNES et al., 2005).

Destaca-se que o exercício físico como tratamento para ansiedade e para depressão é tão eficaz quanto tratamentos psicoterápicos e farmacológicos, possuindo vantagem de ser mais saudável, econômico e de ter maior adesão quanto comparado a esses tratamentos (CRAFT; LANDERS, 1998).

Exercícios físicos podem ser utilizados como tratamento complementar do transtorno de ansiedade. Durante a realização do exercício, ocorre liberação de  $\beta$ -endorfina e do neurotransmissor dopamina pelo organismo, propiciando um efeito tranquilizante e analgésico no praticante regular, que frequentemente se beneficia de um efeito relaxante pós-esforço e, em geral, consegue manter um estado de

equilíbrio psicossocial mais estável diante das ameaças do meio externo. Deste modo, o exercício físico pode ser proposto como uma alternativa de prevenção e de redução de níveis de ansiedade e melhorar o estado do humor desses pacientes (GOLDFARB; JAMURTAS, 1997).

Os efeitos agudos da atividade física proporcionam melhora dos sintomas ansiosos, após um único episódio de exercício com duração de algumas horas e até um dia após o exercício. Além disso, tem sido demonstrado que sessões agudas de atividade física promovem uma melhoria no estado de humor, como a diminuição da tensão/ansiedade, da depressão e da raiva e aumento do vigor, que podem durar horas após o exercício físico e que a repetição desses efeitos em longo prazo traria efeitos positivos para a saúde (LANE; LOVEJOY, 2001).

Várias hipóteses psicológicas têm sido levantadas para explicar os efeitos benéficos do exercício físico sobre a saúde mental do indivíduo. As principais são: distração, autoeficácia e interação social. A hipótese distração sugere que a distração de estímulos desagradáveis leva a uma melhora do humor durante e após o exercício; a autoeficácia pode se explicar, uma vez que o exercício físico pode ser visto como uma atividade desafiadora, pois se engajar em uma atividade física regular leva a uma melhora do humor e da autoconfiança; já a interação social, explica-se pelas relações presentes nessas atividades, assim como o suporte mútuo que os indivíduos engajados nela dão uns aos outros. Isso teria participação importante nos efeitos do exercício sobre a saúde mental (NICOLOFF; SCHWENK, 1995; ALLEN, 2000).

Além disso, o efeito positivo do exercício físico sobre a saúde mental pode ser explicado por hipóteses fisiológicas e, entre elas, duas são mais estudadas: monoaminas e endorfinas. A primeira se apoia no fato de que a atividade física aumenta a transmissão sináptica das monoaminas, funcionando, supostamente, como os antidepressivos. A segunda hipótese, por sua vez, baseia-se no fato de que a atividade física provoca a liberação de opioides endógenos (*endogenous morphines*), basicamente beta-endorfina. Supostamente, os efeitos inibitórios dessas substâncias no sistema nervoso central seriam os responsáveis pela sensação de calma e de melhora do humor que ocorre após o exercício físico. No entanto, ainda não há uma concordância quanto à importância relativa dessas hipóteses citadas (psicológicas e fisiológicas) para explicar a associação entre atividade física e

melhora do humor, e um modelo psicobiológico que as combine parece ser o mais provável (PALUSKA; SCHWENK, 2000).

Os indivíduos tabagistas apresentaram maiores índices de ansiedade do que os não tabagistas (ALATI et al., 2004), dados esses confirmados no presente estudo.

Autores mencionam que os dependentes de tabaco mais grave apresentam tanto um número maior de sintomas de ansiedade quanto de depressão. Entre os fumantes, o consumo de tabaco pode estar mais relacionado à capacidade de reforço negativo dessa substância do que à de reforço positivo, isto é, eles desejavam o uso do cigarro para evitar o desprazer e não como forma de aumentar o prazer, podendo inferir que o tabaco pode estar sendo utilizado por esse grupo como automedicação, ou seja, como uma forma de aliviar sentimentos desagradáveis relacionados a sintomas de ansiedade e de depressão (WILHELM et al., 2003).

No presente estudo, os docentes sedentários, tabagistas e que possuem doenças crônicas têm maior chance de apresentarem depressão leve, moderada ou grave. O tabagismo apresentou alguma tendência para a associação com a depressão e com o uso de medicamentos diários teve associação significativa, demonstrando que todos os professores com depressão faziam uso de medicamentos. Todos esses resultados são confirmados com a literatura.

A prática regular de exercícios físicos pode produzir efeitos antidepressivos e proteger o organismo dos efeitos prejudiciais do estresse na saúde física e mental (SALMON, 2001). De um modo geral, os estudos com o objetivo de observar a relação de causa e efeito entre a prática de atividade física e as alterações nos níveis de depressão apontam para uma relação inversamente proporcional. Autores indicam que essa prática como um fator influenciador na diminuição da intensidade dos sintomas depressivos (MORAES et al., 2007).

Idosos que reduziram as atividades praticadas após 8 anos apresentaram aumento nos sintomas de depressão, enquanto que os indivíduos que aumentaram ou mantiveram a intensidade das atividades não apresentaram esse efeito (LAMPINEM; HEIKKINEN; RUOPPILA, 2000). Já outras pesquisas, utilizando os mesmos métodos e com uma amostra maior, verificaram que o sedentarismo e a idade são fatores relacionados positivamente com a depressão. Além do sedentarismo, a desistência da prática de atividades e a insatisfação com o exercício

físico também podem estar relacionadas com níveis altos de depressão (BENYAMINI; LOMRANZ, 2004; DE MOOR et al., 2006).

Os transtornos de depressão são patologias frequentemente associadas ao tabagismo. Em relação à ocorrência conjunta de um diagnóstico psiquiátrico entre os dependentes de tabaco, o abuso de outras substâncias, a depressão e a ansiedade são as associações comórbidas mais prevalentes (PATKAR et al., 2003; WILHELM et al., 2003; BRESLAU; NOVAK; KESSLER, 2004).

Investigação avaliou os sintomas depressivos e de ansiedade em fumantes e não fumantes, tendo sido constatado que os dependentes de tabaco apresentavam mais sintomas de ansiedade e de depressão (PATKAR et al., 2003).

O declínio da saúde física é frequentemente pensado como o principal fator de relação para risco de depressão, uma vez que a presença de doenças muitas vezes leva os indivíduos a situações de incapacidade e a maior dependência. Para alguns estudiosos, a presença de patologia crônica é fator de risco para a depressão (DJERNES, 2006). No presente estudo, os docentes com doença crônica tiveram maior chance de apresentar depressão.

Ressalta-se que, além da depressão, a ansiedade e o autoconceito depreciado podem estar presentes numa variedade de doenças agudas e crônicas. Uma possível explicação é de que essa seria uma resposta psicológica do indivíduo à medida em que este se confronta com as significantes limitações para realizar as atividades da vida diária e com o esforço exigido para ajustar-se à incapacidade que algumas doenças podem levá-lo. Com a deterioração gradual imposta pela doença, a pessoa apresenta “perdas” em diversas áreas: de lazer, social, profissional, sexual, interpessoal (HETEM, 1997).

Pesquisas descreveram maior mortalidade associada aos sintomas depressivos em pacientes com doenças crônicas. Destaca-se que os portadores dessas patologias e com depressão têm maior risco de não aderirem às recomendações médicas. Dessa forma, a presença de comorbidades clínicas com transtornos depressivos e ansiosos aumenta mais dias de incapacitação do que a soma dos efeitos individuais das doenças crônicas (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN, 2000; UNÜTZER; PATRICK; MARMON, 2002).

Constatou-se no presente estudo que as principais doenças crônicas apresentadas pelos docentes avaliados, de ambas as universidades, foram a

hipertensão arterial, o hipotireoidismo e a diabetes *mellitus*. A seguir, é realizada, de acordo com a literatura, uma associação dessas patologias com a depressão.

A hipertensão arterial, outro fator de risco para doença coronariana e para outras doenças cardíacas, parece ocorrer mais em pacientes com sintomas depressivos e ansiosos (JONAS; LANDO, 2000).

Existe clara associação entre diabetes *mellitus* e depressão. Em uma metanálise, avaliando estudos que utilizaram grupos-controle normais, a prevalência de depressão em pacientes diabéticos foi de 11% a 31%, enquanto que a presença dessa patologia aumenta em duas vezes o risco de depressão em relação aos grupos controle (ANDERSON et al., 2001).

Cabe destacar três motivos que podem justificar a ocorrência de depressão na diabetes: 1) a intensidade e competência dos regimes de tratamento repetitivos sobrecarregam os pacientes e fazem parte da sua vida diária; 2) a duração da doença (que proporciona estresse permanentemente crônico) e o número de complicações da doença (que vão aumentando com o tempo) afetam a qualidade de vida; e 3) Diabetes e depressão são partes de um conjunto de desordens metabólicas comuns ou vinculadas entre si (FISHER et al., 2001).

Salienta-se que tanto o hipotireoidismo como o hipertireoidismo estão associados aos sintomas de astenia, lentificação, alteração de apetite e sono, dificultando o diagnóstico diferencial dessas patologias com a depressão. Ainda assim, frequentemente observa-se que pacientes com depressão podem apresentar alterações tireoidianas, sendo a mais comum o hipotireoidismo, que pode ocorrer em formas subsindrômicas em até 17% dos pacientes com transtornos do humor. Baixos níveis de hormônios tireoidianos livres e altos índices de hormônio tireoestimulante (TSH), mesmo dentro dos níveis normais, estão associados à demora na resposta terapêutica em depressão (COLE et al., 2002).

Outros fatores que também estão associados com os sintomas depressivos são o uso de medicamentos e o consumo de bebida alcoólica. Inquérito realizado em Belo Horizonte (MG), no ano de 2002, revelou que o risco de apresentar transtornos mentais, entre eles a depressão e a ansiedade, é maior nos professores que informaram uso de medicamentos para depressão/ansiedade e tratamento de outras doenças (ASSUNÇÃO, 2003). A partir de um estudo de prevalência com usuários de cocaína, utilizando o BDI, ficou evidente que a população que fazia uso

de álcool ou cocaína tinha maior propensão a ter depressão moderada a grave (FALCK et al., 2002).

Na presente pesquisa, os docentes sedentários, que possuem doenças crônicas e que fazem uso de medicamentos diários têm maior chance de apresentar autoestima média ou baixa. A prática de exercícios físicos teve associação limítrofe, indicando que os professores que praticam atividades tiveram menor prevalência de autoestima média ou baixa. O uso de medicamentos diários apresentou alguma tendência para a associação com a autoestima.

Pesquisas apontam que indivíduos fisicamente ativos tendem a ter melhor saúde, demonstram energia, têm atitudes mais positivas em relação ao trabalho e revelam uma maior capacidade de lidar com o estresse e com a tensão, apresentando uma autoestima mais elevada (WEINBERG; GOULD, 2001).

É notório enfatizar que o exercício físico ainda está associado com a oportunidade de esquecer os problemas cotidianos por um período de tempo; sentir-se em controle da experiência; sentir-se competente e eficaz; aumentar as interações sociais; fortalecer o autoconceito, a autoestima e o bom humor; diminuir a ansiedade, a hostilidade e a agressividade (KESANIEMI et al., 2001).

O estado de saúde percebido pelo indivíduo tem sido relacionado, forte e positivamente, com o controle da própria saúde, a autoeficácia e a autoestima, sendo que a incapacidade física, muito comum em alguns portadores de doenças crônicas, também apresenta um forte efeito negativo sobre o controle da saúde e da autoestima (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005). Dessa forma, a autoestima dos indivíduos pode ser influenciada pelas doenças que os acometem (SCHIEMAN; CAMPBELL, 2001).

Com relação à ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência, verificou-se no presente estudo que 40,8% dos professores avaliados apresentaram evento na vida, sendo os mais citados a perda (morte) de ente querido, o diagnóstico de doença em si ou em pessoa querida e a mudança de cidade. Destaca-se que a maioria dos docentes, 52,1%, relatou a ocorrência de evento na carreira de docência, tendo maior frequência o acúmulo de responsabilidades/funções, os conflitos com colegas, a falta de reconhecimento profissional, a redução salarial e/ou de carga horária e defesa de mestrado ou doutorado. Vale destacar que os professores da universidade B apresentaram maior frequência de eventos marcantes na vida (50%) e na carreira de docência (59,4%).

Os docentes que tiveram evento marcante na vida e na carreira de docência apresentaram maior chance de ter ansiedade e depressão leve, moderada ou grave e autoestima média ou baixa. Na ansiedade, a variável evento marcante na docência apresentou alguma tendência para associação; enquanto na depressão, a ocorrência de evento marcante na vida teve associação significativa limítrofe, sendo que todos os sujeitos com depressão tiveram evento marcante na vida e na carreira de docência. Já na autoestima, essas duas variáveis apresentaram associação significativa com esse desfecho.

Indivíduos na fase adulta, com frequência, deparam-se com diferentes situações potencialmente estressoras como a criação dos filhos, o relacionamento enquanto casal, relações interpessoais, necessidade de manutenção do emprego e a própria aposentadoria. Esta, podendo ocorrer na meia-idade, pode ser vivenciada como uma perda (financeira ou das relações sociais) (MARGIS; CORDIOLI, 2001). Dessa forma, alguns estudiosos tentam demonstrar a possível relação causal entre os eventos de vida e de docência e o surgimento de sintomas de ansiedade e depressão, reforçando a associação entre estresse, sob a forma de desavenças interpessoais, e sintomas dessas alterações mentais (RUETER et al., 1999).

O surgimento da doença interfere no equilíbrio do indivíduo, provocando reações fisiológicas intensas que fogem do seu controle consciente, levando a alterações mentais. O medo da perda do controle provoca reações emocionais nessas pessoas, devido à mobilização desencadeada pelo medo da morte, representando uma ameaça. Esse medo faz a pessoa reavaliar aspectos de sua vida e isso leva com frequência a um processo depressivo e ansioso. Para o indivíduo, o surgimento da doença pode representar uma ameaça de morte, mostrando-se como um obstáculo na sua caminhada de vida e alterando sua visão de mundo. Nesse momento, ele vivencia um alto grau de ansiedade, como também sua autoestima fica alterada devido à doença (OLIVEIRA JÚNIOR, 2005; LEMOS et al., 2008).

Quando ela é diagnosticada em um ente querido, as profundas exigências e cuidados que demandam em algumas patologias, comprometem o tempo e energia do cuidador/familiar que, associadas às incertezas quanto ao futuro, podem ter como consequência dificuldades emocionais e instalação de quadros ansiosos e depressivos, com autoestima baixa (QUENTEL, 1997).

Destaca-se também que, com a aquisição de uma doença, muitos indivíduos se deparam com a perda de um corpo saudável e ativo, que pode significar para

muitos, a perda da autonomia e da independência. Ocorrem também perdas significativas no círculo social em decorrência das limitações que a patologia, e principalmente a dor, trazem para a pessoa, alterando a dinâmica social e afetiva de sua vida. Podem ocorrer perdas de emprego e de estabilidade econômica e, principalmente, das relações afetivas. Estas, por si só geradoras de insegurança e ansiedade, são agravadas pela situação de dependência que muitas pessoas que sofrem de dor crônica assumem. Dessa forma, a doença ocupa um lugar central na vida do indivíduo, alterando não só seu desempenho social e econômico, mas principalmente suas percepções cognitivas, resultando muitas vezes em uma depressão associada com autoestima baixa (SANTOS; SEBASTIANI, 1996).

Idosos avaliados, com e sem sintomas de ansiedade, não identificaram eventos de vida estressores específicos diretamente relacionados à cronicidade de sintomas ansiosos, mas observaram, no grupo estudado, que o principal evento de vida estressor na terceira idade associado com ansiedade foi a morte do parceiro, uma vez que o mesmo vivencia o luto (BEURS et al., 2000).

Essa perda constitui-se no fator desencadeante mais comum na depressão, traduzido, em geral, pela morte ou separação do objeto de amor. Essa perda pode ser real ou iminente, como nas reações depressivas que antecipam a morte de um ente querido (cônjuge, filhos ou amigos próximos). Algumas vezes, pode ser uma perda psicológica interna real ou fantasiada, como consequência da suposição de ser rejeitado pela família e pelos amigos, ou perda de *status* social (aposentados, por exemplo) (MORAES et al., 2006).

Outro estudo demonstrou existir similaridade para vulnerabilidade para depressão e ansiedade, mas os eventos de vida estressores diferiam. O início da depressão está mais relacionado à morte do companheiro ou de outro familiar e o dos sintomas ansiosos com o fato do parceiro desenvolver uma doença grave (BEURS et al., 2001).

Fatores que podem favorecer o surgimento ou agravar o quadro depressivo/ansioso é a grande frustração das expectativas relacionadas com a maternidade e com conflitos conjugais (MALDONADO, 2000).

Considerando eventos de vida estressores como infidelidade, ameaça de separação e agressões físicas, foi avaliada a relação desses eventos com sintomas depressivos e ansiosos. Os indivíduos envolvidos em situações maritais humilhantes referiam significativamente mais sintomas não específicos de depressão e

ansiedade que os sujeitos controlem. Problemas com o cônjuge e sentimentos negativos com relação a ele são preditivos de depressão (CANO; O'LEARY, 2000).

Em algumas pessoas, tanto a ansiedade como a depressão limitam as suas capacidades em lidar com situações novas como mudança de emprego, casamento e nascimento de filhos, além de criar uma preocupação excessiva em relação aos filhos ou cônjuge e manifestar intenso desconforto ao se separar deles. (MANICAVASAGAR et al., 2003).

Todos esses eventos marcantes na vida, explicitados anteriormente, foram mencionados pelos docentes participantes desta pesquisa, e que podem ter contribuído para o surgimento de sintomas ansiosos e depressivos, associados com alteração na autoestima, principalmente nos professores da universidade B (privada) que apresentaram maior frequência desses eventos.

Como fatores desencadeantes de ansiedade e depressão, ou seja, eventos marcantes no trabalho, existem também os relacionados aos processos de trabalho, principalmente na área da docência, dos quais podem-se destacar a qualidade e a disponibilidade das informações e o exercício da autoridade. Falhas relacionadas aos processos enviesam o trabalho, geram conflito entre as pessoas e aumentam a ansiedade do trabalhador, que passa a sofrer por antecipação. Os estilos de liderança também representam um importante influenciador do ambiente de trabalho, podendo se configurar pelo autoritarismo e por acentuada centralização de poder, estilo que pode levar à diminuição da motivação, ao descontentamento e ao baixo grau de integração, elementos diretamente ligados à ansiedade, aos comportamentos problemáticos, à depressão, com autoestima baixa (SILVA et al., 2009).

A ambiguidade e a incompatibilidade de papéis são fatores que podem representar estressores psicossociais no ambiente de trabalho. Como consequência, poderiam aparecer a insatisfação no trabalho, o prejuízo no vínculo em relação às tarefas, a redução da confiança na organização, a motivação prejudicada, a tendência ao abandono do emprego, a maior incidência de problemas de ordem psicológico-emocional, como ansiedade e depressão e fenômenos psicossomáticos (LIMONGI-FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

Os mesmos autores levantam outros elementos predisponentes do ambiente corporativo para os transtornos mentais, em especial a depressão. Destacam-se, assim, os fatores correlacionados ao funcionamento da instituição, como valorização

e exigência de ações de controle, altas cobranças por resultados e produtividade, medo de desligamento arbitrário e imediato e, finalmente, submissão às consequências de uma cultura organizacional comprometida.

Relações interpessoais intraorganização podem gerar também a supressão da manifestação emocional do trabalhador; a diminuição de atitudes espontâneas; a exposição ao risco dos efeitos colaterais negativos da competitividade, muito comum no trabalho docente; ao embotamento afetivo e ao funcionamento grupal disfuncional e conflituoso (GONDIM; SIQUEIRA, 2004).

O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde aponta fatores de risco de natureza ocupacional conhecidos para a depressão. Entre eles, aparecem decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, perdas acumuladas ao longo de anos de trabalho, perda do posto de trabalho e demissão (BRASIL, 2001). Esse medo pela demissão é muito comum de ser encontrado em docentes de universidades privadas.

O salário dos professores, considerado baixo, é percebido pelos sujeitos estudados como um evento gerador de alterações psíquicas. De modo geral, as condições de trabalho não são boas e não há reconhecimento do seu trabalho por parte dos dirigentes das instituições e dos alunos, nem sequer eles percebem reconhecimento por parte da sociedade que, muitas vezes, culpa o professor pelo insucesso dos alunos (SILVA et al., 2001).

As alterações psíquicas do professor podem também ser atribuídas ao alto volume de tarefas burocráticas, à sobrecarga de atividades e ao excesso de responsabilidades atribuídas e assumidas por esse profissional (LIMA, 1998).

Sabe-se que os transtornos psíquicos são associados aos fatores estressores ambientais. Dessa forma, a profissão de ensinar é altamente estressante. Autores identificam seis categorias que agrupam os fatores potencialmente estressantes no ambiente ocupacional da universidade: a) falta de apoio administrativo (percebem que o coordenador tem pouca consideração pelos problemas da sala de aula); b) a relação com os alunos (sentimento de incapacidade para motivar ou controlar os alunos); c) a relação com os colegas (percebem animosidade na relação com os colegas e distribuição desigual das tarefas entre os pares); d) excesso de trabalho (percebem excesso de expectativa da gestão quanto ao volume de tarefas a serem realizadas por eles); e) insegurança financeira (salários inadequados e discrepantes

em face do grau de responsabilidade da sua missão) e f) a falta de reconhecimento (HECKERT et al., 2001).

Destaca-se que, no Brasil, as jornadas de trabalho situam-se em torno de 40hs semanais, sendo raros os casos em que parte desse tempo (em geral 10% ou 20%) é dedicada ao trabalho extraclasse. Com isso, muitas das atividades inerentes ao ensino são realizadas no período extraclasse pelos docentes em casa em seu horário de descanso. A sobrecarga de horas extraordinárias e pouco remuneradas tem efeitos particularmente nocivos sobre as condições de trabalho e de saúde dos educadores, uma vez que torna mais acentuadas as condições já estressantes do trabalho realizado em condições satisfatórias normais. Esses trabalhos excessivos, que representam uma sobrecarga de trabalho inclusive nas férias, nos finais de semana, retiram-lhes a oportunidade de estar com seus familiares, com amigos ou mesmo realizar outros tipos de atividades físicas, culturais e sociais, comprometendo então sua qualidade de vida (DELCOR et al., 2004).

Estudos revelaram que alguns fatores desencadeantes de transtornos mentais em docentes foram o ritmo de trabalho acelerado, o volume excessivo de tarefas e os conflitos com os colegas de trabalho (DELCOR et al., 2004; ARAÚJO et al., 2006).

A investigação das condições de saúde e de trabalho de professores da rede particular de ensino do estado da Bahia destaca uma grande proporção de adoecimento numa população relativamente jovem, com queixas importantes relacionadas ao funcionamento psíquico, como cansaço mental e nervosismo. No estudo, foram associados aos transtornos mentais dos professores os fatores que dizem respeito à organização do trabalho, tais como trabalho repetitivo; insatisfação no desempenho das atividades; ambiente intranquilo e estressante; desgaste da relação professor-aluno; falta de autonomia no planejamento das atividades; ritmo acelerado de trabalho e pressão da direção (SILVANY et al., 2000).

O *status* social do professor modificou-se nos últimos anos. Por volta das décadas de 40 e 50, era atribuído tanto ao mestre e muito mais ao professor de bacharelado com título universitário, um *status* social e cultural elevado. Eram estimados o saber, a abnegação e a vocação. Na sociedade atual, o *status* social tende a ser estabelecido com base no nível de renda salarial e os antigos valores caíram por terra na valorização social (ESTEVE, 1999).

Diante do exposto, outro aspecto a ser considerado como influência no trabalho do professor é o pouco reconhecimento de sua profissão, que surge por meio de uma representação decadente do trabalho docente, que transparece em expressões como escolhe ser professor quem não consegue ser outra coisa; bem como dos baixos salários, os quais têm estreita relação com um baixo *status* social que, por sua vez, influencia os níveis salariais que são oferecidos aos docentes. Dessa forma, a desvalorização do trabalho docente tem produzido desânimo e descrença, mas que se mesclam em alguns momentos com falas de esperanças de reverter para quadro depressivo e ansioso (HECKERT et al., 2001; KIENEN; BOTOMÉ, 2003).

A falta de reconhecimento social constitui-se em fio condutor para entender a maneira pela qual os professores se localizam social e profissionalmente, bem como se relacionam com sua saúde mental. No quadro de caos do sistema educacional, o julgamento negativo, por parte da sociedade e dos pais de alunos em particular, responsabilizando os docentes pelo fracasso da escola, incomoda-os profundamente (NEVES, 1999).

Essa desvalorização profissional na docência, a autoestima baixa e a ausência de resultados percebidos no trabalho desenvolvido, são fatores importantes para o quadro de depressão e ansiedade (CODO, 1999).

Frente a essa situação de desvalorização que os docentes vivem, tornam-se visíveis a desmotivação pessoal, a insatisfação profissional e uma espécie de autodepreciação e de autoestima baixa em relação à prática docente. Tal prática situa-se num processo histórico em que as mudanças sociais provocaram profundas transformações, traduzindo-se, portanto, na intersecção de diferentes contextos (NÓVOA, 1995).

Embora o *status* do professor esteja abalado desde a década de 60, ser professor universitário parece, ainda, cativar profissionais, mas as razões para a construção de uma carreira docente, tendo em vista a avaliação das condições de trabalho, talvez precisem de estudos específicos. Considerando a opção de permanecer no emprego, mesmo em condições adversas, há que se observar o risco de essa opção transformar-se em prejuízos para os alunos, quando o professor tem o comportamento de acomodar-se, como uma possibilidade para manter-se em atividade (LIMA, 1998).

Outro aspecto que pode ser desencadeador de sintomas ansiosos e depressivos e autoestima baixa em docentes e que foram mencionados pelos participantes do presente estudo, é o conflito com os colegas, os alunos ou a chefia/coordenação. Estudo realizado com professores suíços identificou que a maior causa de distúrbios psíquicos com desgaste profissional foi o mau relacionamento professor-alunos (BURKE; GREENGLASS; SCHWARZER, 1996).

Conflitos oriundos de relações interpessoais são quase sempre disfuncionais; o atrito e a hostilidade interpessoais aumentam o choque de personalidade, reduzindo a compreensão mútua, impedindo ou dificultando as tarefas organizacionais. Esses conflitos disfuncionais no trabalho atrapalham o bom desempenho dos trabalhadores, desencadeando situações de risco às doenças emocionais, como depressão e ansiedade (ROBBINS, 2005).

Destaca-se que o aumento da violência, seja física ou verbal, nas instituições de ensino tem se tornado um grande problema, sobretudo por seus efeitos sobre a segurança e a confiança dos professores em si mesmos, no plano psicológico, até muito mais do que pela sua incidência real quantificável. No plano psicológico, o efeito da violência é multiplicado por cinco, pois atinge os colegas ou amigos do professor que sofreu uma agressão e mais um grande número de docentes, que nunca foram agredidos e que provavelmente nunca o serão, levando a um sentimento de intranquilidade, de mal-estar mais ou menos difuso que, somado aos fatores contextuais, produz esse emaranhado cognitivo, intencional e subjetivo (ESTEVE, 1999).

O que se observa atualmente é o aumento, nas instituições de ensino, da ocorrência de atos de violência de diferentes tipos por parte dos alunos, produzindo medo e insegurança nos docentes. Apesar da probabilidade de ataques reais de violência ser baixa, a maioria experimenta sensações de medo pelo fato de saber da existência e da possibilidade de ocorrência de violências que podem, algum dia, ser direcionadas a eles. Não só a violência física, mas as várias manifestações de descaso, desconsideração, desprezo e desvalorização, pesam muito na condição de docência no sistema educacional (KIENEN; BOTOMÉ, 2003).

Estudo realizado com professores do ensino fundamental em Belo Horizonte (MG) revelou que alguns docentes consideraram ter mau relacionamento no trabalho com alunos (13%), com colegas (14%), com superiores (20%) e com pais de alunos (26%) (JARDIM; BARRETO; ÁVILA, 2007). A presença de estresse em um

relacionamento particular (com outros professores, chefes ou alunos) contribui para elevar o nível de exaustão emocional, sendo que o relacionamento com alunos mostra ser o que causa maiores efeitos negativos (TARIS et al., 2001).

Outro evento marcante na carreira de docência citado pelos professores avaliados no presente estudo foi a defesa de mestrado ou doutorado, em ambas as universidades.

Com a implementação dos cursos de pós-graduação, por sua vez, procura-se oferecer uma das vias pelas quais esse tipo de professor pesquisador poderia ser formado. Argumenta-se, então, que tais cursos têm como objetivo a formação do professorado competente para atender à expansão do ensino superior, assegurando, ao mesmo tempo, a elevação dos níveis de qualidade. De fato, no que diz respeito às universidades e também a muitas instituições isoladas de ensino superior, os cursos de pós-graduação tornaram-se a principal fonte de formação do professorado do ensino superior. Mas, além disso, esses cursos têm também como objetivo o estímulo ao desenvolvimento da pesquisa científica, por meio da preparação adequada de pesquisadores (ESTEVE, 1999).

Atualmente, existe a cobrança, por parte da universidade, para qualificação do docente (exigências de titulação academicista), por meio da realização de cursos de mestrado e doutorado. A qualidade do corpo docente melhora e é incentivada por vários programas de qualificação das novas gerações de professores, contribuindo para a melhoria da qualidade da oferta (SCHWARTZMAN, 2001).

Diante dessa cobrança por qualificação, da competitividade existente na área acadêmica e do avanço contínuo do saber, o docente pode desenvolver mal-estar, desgaste profissional e sintomas de ansiedade e depressão, com alterações na autoestima. Cabe mencionar que a atualização do conhecimento tem de ser constante, para que o professor não reproduza conteúdos defasados que poderiam expô-lo ao ridículo. Assim, o domínio de qualquer matéria passa a ser uma tarefa extremamente difícil a ponto de comprometer a segurança desses trabalhadores (ESTEVE, 1999).

Pode-se inferir pelos resultados encontrados nesta pesquisa e pela literatura apresentada que a ocorrência de eventos na vida e na carreira de docência favorece o aparecimento de ansiedade, depressão e autoestima baixa nos docentes, uma vez que os professores da universidade B (privada), que apresentaram maior

prevalência de sintomas ansiosos e depressivos, com alteração na autoestima, relataram maior frequência de eventos marcantes na vida e na docência.

Ressalta-se que uma das principais dificuldades das investigações na área de transtornos mentais e trabalho é o estabelecimento da relação de causalidade entre as doenças e a atividade laboral, ou seja, correlacionar as alterações psíquicas e do comportamento ao trabalho, com toda sua implicação para o homem e para as organizações. Outra dificuldade é identificar as situações laborais que estejam favorecendo o aparecimento ou o agravamento dessas doenças (SILVA et al., 2009). Dessa forma, cabe inferir que os eventos na vida e na carreira de docência podem, juntos, desencadear ou potencializar as alterações mentais já existentes no trabalhador.

## **9 CONCLUSÕES**

---

---

O estudo teve como principal objetivo avaliar a presença de ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades pública e privada de um município do Sul do Estado de Minas Gerais e comparar as medidas apresentadas pelos dois grupos de professores.

Ficou evidente que, quanto ao objetivo 1 (mensurar a ansiedade apresentada pelos docentes de Enfermagem de universidades pública e privada), a maioria dos professores, tanto da universidade pública quanto da privada, apresentou ansiedade mínima, sendo que alguns apresentaram ansiedade leve, moderada ou grave.

Com relação ao objetivo 2 (mensurar a depressão apresentada pelos docentes de Enfermagem de universidades pública e privada), a ausência de depressão esteve presente na maioria dos professores estudados das duas universidades, mas dois docentes apresentaram depressão leve e, um, grave.

Referente ao objetivo 3 (mensurar a autoestima apresentada pelos docentes de Enfermagem de universidades pública e privada), a autoestima alta foi predominante nos professores estudados, porém alguns apresentaram autoestima média ou baixa.

De acordo com o objetivo 4, que visou comparar as medidas de ansiedade, depressão e autoestima dos docentes de Enfermagem de universidade pública com as medidas apresentadas pelos professores da universidade privada, foi constatado que estes últimos apresentaram maiores medianas dos escores de ansiedade e depressão e menores medianas de escores de autoestima, observando diferença estatisticamente significativa, ao se comparar com os professores da instituição pública. Com isso, a hipótese 1 foi confirmada, apontando que as medidas de ansiedade, depressão e autoestima dos docentes de Enfermagem das universidades pública e privada são diferentes.

No que se refere ao objetivo 5 (avaliar a associação entre todas variáveis com as medidas de ansiedade, depressão e autoestima dos docentes de Enfermagem de universidades pública e privada), constatou-se que na ansiedade as variáveis renda familiar mensal, uso de medicamentos diários e ocorrência de evento marcante na carreira de docência apresentaram alguma tendência para associação. Na depressão, as variáveis renda familiar mensal e tabagismo apresentaram alguma tendência para a associação; a ocorrência de evento marcante na vida teve associação limítrofe e apenas a variável uso de medicamentos diários teve associação estatisticamente significativa. Já, na autoestima, as variáveis tipo de

universidade (privada ou pública), renda familiar mensal, plano de carreira na IES e uso de medicamentos diários apresentaram alguma tendência para a associação; a prática de exercícios físicos teve associação limítrofe e as variáveis ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência tiveram associação estatisticamente significativa.

Frente a essa conclusão, a hipótese 2 foi parcialmente confirmada, uma vez que foi constatado que apenas algumas variáveis estudadas apresentaram tendência, associação significativa ou limítrofe e que elas podem influenciar no aparecimento de ansiedade e depressão nos docentes, associados com alteração na autoestima.

Por fim, constatou-se que as variáveis ocorrência de evento marcante na vida e na carreira de docência favoreceram o aparecimento de ansiedade, depressão e autoestima média ou baixa nos docentes de Enfermagem das universidades pública e privada, uma vez que aqueles com ansiedade, depressão e autoestima média ou baixa relataram maior frequência desses eventos.

## ***10 CONSIDERAÇÕES FINAIS***



Os docentes de Enfermagem assumem múltiplas tarefas com alto grau de exigência e de responsabilidades, para as quais, dependendo do ambiente e do planejamento do trabalho, da formação e do preparo desses profissionais para o exercício de seu papel, expõem-nos aos riscos psicossociais que podem levar ao surgimento de sintomas ansiosos e depressivos, com alteração de sua autoestima.

O conhecimento produzido sobre os transtornos mentais em docentes, dentre eles a ansiedade e a depressão, relacionados ao trabalho ainda são insuficientes e inconclusivos para uma compreensão mais aprofundada dessa problemática, configurando-se como um acentuado desafio para as instituições de ensino.

Abordar o tema saúde/transtorno mental no ambiente de trabalho docente envolve diversas nuances, como interesses e pontos de vista nem sempre convergentes. O estabelecimento de nexos causais entre adoecimento mental e situação trabalhista é uma questão complexa, visto que isso envolve fatores físicos e características individuais, assim como história de vida e de trabalho enquanto fatores influenciadores, configurando-se um processo específico para cada indivíduo.

Os resultados do presente estudo indicam a necessidade de se investigar melhor o papel das condições de trabalho do docente de Enfermagem, incluindo os fatores do ambiente psicossocial, em especial os eventos marcantes na carreira de docência, que podem ser precursores ou influenciadores no aparecimento de ansiedade e depressão. Dessa forma, pesquisas futuras devem buscar compreender melhor os elementos que compõem essa complexa realidade, de forma a contribuir para políticas de intervenção efetivas no ambiente laboral que envolvam trabalhadores e gestores da educação.

Ações preventivas dos transtornos mentais relacionados à atividade trabalhista, dentre elas a docência, envolvem um diagnóstico preciso sobre as condições e os ambientes de trabalho, ou seja, o reconhecimento prévio das atividades e dos locais onde existam fatores de risco potencial.

Como prevenção desses transtornos, propõe-se a vigilância dos ambientes, das condições de trabalho e dos efeitos ou danos à saúde do trabalhador. Para tal, requer-se uma ação integrada e articulada entre os setores, com suporte de equipe multiprofissional e interdisciplinar, capacitadas para a abordagem e para o suporte ao sofrimento psíquico, aos aspectos sociais e para a intervenção no ambiente de trabalho.

A importância da atuação de profissionais da saúde no combate e na prevenção do adoecimento psíquico nas instituições de ensino é muito relevante, principalmente em atividades de diagnóstico organizacional e em programas de intervenção que venham ao encontro da manutenção de um clima positivo de trabalho, favorecendo a saúde desses trabalhadores.

São recomendáveis a realização de exames médicos periódicos nos docentes de Enfermagem e a viabilização do suporte médico e psicológico aos casos que requeiram assistência. Também é aconselhado dar atenção às condições de trabalho potencialmente danosas à saúde dessas pessoas e discutir com elas temas relacionados à sua saúde, como mantê-la e melhorá-la.

Uma das formas que pode ser utilizada para diminuir o risco do surgimento de ansiedade e de depressão nos docentes é a mudança organizacional, permitindo adequado tempo para o professor realizar a sua tarefa e ter autoridade no trabalho, promovendo tolerância e justiça na instituição de ensino, eliminando exposições físicas prejudiciais no ambiente, identificando fracassos, sucessos, causas e consequências e, finalmente, melhorando o ambiente ocupacional e a saúde desses profissionais.

Como estratégias que podem ser adotadas pelos docentes de Enfermagem na tentativa de evitar o aparecimento de ansiedade e de depressão, citam-se: 1) a prática de atividade física regular, sendo de extrema importância no controle desses transtornos mentais, favorecendo a produção no organismo de substâncias responsáveis pela sensação de bem-estar, conseqüentemente, melhorando a sua autoestima e 2) o saber relaxar, como atitude importante para manter o equilíbrio físico e mental, diminuindo estados de ansiedade e depressão.

Dessa forma, faz-se necessária adoção, pelas instituições de ensino, de estratégias sadias de redução dos riscos do ambiente de trabalho voltadas para esses profissionais. É inquestionável a importância da elaboração de condições favoráveis para a promoção da saúde, ou seja, intervenções que promovam resultados benéficos ao docente de Enfermagem em nível psicológico e fisiológico, minimizando-se, assim, os efeitos dos eventos geradores de ansiedade e depressão no trabalho.

Por fim, cabe às instituições de ensino viabilizarem práticas que favoreçam a saúde de seus docentes, visto que iniciativas dessa natureza são economicamente mais interessantes do que a remediação dos efeitos de eventuais transtornos

mentais que possam afligi-los. Ao agirem dessa forma, as IES irão se mostrar social e eticamente comprometidas com a integridade física e mental de seus trabalhadores.

As limitações deste estudo que merecem ser destacadas incluem:

- ✓ O desenho transversal da pesquisa, que não permite um adequado estabelecimento da relação causa-efeito dos achados, ou seja, de caracterizar a conexão causal entre exposição a um fator e adoecimento e indicar a direção da relação eventualmente observada, assim como a sequência temporal dos eventos, sem informações adicionais. Ressalta-se a importância da realização dos estudos transversais, para descrever características de uma determinada população e, ainda, explorar possíveis associações entre as variáveis dependentes e independentes.
- ✓ O estudo foi realizado em apenas duas universidades (uma pública e uma privada), limitando as generalizações dos resultados encontrados e dificultando a representatividade de docentes de enfermagem. É notório enfatizar a dificuldade em realizar pesquisas com amostra de docentes de Enfermagem das universidades avaliadas com professores de outras instituições do Estado de Minas Gerais. Devido ao fato de o município de Alfenas, local onde foi realizado a presente investigação, ser pequeno, seria difícil construir uma amostragem juntamente com docentes de outras universidades públicas de Minas Gerais, como por exemplo, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Juiz de Fora, entre outras, uma vez que essas instituições estão localizadas em municípios maiores e com características diferentes das de Alfenas, o que poderia gerar vieses na avaliação de ansiedade e de depressão, pois surgiriam outros fatores que poderiam favorecer o aparecimento desses transtornos mentais.
- ✓ O tamanho amostral pode ter sido um fator limitante à generalização dos achados, não permitindo análises estatísticas mais consistentes de variáveis que podem ter forte associação com os níveis de ansiedade e depressão, mas ainda assim fornece informações importantes a respeito do tema, uma vez que foi possível avaliar quase que a totalidade dos docentes de Enfermagem do município em estudo. Destaca-se que, como uma pesquisa exploratória inicial, o estudo atingiu os objetivos, demonstrando a realidade do município, uma vez que os dados encontrados podem auxiliar as instituições estudadas a refletir sobre o assunto e investir na construção de ambientes saudáveis, tendo como protagonista o trabalhador/docente de Enfermagem.

✓ A coleta de dados ocorreu no final do primeiro semestre letivo, período adotado pelo pesquisador na tentativa de associar o trabalho do docente de Enfermagem com a presença de ansiedade, depressão e alteração na autoestima. Esse período foi determinado, acreditando-se, que ao final do semestre, o professor provavelmente estivesse em maior intensidade de tarefas e com acúmulo de cansaço físico e mental, acentuando-se, assim, suas tensões e suas alterações mentais, o que poderia facilitar a avaliação da possível influência da atividade docente no surgimento de ansiedade e depressão.

✓ Os instrumentos utilizados para a avaliação da ansiedade e da depressão não são escalas diagnósticas, porém são os mais utilizados pelos pesquisadores para avaliação desses transtornos mentais. É notório enfatizar que o uso dessas escalas permite verificar a presença de sintomas ansiosos e depressivos autorrelatados, mas não substitui o diagnóstico feito por profissional experiente, utilizando entrevista estruturada e critérios diagnósticos estabelecidos. Entretanto, uma vez que a simples presença desses sintomas já está associada ao pior prognóstico, seu conhecimento pode ser útil para implementar medidas de prevenção e tratamento.

Diante do exposto, faz-se necessária a realização de estudos adicionais, para tentar compreender mais profundamente os fatores que estão ligados à atividade do docente de Enfermagem e à presença de ansiedade e depressão, com autoestima baixa, esclarecendo essa associação. Para isso, poderiam ser realizadas investigações longitudinais que abordassem esses trabalhadores antes de iniciarem o semestre, durante, ao final e após esse período, o que seria favorável para determinar se as conclusões do presente estudo mantêm-se ao longo do tempo. Caberia realizar também novas pesquisas com essa temática em outras universidades, para que assim fosse possível relacionar os resultados encontrados com realidades de outras IES.

Entretanto, independentemente de novas investigações, é imprescindível que as instituições de ensino, as autoridades de educação e os representantes sindicais examinem cautelosamente a situação de adoecimento mental dos docentes de Enfermagem, buscando amenizá-la.

# ***REFERÊNCIAS<sup>1</sup>***

---

---

<sup>1</sup> Apresentadas de acordo com a **Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)** – NBR 6023 – Informação e documentação: referências - elaboração. Rio de Janeiro, ago. 2000 e NBR 14724, NBR 10520, ago. 2002.

ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.

ALATI, R. et al. Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department. **Alcohol. and Alcoholism**, Londres, v. 39, n. 5, p. 463-469, 2004.

ALEXANDER, D. L. School employees: the forgotten municipal workers. **Occupational Medicine**, London, v. 16, n. 1, p. 65-78, 2001.

ALLEN, A. J.; LEONARD, H.; SWEDO, S. E. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, New Haven, v. 34, n. 10, p. 976-986, 1995.

ALLEN, M. The psychobiology of athletic training. In: BEGEL, D.; BURTON, R. W. (ed.). **Sport Psychiatric: theory and practice**. New York: W. W. Norton e Company, 2000. p. 22-44.

ALLEN, S. M.; CIAMBRONE, D.; WELCH, L. C. Stage of life and social support as a mediator of mood state among persons with disability. **J Aging Health**, Copenhagen, v. 12, n. 3, p. 318-341, 2000.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. **Soc Sci Med**, Leicester, v. 59, p. 1339-53, 2004.

ALMEIDA FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 95-137, 2007.

ALVES, M. **Causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho**. 1996. 245 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ALVES, M.; GODOY, S. C. B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo - doença em um hospital universitário. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 73-81, 2001.

ANDERSON, R. J. et al. The Prevalence of Co-morbid Depression in Adults with Diabetes. **Diabetes Care**, Indianápolis, v. 24, p. 1069-1078, 2001.

ANDRADE, L. H. S.G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.25, n. 6, nov.-dez. 1998.

ANDRADE, L. et al.. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área de captação da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 26, p. 257-261, 2000.

ANDRADE, E. R.; SOUSA, E. R; MINAYO, M. C. S. Intervenção visando à autoestima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. v275-285, 2009.

ANDREATINI, R.; BOERNGEN-LACERDA, R. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 233-242, 2001.

ANNICCHINO, A. G. P. S.; MATOS, E. G. Ansiedade de separação em adultos com transtorno de pânico: um tratamento cognitivo-comportamental. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 33-39, jan./mar. 2007.

ANTUNES, H. K. et al. Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. **Rev Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 266-271, 2005.

ARAÚJO, T. M.; REIS, E.; KAVALKIEVCZ, C. Processo de Desgaste dos Professores. **Revista Textual**, Porto Alegre, v. 1, n. 3, p. 14-21, 2003.

ARAÚJO, T. M. et al. Saúde e trabalho docente: dando visibilidade aos processos de desgaste e adoecimento docente a partir da construção de uma rede de produção coletiva. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 37, p. 183-212, 2003a.

ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 424-433, 2003b.

ARAÚJO, T. M. et al. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 6-21, jan./jun. 2005.

ARAÚJO, T. M. et al. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1117-1129, 2006.

ASSIS, S. G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Cienc. Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 669-679, 2003.

ASSIS, D. T. F.; MACEDO, K. B. Psicodinâmica do trabalho dos músicos de uma banda de Blues. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 20, n.1, p.117-124, 2008.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: texto revisado - DSM-IV-TRTM. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

ASSUNÇÃO, A. Á.; OLIVEIRA, D. A. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 30, n. 107, p. 349-372, maio/ago. 2009.

- ASSUNÇÃO, A. A. Saúde e condições de trabalho nas escolas públicas. In: OLIVEIRA, D. A. (Org.). **Reformas educacionais na América Latina e os trabalhadores docentes**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p. 87-102.
- AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997. 327 p.
- BAILEY, N. et al. Adolescent pregnancy 1 year later: The effects of abortion vs. motherhood in northeast Brazil. **Journal of Adolescent Health**, San Francisco, v. 29, p. 223-232., 2001.
- BANDEIRA, M. Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, *locus* de controle e autoestima em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 111-121, abr./jun. 2005.
- BARRETO, M. M. S. **Violência, saúde e trabalho**: uma jornada de humilhações. São Paulo: Educ, 2003.
- BARROS, A. L. B. L. et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 585-592, set./out. 2003.
- BATISTONI, S. S. T. Depressão. In: NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2005. p. 59-61.
- BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 4, n. 6, p. 561-571, jun. 1961.
- BECK, A. T. **Depression**: clinical, experimental & theoretical aspects. New York: Harper & Row, 1967.
- BECK, A. T. et al. The Beck Anxiety Inventory. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 56, n. 4, p. 893-897, 1988a.
- BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety. Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 56, p. 893-897, 1988b.
- BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck Anxiety Inventory**. Manual. San Antonio: Psychological Corporation, 1993a.
- BECK, A. T.; STEER, R. A. **Beck Depression Inventory**. Manual. San Antonio: Psychological Corporation, 1993b.
- BENSOUSSAN, E. et al. **Saúde ocupacional**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988. p. 66-91.
- BENYAMINI, Y.; LOMRANZ, J. The relationship of activity restriction and replacement with depressive symptoms among older adults. **Psychol Aging.**, Atlanta, v. 19, n. 2, p. 362-366, 2004.

- BETANCOURT, O. **Salud y Seguridad em El Trabajo**. Quito: OPS/OMS-FUNSAID, 1999. p. 44-45.
- BEURS, E. et al. Predictors of change in anxiety symptoms of older persons: results from the Lngitudinal Aging Study Amsterdam. **Psychol Med**, London, v. 30, n. 3, p. 515-527, 2000.
- BEURS, E. et al. On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. **Br J Psychiatry**, London, v. 179, p. 426-431, 2001.
- BINDER, M. C. P. et al. **Árvore de causa**: método de investigação de acidentes do trabalho. São Paulo: Publisher Brasil, 1995.
- BISQUERA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à Estatística**: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2004. 255 p.
- BLASCOVICH, J.; TOMAKA, J. Measures of selfesteem. In: ROBINSON, J.P.; SHAVER, P.R.; WRIGHTMAN, L.S. (Orgs.). **Measures of personality and social psychological attitudes**. New York: Academic Press, 1991. p.115-160.
- BORSOI, I. C. F.; CODÓ, W. Enfermagem, trabalho e cuidado. In: CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. **Sofrimento psíquico nas organizações**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- BRANDEN, N. **Autoestima**: como aprender a gostar de si mesmo. São Paulo: Saraiva, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Assessoria de Comunicações Social do Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle da hipertensão arterial**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES, 1993.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais**. Portaria SSST nº 25, de 29 de dezembro de 1994. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <[http://www.mte.gov.br/legislacao/normas\\_regulamentaDORAS/nr\\_09\\_at.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentaDORAS/nr_09_at.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996. Suplemento.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.120 de 1 de junho de 1998**. Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Representação no Brasil da OPAS/ OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde na atenção à saúde do trabalhador. Brasília (DF): MS, 2001. p. 19-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Brasília, DF, 2002a. (Cadernos de Atenção Básica, 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002. **Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências** [legislação na Internet]. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://www.anamt.org.br/portaria1679.html>>. Acesso em: 20 de out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/pdf/pnsst\\_CNPS.pdf](http://www.previdenciasocial.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2009.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005a. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://www.mte.gov.br/legislacao/normas\\_regulamentaDORAS/nr\\_32.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentaDORAS/nr_32.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.728 de 11 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (RENAST) e dá outras providências** [legislação na Internet]. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_renast\\_2728.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2010.

BREIMAN, L. et al. **Classification and regression trees**. Califórnia: Wadsworth and Brooks, 1984. 452 p.

BRESLAU, N.; NOVAK, S.; KESSLER, R. Psychiatric disorders and stages of smoking. **Biol Psychiatry**, Los Angeles, v. 55, n. 1, p. 69-76, jan. 2004.

BROMAN-FULKS, J. J. et al. Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. **Behav Res Ther.**, New Jersey, v. 42, n. 2, p. 125-136, 2004.

BUENO, S. M. V.; MOKWA, V. M. N. F. **Educação para a saúde**. Ribeirão Preto: FIERP, 2007. 117 p.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1994. 278 p.

BURGUESS, W. A. **Identificação de possíveis riscos à saúde do trabalhador nos diversos processos industriais**. Belo Horizonte: Ergo editora, 1997.

BURKE, R. J.; GREENGLASS, E. R.; SCHWARZER, R. Predicting teacher burnout over time: effects of work stress, social support and self-doubts on burnout and its consequences. **Anxiety, Stress and Coping**, Poland, v. 9, n. 3, p. 261-275, 1996.

CAÇÃO, M. I. **Jornada de trabalho docente**: delineamento histórico da organização do trabalho do magistério público paulista. 2001. 218 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

CALERA, A. A. C. C. **La prevención de riesgos en los lugares de trabajo**. 3. ed. Madrid: Paralelo Edición, 2001.

CALLAN, V. J.; HENNESSEY, J.F.. The psychological adjustment of women experiencing infertility. **British Journal of Medical Psychology**, New Zealand, v. 61, p. 137-140, 1998.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da família: percepções dos profissionais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 502-7, out./dez. 2007.

CAMPBELL, J.; MUPHY, L. R.; HURRELL, J. J. **Stress and wellbeing at work**. Washington: American Psychological Association, 1997.

CANARIS, G. J. et al. The Colorado thyroid disease prevalence study. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 160, p. 526-534, 2000.

CANO, A.; O'LEARY, KD. Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. **J Consult Clin Psychol**, Washington, v. 68, n. 5, p. 774-781, 2000.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

CARAN, V. C. S. **Riscos psicossociais e assédio moral no contexto acadêmico**. 2007. 188 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

CARLINI, E. A. et al. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: UNIFESP, 2005.

CARLOTTO, M. S. A Síndrome de Burnout e o trabalho docente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-29, jan./jun. 2002.

CARLOTTO, M. S. Burnout e trabalho docente: considerações sobre a intervenção. **Rev. Eletrônica Inter Ação Psy**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 12-18, ago. 2003.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Factors associated with Burnout's syndrome: na epidemiological study of teachers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, 2006.

- CARPENITO, L.J. **Diagnóstico de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. Porto Alegre: Arte Médica, 1997.
- CARVALHO, G. M. de. **Enfermagem do Trabalho**. São Paulo: EPU, 2001.
- CARVALHO, R.; FARAH, O. G. D.; GALDEANO, L. E. Níveis de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, p. 918-923, nov./dez. 2004.
- CARVALHO, A. J. F. P.; ALEXANDRE, N. M. C. Sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 35-41, 2006.
- CARVALHO, M. P. et al. Autoestima em pacientes com carcinoma de pele. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 361-366, 2007.
- CASIQUE, L. **Violência perpetrada por companheiros íntimos às mulheres em Celaya-México**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- CASTIEL, L. D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco, **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 237-264, jul./out. 2006.
- CASTRO, M. da G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.
- CASTRO, M. G. T.; OLIVEIRA, M. S.; ARAUJO, R. B.; PEDROSO, R. S. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. **Rev. Psiquiatr.**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 1, p. 25-30, 2008.
- CAUMO W. et al - Risk factors for postoperative anxiety in children. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, United Kingdom, v. 44, n. 3, p. 782-789, 2000.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Pretence Hall, 2002. p. 48.
- CHAN, D. W. Hardiness and its role in the stress-burnout relationship among prospective Chinese teachers in Hong Kong. **Teaching and Teacher Education**, United Kingdom, v. 19, p. 381-395, 2003.
- CHAVES, E. C.; CADE, N. V. Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p.162-167, mar./abr. 2004.
- CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de Unidades de Saúde Pública. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 132-138, ago. 2007.

CID-10. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994. p. 335, 342.

CIECHANOWSKI, P. S.; KATON, W. J.; RUSSO, J. E. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 160, p. 3278-3285, 2000.

CLARK, D. M. Estados de ansiedade: pânico e ansiedade generalizada. In: HAWTON, K. et al. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático**. São Paulo: Martins Fontes, 1997. p. 75-137.

CLARO, I. **Depressão: causas, consequências e tratamento**. São Paulo: Casa, 2000.

CODO, W. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: vozes, 1993. 280 p.

CODO, W. **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999.

COHEN, L. S. et al. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. **Arch Gen Psychiatry**, Chigago, v. 63, n. 4, p. 385-390, 2006.

COLE, D. P. et al. - Slower Treatment Response in Bipolar Depression Predicted by Lower Pretreatment Thyroid Function. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 159, p. 116-121, 2002.

CONSOLARO, A. **O ser professor: arte e ciência no ensinar e aprender**. 2. ed. Maringá: Dental Press Internacional, 2000. 282 p.

COOPER, G. **Handbook of stress, medicine and health**. Nova York: CRC, 1996.

CORRAL-MULATO S. **O docente universitário em Enfermagem e a Síndrome de Burnout: uma questão de educação para a saúde**. 2008. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola da Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, 2008.

COSTA, J. L. R. Evolução histórica da medicina do trabalho. **CAD CEBES**, São Paulo, v. 1, n. 2, p.1-6, 1981.

COSTA, D. F. et al. (Org.). **Programa de Saúde dos Trabalhadores: a experiência da Zona Norte - uma alternativa de Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec, 1989.

COX, T.; RIAL-GONZÁLEZ, E. Work-related stress: The European picture. **Magazine of the European Agency for Safety and Health at work**, Dortmund, v. 5, p. 4-6, 2002.

CRAFT, L. L.; LANDERS, A. M. The effects of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: a meta-analyses. **J Sport Exerc Psychol**, United Kingdom, v. 20, p. 339-357, 1998.

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 181-188, 2005.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

CUNHA, J. A. Estudo dos pontos de corte do BDI e do BAI na versão em Português. In: Congresso Nacional de Avaliação Psicológica, 8, 1999. **Anais ...** Porto Alegre, 1999.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 256 p.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 447-455, mar./abr. 2004.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DALRI, R. D. M. B. **Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de unidade de pronto atendimento em Uberaba – MG**. 2007. 146 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DAL RI, N. M. Universidade e sociedade. In: CARARA, K. (org). **Educação, universidade e pesquisa**. São Paulo: FAPESP, 2001. p. 3-7.

D'ANTOLA, A. **A prática docente na universidade**. São Paulo: EPU, 1992.

DEJOURS C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Editora Cortez/Oboré, 1987.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, C. A. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELY, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007. 145 p.

DEL-BEM, C. M. Transtorno de pânico. In: HETEM, L. A. B.; GRAEFF, F. G. (org.). **Transtornos de ansiedade**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 207-230.

DELCOR, N. S. **Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino em Vitória da Conquista**. 2003. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

- DELCOR, N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 187-196, 2004.
- DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 21, p. S16–S111, maio 1999. Suppl.
- DEL PORTO, J. A. Conceito de depressão e seus limites. In: LAFER, B. et al. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 20-28.
- DEL PRETTE, Z.A.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- DEMO, P. **Desafios modernos da Educação**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 270 p.
- DE MOOR, M. H. et al. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a populationbased study. **Prev Med.**, New York, v. 42, n. 4, p. 273-279, 2006.
- DIAS, M. S. et al. Autoestima e fatores associados em gestantes da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2787-2797, 2008.
- DICKSON, A; O'CARROLL, A. T. R. E. Neuropsychological functioning, illness perception, mood and quality of life in chronic fatigue syndrome, autoimmune thyroid disease and healthy participants. **Psychological Medicine**, Cambridge, 15, p. 1-10, jan. 2009.
- DIMATTEO, M. R.; LEPPER, H. S.; CROGHAN, T. W. Depression is a Risk Factor for Noncompliance with Medical Treatment: Meta-Analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. **Arch Intern Med**, Chicago, v. 160, p. 2101-2107, 2000.
- DINI, G. M. **Adaptação cultural, validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.
- DINIZ, R. W. et al. O conhecimento do diagnóstico de câncer não leva à depressão em pacientes sob cuidados paliativos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 298-303, 2006.
- DINIZ, D. H. M. P.; BLAY, S. L.; SCHOR, N. Anxiety and depression symptoms in recurrent painful renal lithiasis colic. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 7, p. 949-955, 2007.
- DJERNES, J. K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. **Acta Psychiatr Scand.**, Hoboken, v. 113, p. 372-387, 2006.
- DOURADO, J. M. B. **O rendimento acadêmico e sua relação com o autoconceito do aluno e a retroalimentação do professor**. 1984. 85 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 1984.

DRATCU, L.; LADER, M. Ansiedade: conceito, classificação e biologia: uma interpretação contemporânea da literatura. **J. Bras.Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 19-32, 1993.

DUSSAULT, M. et al. Professional isolation and occupational stress in teachers. **Psychological Reports**, Missoula, v. 25, n. 84, p. 843-946, 1999.

EBISUI, C. T. N. **A identidade profissional do enfermeiro professores do ensino técnico de Enfermagem**. 2004. 190 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

EDWARD, K. Resilience: a protector from depression. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, Michigan, v.11, n.4, p.241-243, 2005.

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

FACCHINI, L.A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicada à saúde do trabalhador. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Org). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1994a. p. 178-186.

FACCHINI, L. A. Por que a doença? A interferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (Org). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1994b. p. 132-157.

FACTS - Agência Européia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. **Previsão dos peritos sobre os riscos psicossociais emergentes relacionados com a segurança e saúde no trabalho (SST)**. 2002a. Disponível em: <[http://riskobservatory.osha.europa.eu/risks/forecasts/psychosocial\\_risks](http://riskobservatory.osha.europa.eu/risks/forecasts/psychosocial_risks)>. Acesso em: 28 mar. 2010.

FACTS - Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. **Como enfrentar os riscos psicossociais e reduzir o estresse no trabalho**. 2002b. Disponível em: <[http://agency.osha.eu.int/publications/reports/index\\_en.htm](http://agency.osha.eu.int/publications/reports/index_en.htm)>. Acesso em: 28 mar. 2010.

FALCK, R. S. et al. The prevalence and correlates of depressive symptomatology among a community sample of crack-cocaine smokers. **J Psychoactive Drugs**, New York, v. 34, n. 3, p. 281-288, 2002.

FARIAS, S. N. P. **Qualidade de vida no trabalho: um enfoque para enfermagem em Centro Municipal de Saúde**. 2004. 186 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

- FARIAS, S. N. P.; ZEITOUNE, R. C. G. Riscos no trabalho de enfermagem em um centro municipal de saúde. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 167-174, 2005.
- FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life assessment, analysis and interpretation**. England: John Wiley e Sons Ltda, 2000.
- FEDERIGHI, W. J. P. Ergonomia. In: CARVALHO, G. M. de. **Enfermagem do Trabalho**. São Paulo: EPU, 2001.
- FIORELLI, J. O. **Psicologia para administradores: integrando teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- FISHER, F. M. **Tópicos de saúde do trabalhador**. São Paulo: HUCITEC, 1989.
- FISHER, L. et al. Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, Indianapólis, v. 24, p. 1751-1757, 2001.
- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- FONTENELLE, L. F. et al. An empirical comparison of atypical bulimia nervosa and binge eating disorder. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 38, n. 2, p. 1663-1667, 2005.
- FRANCO, M. E. D. P. Comunidade de conhecimento, pesquisa e formação do professor do ensino superior. In: MOROSINI, M. C. (org.). **Docência universitária e os desafios da realidade nacional**. 2. ed. Brasília: Plano, 2001.
- FRANCO, G. R.; BARROS, A. L. B. L.; MARTINS, L. A. N. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de Enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 139-144. mar./abr. 2005.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- FRIEDMAN, I. A.. High and low burnout schools: school culture aspects of teacher burnout. **Journal of Educational Research**, Pakistan, v. 84, n. 6, p. 325-333, 1991.
- FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, 2005.
- FUNDEN. El riesgo profesional. In: **Manual de Salud Laboral**. Madrid, 1996. p. 93-98. (Serie enfermería).

FUNDICHELY, Q.M.; ZALDIVAR, R.I. - Autoestima en el personal de enfermería. **Rev Enferm**, Cuba, v.15, n.3, p.184-189, 1999.

FUREGATO, A.R.F. **Relações interpessoais em enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

FUREGATO, A. R. F. et al. Depressão e autoestima entre acadêmicos de enfermagem. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 239-244, 2006.

GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio**. 2007. 147 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GALLAR, M. **Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente**. Madrid: Paraninfo, 1998.

GALLICCHIO, L. et al. Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. **J Psychosom Res.**, Washington, v. 63, n. 3, p. 263-268, 2007.

GARCIA, L. P.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Investigando o Burnout em professores universitários. **Rev. Eletrônica Inter Ação Psy.**, Maringá, v. 1; n. 1; p. 76-89, ago. 2003.

GARRO, I. M. B.; CAMILLO, S. de O.; LÓBREGA, M. do P.S.S. Depressão em graduandos de Enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 162-167, 2006.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. Á. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p.189-199, maio/ago. 2005.

GAUTHIER, J. H. N. et al. **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 279-284.

GAUTHIER, C. **Por uma teoria da pedagogia: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente**. Ijuí: UNIJUÍ, 1998.

GECAS, V.; SCHWALBE, M. L. Parental behavior and adolescent self-esteem. **Journal of Marriage and Family**, San Francisco, v.48, n.1, p.37-46, 1986.

GELBCKE, F. L. **Processo saúde-doença e processo de trabalho: a visão dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital-escola, Rio de Janeiro**. 1991. 266 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

GELDER, M. et al. **Oxford textbook of psychiatry**. 3. ed.. Oxford: Oxford University Press, 1996.

GIMENO SACRISTÁN, J.; PÉREZ GOMEZ, A. I. **Compreender e transformar o ensino**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GLINA, D. M. R. **Saúde mental e trabalho: desafios e soluções**. São Paulo: VK/CIPA, 2000.

GOBITTA, M. **Estudo inicial do inventário de autoestima – Forma A**. 2000. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia e Fonoaudiologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP, 2000.

GODOY, D. V. de; GODOY, R. F. de. Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 120-124, maio/jun. 2002.

GODOY, R. F. Repercussões tardias de um programa de reabilitação pulmonar sobre os índices de ansiedade, depressão, qualidade de vida e desempenho físico em portadores de DPOC. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília v. 35, n. 2, p. 129-136, 2009.

GOLDFARB, A. H.; JAMURTAS, A. Z. Beta-endorphin response to exercise: an update. **Sports Med.**, London, v. 24, p. 8-16, 1997.

GOLDIM, J. R. **Risco - bioética e ética na ciência**. 2001. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/risco.htm>>. Acesso em: 4 mar. 2010.

GOMES, R.A. Violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.156-167, 1994.

GOMES, L. **Trabalho multifacetado de professores/as: a saúde entre limites**. 2002. 145 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

GONÇALVES, C. G. O.; PENTEADO, R. Z.; SILVÉRIO, K. C. A. Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: a questão da saúde vocal do professor. **Rev Saúde**, Salvador, v. 7, n. 15, p. 45-51, 2005.

GONDIM, S. M. G.; SIQUEIRA, M. M. M. Emoções e afetos no trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGESANDRADE, J. E.; BASTOS, A.V.B. (org.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 207-236.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 29, n. 2, p. 453-457, 1996.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 245-250, 1998.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck - Propriedades psicométricas da versão em português. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. (org.). **Escalas de avaliação clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000. p. 89-95.

GOUVEIA, R. **Saúde Pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde**. São Paulo: Mandacarú, 2000.

GREEMGLASS, E. R.; BURKE, R. J. Hospital downsizing, individual resources, and occupational stressors in nurses. **Anxiety, Stress and Coping**, Poland, v. 13, p. 371-390, 2000.

GRIFFITH, J.; STEPTOE, A.; CROPLEY, M. An investigating of coping strategies associated with job stress in teachers. **British Journal of Educational Psychology**, Edinburg, v. 64, p. 517-531, 1999.

GUERIN, S. et al. **Comprendre le travail pour les transformer**. Mntrouge: Anact, 1991.

GULLERMIN, F.; BOMBARDIER, B. Cross-cultural adaptation of health-related of life measures: literatura review and proponed guide-lines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Ottawa, v. 46, n. 12, p. 1471-1483, 1993.

GUIMARÃES, A. M. M. Extensão universitária como reconfiguração de saberes. In: LEITE, D.; MOROSINI, M. (org). **Universidade flutuante: produção do ensino e inovação**. Campinas: Papirus, 1997. p. 55-76.

GUIMARAES, R. M. et al. Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo caso-controle. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 282-294, set. 2005.

GUIMARAES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev. psiquiatr.**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 2, p. 101-108, 2008.

GUZ, I. **Depressão: O que é, como se diagnostica e trata**. São Paulo: Roca, 1990.

HAAG, G. S. A.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

HALL, L. A. et al. Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. **Nurs Res**, United States, v. 45, p. 231-238, 1996.

HARNOIS, G. P. Formulation of mental health policy. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action for the improvement of mental health care: policies and strategies**. Geneva: WHO/MNH/MND, 1996. p. 21-27.

- HECKERT, A. L. et al. A dimensão coletiva da saúde: uma análise das articulações entre gestão administrativa-saúde dos docentes, a experiência de Vitória. In: ATHAYDE, M. et al. **Trabalhar na escola? Só inventando o prazer**. Rio de Janeiro: Edições IPUB, 2001. p. 123-162.
- HETEM, L. A. B. Diagnóstico diferencial dos transtornos de ansiedade. In: HETEM, L. A. B.; GRAFF, F. G. **Ansiedade e transtornos de ansiedade**. Rio de Janeiro: ECN, 1997. p. 228-247.
- HIRSCHFELD, R. M. et al. - The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. **JAMA**, Chicago, v. 277, p. 333-340, 1997.
- HOSMER, W.D.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. 2. ed. New York: Wiley and sons, 2000. 392 p.
- HUNTER, I. Prevalence and aetiology of hypothyroidism in the young. **Arch Dis Child**, England, v. 83, n. 3, p. 207-210, 2000.
- HUTZ, C.S. **Adaptação brasileira da escala de autoestima de Rosenberg**. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.
- INOUEI, K. C. et al. Absenteísmo-doença da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva **Rev Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 209-214, mar./abr. 2008.
- ITO, P. do C. P.; GOBITTA, M.; GUZZO, R. S. L. Temperamento, neuroticismo e autoestima: estudo preliminar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 143-153, abr./jun. 2007.
- JACOBSSON, C. et al. Managing stress and feelings of mastery among Sweden comprehensive school teachers. **Scandinavian Journal of Educational Research**, Agingdon, v. 45, n. 1, p. 37-53, mar. 2001.
- JACQUES, M. da G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 97-116, jan./jun. 2003.
- JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol.**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.
- JARDIM, R.; BARRETO, S. M.; ÁVILA, A. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2439-2461, out. 2007.
- JONAS, B. S.; LANDO, J. F. - Negative Affect as a Prospective Risk Factor for Hypertension. **Psychosom Med**, United States, v. 62, p. 188-196, 2000.

- JUNQUEIRA, P. et al. Women living with HIV/AIDS: sleep impairment, anxiety and depression symptoms. **Arquivos Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 66, n. 4, p. 817-820, 2008.
- KATONA, C. et al. The symptomatology of depression in the elderly. **Int Clin Psychopharmacol.**, London, v. 12, suppl 7, p. S19-23, 1997.
- KEEDWELL, P.; SNAITH, R.P. What do Anxiety Scales Measure? **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Singapore, v. 93, p. 177-180, 1996.
- KENDALL, P. C. et al. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, USA, v.11, p. 289-299, 1987.
- KENDLER, K. S. Dimension of religiosity and their relationship to life time psychiatric and substance use disorders. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 160, p. 469-503, 2003.
- KESANIEMI, Y. K. et al. Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. **Med Sci Sports Exerc.**, United States, v. 33, n. 6, p. 351-358, 2001.
- KESSLER, R. C. Epidemiology of women depression. **J Affect Disord**, Arlington, v. 74, n. 1, p. 5-13, 2003.
- KIENEN, N; BOTOMÉ, S. P. Docência patológica existe? **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 141-143, 2003.
- KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Anxiety disorders women: does gender matter to treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 43-50, 2005.
- KRETLY, V. O processo saúde no trabalho e o risco ocupacional em uma unidade esportiva. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-78, 2002.
- LAMPINEN, P.; HEIKKINEN, R. L.; RUOPPILA, I. Changes in intensity of physical exercise as predictors of depressive symptoms among older adults: an eight-year follow-up. **Prev Med.**, New York, v. 30, n. 5, p. 371-380, 2000.
- LANE, A. M.; LOVEJOY, D. J. The effects of exercise on mood changes: the moderating effect of depressed mood. **J Sports Med Phys Fitness.**, Torino, v. 41, p. 539-545, 2001.
- LAPO, F. R.; BUENO, B. O. Professores, desencanto com a profissão e abandono do magistério. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 118, p. 65-88, mar. 2003.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 133-158.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. 333 p.

LEE, G.; SHEHAN, C.L. Social relations and the self-esteem of older persons. **Research on Aging**, Durham, v.11, n.4, p.427-442, 1989.

LEMOS, J. C. **Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em professores universitários**. 153 f. 2005. Tese [Doutorado em Engenharia de Produção] - Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2005.

LEMOS, C. et al. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24 n. 4, p. 471-476, out./dez. 2008.

LENNON, M. C.; ROSENFELD, S. Women and mental health: the interaction of job and family conditions. **J Health Soc Behav**, United States, v. 33, n. 316-327, 1991.

LEPLAT, J. L'ê diagnostic ergonomique dês contraintes de travail. In: GODMAN, S. F. P. **L'ergonomie au service de l'homme au travail**. Paris: EME, 1978. p. 21.

LEWIS, A. Problems Presented by the Ambiguous Word "Anxiety" as Used in Psychopathology. In: LEWIS, A. **The Later Papers of Sir Aubrey Lewis**. Oxford: University Press, 1979.

LIEDKE, E. R. Trabalho. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 341-346.

LIMA, R. O professor e o estresse. **Universidade e Sociedade**, v. 13, n. 17, p. 35-39, 1998.

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

LINZER, M. et al. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. **Am J Med**, Arizona, v. 101, n. 5, p. 526-533, 1996.

LIPP, M. **O stress do professor**. Campinas: Papyrus, 2002.

LOPES, G. T.; SPINDOLA, T.; MARTINS, E.R.I. O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.9-18, 1996.

LORENÇATTO, C. et al. Avaliação de dor e depressão em mulheres com endometriose após intervenção multiprofissional em grupo. **Rev Assoc Méd Bras.**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 433-438, 2007.

LOSCOCCO, K.A.; SPITZE, G. Female and male factory workers. **Journal of Health and Social Behavior**, Nova York, v. 3, p. 313-327, 1990.

LUDKE, M.; BOING, L. A. Caminhos da profissão e da profissionalidade docentes. **Edu. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 89, p. 1159-1180, set./dez. 2004.

LUIZ, O. C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 2339-2348, 2006.

MACKINNON, A. R.; MICHELS, R. **A entrevista psiquiátrica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MAGALHÃES, C. H. T. Autoestima na forma inativa da oftalmopatia de Graves. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 215-220, 2008.

MAGILL, R. A. **Aprendizagem motora: conceitos e aplicações**. 5. ed. São Paulo: Edgard Blücher, 2002.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. São Paulo: Saraiva, 2000.

MALUF, T. P. G. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que freqüentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos**. 2002. 59 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

MANCEBO, D.; LOPES, M. C. R. Trabalho docente: Compressão temporal, flexibilidade e prazer? **Revista de Educação Pública**, Cuiabá, v. 13, n. 24, p. 138-152, 2004.

MANCEBO, D. Trabalho Docente: Subjetividade, Sobreimplicação e Prazer. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 74- 80, 2007.

MANICAVASAGAR, V. et al. A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. **Comprehensive Psychiatry**, New York, v. 44, n. 2, p. 146-1453, 2003.

MARCOLINO, J. A. M et al. Escala hospital de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Rev Bras. Anestesiol.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007.

MARÇOLA, L.; VALE, I. do. Avaliação da autoestima de gestantes: subsídios para proposição de intervenções que favorecem o vínculo com o bebê. In: Congresso Médico Acadêmico da Unicamp, 16, 2007. **Anais ...** Campinas, 2007.

MARCOVITCH, J. **A universidade (im)possível**. 2. ed. São Paulo: Futura, 1998. 182 p.

MARGIS, R.; CORDIOLI, A.V. Idade Adulta: meia idade In: EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F; BASSOLS, M. A. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. São Paulo: ARTMED, 2001.

MARSELLACH, G.Y. **La Autoestima**. Disponível em: <http://www.ciudadfutura.net/psico/articulos/autoestima-nya.htm>. Acesso em: 25 mar. 2009.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 591-598, 2007.

MARTÍNEZ, D.; VALLES, I.; KOHEN, J. **Salud y trabajo docente**: tramas do malestar en la escuela. Buenos Aires, Argentina: Ed. Kapelusz, 1997.

MARTINEZ, D. Estudos do Trabalho Docente. In: OLIVEIRA, D. A. (org). **Reformas educacionais na América Latina e os trabalhadores docentes**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003. p.75-85.

MARZIALE, M. H. P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar**. 1995. 154 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MARZIALE, M. H. P.; KOURROUSKI, M. F. C.; ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos de acidentes no trabalho de enfermagem em centro cirúrgico. **Rev Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 114-120, jul./dez. 2000.

MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 78-83, 2000.

MASETTO, M. (org.). **Docência na universidade**. 3. ed. Campinas: Papyrus, 2001.

MASLACH, C. **Burnout**: the cost of caring. Englewood: Prentice – Hall, 1982.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. **Trabalho**: fonte de prazer ou sofrimento? Guia para vencer o estresse na empresa. Campinas: Papyrus, 1999, 240 p.

MAURO, M. Y. C. Saúde mental do trabalhador e o enfermeiro. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 81-88, 1996.

MAY, R. **O significado de ansiedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. p. 66-103.

MECCA, A.; SMELSER, N.J.; VASCONCELLOS, J. **The social importance of self-esteem**. Berkeley: University of California Press, 1989.

MELLO, G. N. **Magistério de 10 grau**: da competência técnica ao compromisso político. 9. ed. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1988. 151 p.

MELO, A. L. N. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 30-39.

MELLO, V. A.; MALBERGIER, G. L. Depression in women infected with HIV. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 10-17, 2006.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

- MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.
- MENDES, M. F. et al. Depressão na esclerose múltipla forma remitente-recorrente. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3, p. 591-595, 2003.
- MENDES, R. **Patologia do trabalho atualizada e ampliada**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.
- MENDES, J. M.; OLIVEIRA, P. A. B. Medicina do trabalho: o desafio da integralidade na obtenção à saúde. In: VIEIRA, S. I. **Medicina básica do trabalho**. Curitiba: Genesis, 1995. p. 33-40.
- MENDES, A. M.; CRUZ, R. M. Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, A. et al. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 39-55.
- MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. **Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 21-26.
- MERAZZI, C. Apprendre à vivre les conflits: une tâche de La formation des enseignants. **European Journal of Teacher Education.**, London, v. 6, n. 2, p. 101-106, 1983.
- MINGUILI, M. G. **O desejo do futuro como articulador das atividades de um curso**. In: Universidade Estadual Paulista. V Circuito Prograd – Pró-reitoria de graduação. São Paulo: UNESP, 1996. p. 27-40.
- MIRANDA, C. R. **Ataque ao mundo do trabalho: terceirização e seus reflexos na segurança e saúde do trabalhador**. Disponível em: <<http://www.saudeetrabalho.com.br/download/ataque-miranda.doc>>. Acesso em: 04 mar. 2010.
- MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo: EPU, 1986.
- MOKDAD, A. H. et al. The continuing epidemics of obesity and diabetes in the United States. **JAMA**, Chicago, v. 286, n. 10, p. 1195-1200, 2001.
- MONTEIRO, K. C. C.; LAGE, A. M. V. A depressão na adolescência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 257-265, maio/ago. 2007.
- MONTGOMERY, S. **Confrontando la depresión: Guía del médico**. New York: Pfizer Internacional, 1997.
- MORAES, M. H. et al. Depressão e suicídio no filme “As Horas”. **Rev Psiquiatr RS**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 83-92, jan./abr. 2006.
- MORAES, H. et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev Psiquiatr RS.**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 70-79, 2007.

MOREJÓN, A. J. U. et al. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez in población clínica española. **Revista Apuntes de Psicología**, Sevilla, v. 22, n. 2, p. 247-255, 2004.

MORENO, B. et al. **Configuración específica de estrés asistencial en profesosos de BUP**: memoria de investigación. Nova York: CIDE, 1992.

MOURA, G. M. S. S. de. O estudo da satisfação no trabalho e do clima organizacional como fatores contributivos para o ser saudável no trabalho da enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 167-179, jul./dez. 1992.

MRUCK, C. **Self-esteem**: research, theory, and practice. New York: Springer, 1995.

MRUCK, C. **Autoestima**: Investigación, teoría y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1998.

MURAY, C. J.; LOPEZ, A. D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. **The Lancet**, London, v. 349, n. 9063, p. 1436-1442, 1997.

NACARATO, A. M.; VARANI, A.; CARVALHO, V. O cotidiano do trabalho docente: palco, bastidores e trabalho invisível: abrindo as cortinas. In: GRISOLIA, C. M.; FIORENTINI, D.; PEREIRA, E. (org). **Cartografias do trabalho docente**. Campinas: Mercado de Letras, Associação de Leitura do Brasil, 1998.

NEVES, M. Y.; ATHAYDE, M. Saúde, gênero e trabalho na escola: um campo de conhecimento em construção. In: BRITO, J. C., ATHAYDE, M.; NEVES, M. Y. (orgs). **Saúde e trabalho na escola**. Rio de Janeiro: CESTEH/ENSP/FIOCRUZ, 1998.

NEVES, M. Y. **Trabalho docente e saúde mental**: a dor e a delícia de ser (tornar-se) professora. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 1999.

NICOLOFF, G.; SCHWENK, TS. Using exercise to ward off depression. **Phys Sport Med.**, United States, v. 23, n. 9, p. 44-58, 1995.

NIERO, E. M. **O ambulatório de saúde do trabalhador em Florianópolis – SC**: um espaço de resistência no atendimento ao trabalhador acidentado e/ou doente em função do trabalho. 2000. 110 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

NIEVAS, A. F. et al. Depressão no climatério: indicadores biopsicossociais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 274-279, 2006.

NORONHA, M. M. B. **Condições do exercício profissional da professora e dos possíveis efeitos sobre a saúde**: estudo de casos das professoras do ensino fundamental em uma escola pública de Montes Claros, Minas Gerais. 2001. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

NÓVOA, A. O passado e o presente dos professores. In: NÓVOA, A. (org.) **Profissão professor**. Portugal: Porto Editora, 1995. p. 13-34.

NUNES, C. H. S. **A construção de um instrumento de medida para o fator neuroticismo/ estabilidade emocional dentro do modelo de personalidade dos cinco grandes fatores**. 2000. 178 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

NUNES, M. B. G. **Riscos Ocupacionais existentes no trabalho dos enfermeiros que atuam na Rede Básica de Atenção à Saúde no Município de Volta Redonda – RJ**. 2009. 174 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

OIT - Organização Internacional do Trabalho. **Recomendación sobre los servicios de Medicina del Trabajo en los lugares de empleo** (Recomendación no 112 de la OIT adaptada en 24 de junio de 1959). In: *Convenios y recomendaciones (1919-1966)*. Ginebra, 1966. p. 1054-1058.

OLIVEIRA, S. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 625-634, out./dez. 1997.

OLIVEIRA, M. G. **Condições de trabalho, gênero e saúde: sofrimento e estresse**: um estudo de caso com os profissionais docentes do ensino superior privado de Belo Horizonte. 2001. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

OLIVEIRA JÚNIOR, W. Relação médico-paciente em Cardiologia: um olhar psicossomático. **Revista de Medicina Psicossomática Sul Mineira**, Caxambú, v. 4, p. 41-46, 2005.

OLIVEIRA, K. L. de et al. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 351-359, maio/ago. 2006.

OLIVEIRA, D. A. Regulação educativa na América Latina: repercussões sobre a identidade dos trabalhadores docentes. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 44, p. 209-227, 2006.

OLIVEIRA, J. H. A.; YOSHIDA, E. M. P. Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de Cirurgia Bariátrica. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 12-19, 2009.

OMS - Organización Mundial de la Salud. **Vigilância del medio y de las condiciones de salud en los programas de higiene del trabajo**. Ginebra, 1973. (Série Informes Técnicos, nº. 535).

PACHANE, G. G. **A importância da formação pedagógica para o professor universitário: a experiência da UNICAMP**. 2003. 198 f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

- PAEZ, D. et al. Constructing social identity: the role of status, collective values, collective self-esteem, perception and social behavior. In: WORCHEL, S. et al. (ed.) **Social identity: international perspectives**. London: Sage Publications, 1998. p. 211-229.
- PALUSKA, S. A.; SCHWENK, T. L. Physical activity and mental health: current concepts. **Sports Med.**, St Louis, v. 29, n. 3, p. 167-180, 2000.
- PANKSEPP, J. Toward a general psychobiological theory of emotions. **Behav Brain Sciences**, New Haven, v. 5, p. 457-467, 1982.
- PARANHOS, I. **Interface entre Trabalho Docente e Saúde dos Professores da Universidade Estadual de Feira de Santana**. 2001. 157 f. Dissertação [Mestrado] - Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2001.
- PARRY, B. L. Sleep disturbances at menopause are related to sleep disorders and anxiety symptoms. **Menopause**, New York, v. 14, n. 5, p. 812-8144, 2007.
- PATKAR, A. A. et al. Tobacco smoking: current concepts in etiology and treatment. **Psychiatry.**, New York, v. 66, n. 3, p. 183-199, 2003.
- PEIRÓ, J. M. **Desencadeantes del Estrés Laboral**. Salamanca: Endema, 1993.
- PEREGRINO, A. Ansiedade Normal e Patológica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 129-134, março 1996.
- PERRENOUD, P. **Práticas pedagógicas, profissão docente e formação: perspectivas sociológicas**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1993.
- PETRUZZELLO, S. J. et al. A meta-analysis on the anxiety reducing effects of acute and chronic exercise. Outcomes and mechanisms. **Sports Med.**, St Louis, v. 11, n. 3, p. 143-182, 1991.
- PIMENTA, A. L.; CAPISTRANO FILHO, D. (Org.). **Saúde do trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1988.
- PINHEIRO, T. M. M.; RIBEIRO, F. S. N.; MACHADO, J. M. H. **Vigilância em saúde do trabalhador**. In: 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília-DF: Ministério da Saúde/ Ministério do Trabalho e Emprego/ Ministério da Previdência e Assistência Social, 2005.
- PINTON, F. A. et al. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São José do Rio Preto, v. 21, n. 1, p. 68-74, 2006.
- POLATO, T. H. P. **Por um lazer potencialmente transformador: um estudo sobre as apropriações conceituais do lazer**. 2004. 192 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Campinas, Campinas, 2004.

POLISSENI, A. F. et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 28-34, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 472 p.

PORTOL, L. A. et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 818-826, 2006.

PREFEITURA Municipal de Alfenas – **Trabalhando por uma vida melhor**. Disponível em: <<http://www.alfenas.mg.gov.br>>. Acesso em: 10 fev. 2009.

PUNCH, K.F.; TUETTEMAN, E. Correlates of psychological distress among secondary school teachers. **British Educational Research Journal**, London, v. 16, p. 369-382, 1990.

QUENTEL, J. C. Le probleme de la culpabilité chez les parents d'enfants handicapés. **Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence**, França, v. 45, n. 9, p. 487-495, 1997.

REDMOND, G. Mood disorders in the female patient. **Int Jour Fertil Wom Medicine**, Washington, v. 42, n. 2, p. 67-72, 1997.

REIS, E. J. F. B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set./out. 2005.

REIS, E. J. F. B. et al. Docência e exaustão emocional. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 229-253, jan./abr. 2006.

REMENNICK, L. Childless in the land of imperative motherhood: stigma and coping among infertile Israeli women. **Sex Roles**, New York, v. 43, p. 821-41, 2000.

REMOR, E. A. Tratamento psicológico do medo de viajar de avião a partir do modelo cognitivo: caso clínico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 78-81, 2002.

RENNÓ JÚNIOR, J. **A relação entre religião e medicina**. **Diário do Nordeste – CE**. 2005. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.aO?NOTCod=64707>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

REZENDE, M. P. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. 2003. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

REZENDE, M. P. et al. Riscos físicos e sua identificação por auxiliares de enfermagem de hospital de ensino do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev Enferm UFPE On Line**, Recife, v. 3, n. 3, p. 152-159, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/168/168>>. Acesso em: 25 mar. 2010.

RICCIO, G. M. G. E. et al. Validação de instrumento de levantamento de dados para a formulação de diagnósticos de enfermagem. **Rev. Soc. Cardiol.**, São Paulo, v. 5, n. 3, Supl A, p. 1-16, maio/jun. 1995.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M. H. P. A norma regulamentadora 32 e suas implicações sobre os trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 834-836, set./out. 2004.

ROBAZZI, M. L. C. C.; BARROS JÚNIOR, J. C. Proposta Brasileira de Normatização para os Trabalhadores de Saúde. **Ciência y Enfermería**, Concepción, v. 11, n. 2, p. 11-15, 2005.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

ROCHA, G. V. M. **Análise da relação entre práticas parentais e o autoconceito de pré-escolares**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e da Adolescência, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2002.

ROCHA, S. de S. L.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida no trabalho docente em Enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 28-35, jan./fev. 2004.

ROCHA, T. H. R. et al. Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. **Psico USF**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 95-102, 2006.

RODRIGUES, M. J. S. F. O diagnóstico de depressão. **Psicol. USP**, São Paulo, v.11, n. 1, p. 56-62, 2000.

RODRIGUES, M. T. P.; MENDES, J. A. de C. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 3, p. 456-459, maio/jun. 2006.

RODRIGUES, D. G.; PELISOLI, C. Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. **Rev. psiquiatr.**, Rio Grande do Sul, v. 35, n. 5, p. 171-177, 2008.

ROMERO, L. M.; CASAS, M. F.; CARBELO, B. B. **La Autoestima**. Disponível em: <<http://www.pntic.mec.es/recursos/infantil/salud/autoestima.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2009.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent selfimage**. New Jersey: Princeton University Press, 1965.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. 2. ed. New Jersey: Princeton University Press, 1989. (Original publicado em 1965).

ROSEMBERG, D. S. **O processo de formação continuada de professores: do instituído ao instituinte**. Niterói: Walk; 2002.

ROSENBERG, M. **The Rosenberg self-Esteem Scale**. Disponível em: <<http://www.bsos.umd.edu/socy/rosenberg.html>>. Acesso em: 03 abr. 2009.

ROSSATO, R. **Universidade: nove séculos de história**. Passo Fundo: Ediupf, 1998. 235 p.

ROUQUAYROL, M. Z; ALVES FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p.77.

RUETER, M. A. et al. First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parentadolescent disagreements. **Arch Gen Psychiatry**, Chicago, v. 56, p. 726-732, 1999.

SABBI, D. **Sinto, logo existo**. Porto Alegre: Alcance, 1999.

SALMON, P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. **Clin Psychol Rev.**, Arlington, v. 21, n. 1, p. 33-39, 2001.

SANCHEZ, M. O. et al. Atuação do CEREST nas Ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Setor Canavieiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n. 1, p. 37-43, 2009.

SANTOS, C. T.; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: CAMON, V. A. A. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Ed. Pioneira, 1996. p. 147-75.

SANTOS, L. H. P.; CASSIANI, S. H. B. Vivendo em constante conflito: o significado da prática docente no ensino médio de enfermagem. **Rev. Latino-am enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 58-64, 2000.

SANTOS, A. M. B. et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 3, p. 317-324, jul./set. 2006.

SATO, L.; LACAZ, F. A. de C.; BERNARDO, M. H. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 3, p. 281-288, 2006.

SAUPE, R. A prática pedagógica da(o) docente de graduação em enfermagem. **Rev Cienc Saúde**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 121-130, 1993.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica: primeiros aproximações**. São Paulo: Cortez, 1991. 122 p.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2002. **Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2**. 2002. Disponível em: [http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/consenso\\_atual\\_2002](http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/consenso_atual_2002). Acesso em: 15 ago. 2010.

SCHIEMAN, S.; CAMPBELL, J. E. Age variations in personal agency and self-esteem: the context of physical disability. **J Aging Health**, London, v. 13, n. 2, p. 155-185, 2001.

SCHMITZ, N.; KRUSE, J.; KUGLER, J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. **Am J Psychiatry**, Arlington, v. 28, n. 5, p. 1670-1676, 2003.

SCHONFELD, I. S. A longitudinal study of occupational stressors and depressive symptoms in first-year female teachers. **Teaching & teacher education**, United Kingdom, v. 8, n. 2, p. 151-158, 1992.

SCHREINER, L. Prevalência de sintomas depressivos em uma amostra de prostitutas de Porto Alegre. **Rev Psiquiatr.**, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 1, p. 13-20, jan./abr. 2004.

SCHWARTZMAN, S. A Revolução Silenciosa do Ensino Superior. In: DURHAM, E. R.; SAMPAIO, H. (org). **O Ensino Superior em Transformação**. São Paulo: Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior/USP, 2001.

SCHWARZ, K.; CIELO C. A. A voz e as condições de trabalho de professores de cidades pequenas do Rio Grande do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 83-90, 2005.

SCOPINHO, R. A. Controle social do trabalho no setor sucroalcooleiro: reflexões sobre o comportamento das empresas, do Estado e dos movimentos sociais organizados. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 11-29, dez. 2004.

SEIDL, E. M. F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, out. 2007.

SELAIMEN, C. et al. Avaliação da depressão e de testes neuropsicológicos em pacientes com desordens temporomandibulares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1629-1693, 2007.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. p. 45-90.

SERNA, E. C. H.; SOUSA, R. M. C. Depressão: uma possível consequência adversa do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 131-135, 2005.

SHEAR, M. K. Anxiety disorders in women: gender-related modulation of neurobiology and behavior. **Semin Reprod Endocrinology**, New Jersey, v. 15, n. 1, p. 69-76, 1997.

SILVA, M.A.D. **Quem ama não adoce**. São Paulo: Best Seller, 1994.

SILVA, E. S. Os vínculos entre condições de trabalho e saúde mental. **Psicol Cien Prof**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 13-17, jun. 1995.

SILVA, A. **Trabalhador de Enfermagem na Unidade Centro de Material e os acidentes de trabalho**. 1996. 195 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996a.

SILVA, V. E. F. **O desgaste do trabalhador de Enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador**. 1996. 189 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996b.

SILVA, M. da G. da; RUFFINO, M. C. Comportamento docente no ensino de graduação em Enfermagem: a percepção dos alunos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 45-55, out. 1999.

SILVA, D. M. P. P.; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um Hospital Universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, 2000.

SILVA, M. R. et al. A saúde dos professores da UFSC: recuperando a enquete dos professores realizada durante a greve de 2001. **Boletim da APUFSC**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 3-6, 2001.

SILVA, A. N. da; CAMILLO, S. de O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 403-410, 2007.

SILVA, G. G. J. et al. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 34, n. 119, p. 79-87, 2009.

SILVANY, A. M. et al. Condições de trabalho e saúde de professores da rede particular de ensino de Salvador, Bahia. **Rev Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 24, p. 42-46, 2000.

SIQUEIRA, T. C. A. de. O trabalho docente nas instituições de ensino superior privado em Brasília. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 803-818, set./dez. 2006.

SMEDEREVAC, S et al. Tendency to self-handicapping in the situation of expected failure. **Psihologija**, Beograd, v. 36, n. 1-2, p. 39-58, 2003.

SMITH, M.; BOURKE, S. Teacher stress: examining a model based on context, workload and satisfaction. **Teaching and Teacher Education**, United Kingdom, v. 8, n. 1, p. 31-46, 1992.

- SINECOFI - Sindicato dos empregados no comércio de foz do Iguaçu. **Doenças do trabalho: o que são doenças do trabalho.** Disponível em: <<http://www.sinecofi.com.br>>. Acesso em: 04 mar. 2010.
- SOUZA, K. R. et al. A trajetória do Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro (Sepe – RJ) na luta pela saúde no trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 1057-1068, 2003.
- SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M.; BALLONE, G. J (org.). **Psicopatologia e psiquiatria básicas.** São Paulo: Vetor, 2004. p. 25-29.
- SOUZA, D.; FERREIRA, M. C. Autoestima pessoal e coletiva em mães e não-mães. **Psicol Estud**, Maringá, v. 10, p. 19-25, 2005.
- SPIELBERG, C. D. The nature and measurement of anxiety. In: SPIELBERG, C. D.; DIAZ-GUERRERO, R. **Cross cultural research on anxiety.** Washington: Hemisphere/Willey, 1976. p. 3-11.
- SPIELBERGER, C. **Tensão e ansiedade.** Nova Deli: Harper & Row, 1979.
- SUAU, G. M. et al. Depressive symptoms and risk factors among perimenopausal women. **P R Health Sci J.**, Porto Rico, v. 24, n. 3, p. 207-210, 2005.
- SWEDO, S. E.; LEONARD, H. L.; ALLEN, A. J. New developments in childhood affective and anxiety disorders. **Current Problems Pediatrics**, New York, v. 24, n. 8, p. 12-38, 1994.
- TAFT, M. A. T. H. Impact of Perceived Stigma on Inflammatory Bowel Disease Patient Outcomes. **Inflammatory Bowel Diseases**, Hoboken, v. 25, n. 3, p. 56-62, 2009.
- TAJFEL, H.; TURNER, J.C. The social identity theory of intergroup behavior. In: Worchel, S.; Austin, W. (Orgs.) **Psychology of intergroup relations.** 2. ed. Chicago: Nelson-Hall, 1986. p.7-24.
- TAMAI, S. **Depressão e infarto do miocárdio.** 2003. 180 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2003.
- TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional.** Petrópolis: Vozes, 2002.
- TARIS, T. W. et al. From inequity to burnout the role of job stress. **Journal of Occupational Health Psychology**, Florida, v. 4, n. 4, p. 303-323, 2001.
- TEIXEIRA, P. de F. S. et al. Avaliação clínica e de sintomas psiquiátricos no hipotireoidismo subclínico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 222-228, 2006.
- TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

TERRA, F. S. **Avaliação da qualidade de vida do paciente renal crônico submetido à hemodiálise e sua adesão ao tratamento farmacológico de uso diário.** 2007. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde) – Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas, 2007.

THEORELL, T. Working conditions and health. In: BERKMAN, L.; KAWACHI, I. **Social Epidemiology.** Oxford: Oxford University Press, 2000.

TIMMS, P. **Depression in the workplace.** The Royal College of Psychiatrists. 2006. Disponível em: <<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/mentalhealthproblems/depression/depressionintheworkplace.aspx>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística.** 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 696 p.

UNESCO. **O perfil dos professores: o que fazem, o que pensam, o que almejam.** São Paulo: Moderna, 2004.

UNÜTZER, J.; PATRICK, D.; MARMON, T. Depressive Symptoms and Mortality: a Prospective Study of 2558 Older Adults. **Am J Geriatr Psychiatry**, Bethesda, v. 10, p. 521-530, 2002.

VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. A autoestima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 20-27, 2005.

VASCONCELOS, M. D. O trabalho dos professores em questão. **Edu. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 81, p. 78-84, 2002.

VIEIRA, T. A. M. **A integração das atividades de ensino, pesquisa e extensão voltadas para a formação de profissionais competentes e socialmente compromissados.** In: Universidade Estadual Paulista. V Circuito Prograd – Pró reitoria de graduação. São Paulo: UNESP, 1996. p. 63-69.

VIEIRA, J. D. **Identidade Expropriada: Retrato do Educador Brasileiro.** Brasília: CNTE, 2003.

VIEIRA, J. L. L.; PORCU, M.; BUZZO, V. A. S. A prática da hidroginástica como tratamento complementar para pacientes com transtorno de ansiedade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 8-16, 2009.

VISCARDI, N.; HOR, F.; DAJAS, F. Alta tasa de suicidio em Uruguay. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. **Revista Medica del Uruguay**, Montevideo, v. 10, p. 79-91, 1994.

VITOLLO, M. R et al. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 28-34, 2007.

- WAGNER, M. F.; OLIVEIRA, M. S. Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 101-110, 2009.
- WALTERS, V. et al. Paid work, unpaid work and social support: a study of the health of male and female nurses. **Social Science & Medicine**, Florida, v. 43, n. 11, p. 1627-1636, 1996.
- WANDERLEY, L. E. W. **O que é universidade**. São Paulo: Brasiliense, 1999. 83 p.
- WEBER, L. N. D.; STASIACK, G. R.; BRANDENBURG, O. J. Percepção da interação familiar e autoestima de adolescentes. **Aletheia**, Canoas, v. 17/18, n. 1, p. 95-105, 2003.
- WEBLER, R. M.; RISTOW, M. R. O mal-estar e os riscos da profissão docente. **Ciênc Soc Rev.**, Cascavel, v. 6, n. 11. p. 54-60, 2006.
- WEIMBERG, A.; CREED, F. Stress and psychiatric disorder in healthcare professional and hospital staff. **Lancet**, London, v. 2355, n. 9203, p. 533-537, 2000.
- WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamento da Psicologia do esporte e do exercício**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001.
- WHO - **World Health Organization. Statistical Information System (WHOSIS)**. 2003. Disponível em: <[http://www.who.int/health\\_topics/depression/es/](http://www.who.int/health_topics/depression/es/)>. Acesso em: 10 jan. 2008.
- WILHELM, K. et al. Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. **J Affect Disord.**, Arlington, v. 75, n. 2, p. 155-162, 2003.
- WISNER, A. **A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia**. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994. 191 p.
- WOODS, P. Intensification and stress in teaching. In: VANDERBERGUE, R.; HUBERMAN, M. A. (eds). **Understanding and preventing teacher burnout: a source book of international practice and research**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999. p. 115-138.
- WU, Z.; MACNEILL, L. Education, work, and childbearing after 30. **Journal of Comparative Family Studies**, United States, v. 33, p. 191-213, 2002.
- XELEGATI, R.; ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p.350-356, maio/jun. 2003.
- ZANEI, S. S. V. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares**. 2006. 135 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ZAPAROLLI, A. S.; MARZIALE, M. H. P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em Emergências. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 41-46, jan./fev. 2006.

ZARAGOZA, J. M. E. **O mal-estar docente**: a sala de aula e a saúde dos professores. 3. Ed. Bauru: Edusc, 1999.

# ***APÊNDICES***



**APÊNDICE A - Carta de Autorização da Instituição A****Carta de autorização**

Alfenas, 17 de março de 2008.

Ilmo Sr.  
Dr. Antônio Martins de Siqueira  
Reitor da Universidade Federal de Alfenas - MG

Eu, Fábio de Souza Terra, enfermeiro e professor da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) e aluno do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, estou realizando uma pesquisa intitulada "O trabalho dos docentes de Graduação em Enfermagem: identificação da ansiedade, depressão e auto-estima", com o objetivo de avaliar a presença de ansiedade, depressão e auto-estima dos docentes de Enfermagem desta Instituição.

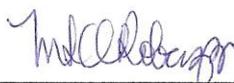
Gostaria de contar com a sua autorização para o levantamento de dados e realização desta pesquisa nesta Instituição, e para abordagem aos docentes do curso de Enfermagem.

Esclareço que serão obedecidas as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo preservado o anonimato dos docentes bem como da Instituição. Estou atento para não interferir na dinâmica de trabalho e funcionamento da Instituição.

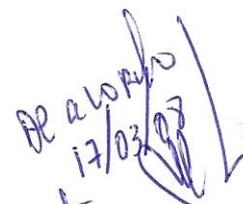
Desde já agradecemos a atenção dispensada ao pedido.

Atenciosamente,

  
Fábio de Souza Terra



Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi (Orientadora)

  
17/03/08  
Prof. Antônio Martins de Siqueira  
Reitor

**APÊNDICE B - Carta de Autorização da Instituição B****Carta de autorização**

Alfenas, 17 de março de 2008.

Ilma Sra.  
Marlene Leite Godoy Vieira de Souza  
Coordenadora Geral de Graduação da Universidade José do Rosário Vellano

Eu, Fábio de Souza Terra, enfermeiro e professor da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) e aluno do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, estou realizando uma pesquisa intitulada "O trabalho dos docentes de Graduação em Enfermagem: identificação da ansiedade, depressão e auto-estima", com o objetivo de avaliar a presença de ansiedade, depressão e auto-estima dos docentes de Enfermagem desta Instituição.

Gostaria de contar com a sua autorização para o levantamento de dados e realização desta pesquisa nesta Instituição, e para abordagem aos docentes do curso de Enfermagem.

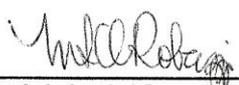
Esclareço que serão obedecidas as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo preservado o anonimato dos docentes bem como da Instituição. Estou atento para não interferir na dinâmica de trabalho e funcionamento da Instituição.

Desde já agradecemos a atenção dispensada ao pedido.

Atenciosamente,



  
Fábio de Souza Terra

  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi (Orientadora)

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Decreto 93.933 de 14/01/1987, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

**Prezado(a) Prof.(a)**

Venho convidá-lo(a) a participar, como voluntário da pesquisa denominada: **“Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades pública e privada”**. Meu nome é Fábio de Souza Terra, sou docente na Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) e aluno do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e responsável pela pesquisa.

Esta etapa do estudo tem por objetivo coletar informações sobre a presença de ansiedade, depressão e autoestima. Para tanto, preciso da sua colaboração, respondendo a quatro questionários, sendo um deles sobre dados pessoais, de seu trabalho e saúde, e os outros três sobre a presença de ansiedade, depressão, autoestima, cada um deles com, em média, 21 itens.

Não haverá benefícios diretos para você por participar da pesquisa, mas espero gerar conhecimentos novos para entender, prevenir ou aliviar possíveis problemas que poderão afetar o bem estar de outros docentes. Acredito, ainda, que os benefícios indiretos serão maiores que os riscos por estar participando da pesquisa, mas se você não quiser responder a qualquer pergunta dos questionários, não terá problema. Além disso, se sentir qualquer desconforto e precisar de ajuda, você poderá me falar e tentarei, juntos, buscar a melhor forma de enfrentar a situação. Vale lembrar que sua participação não acarretará custos financeiros. Ressalto, ainda, que os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa e não haverá identificação dos seus dados pessoais, pois todas as informações são confidenciais.

Em qualquer etapa do estudo, o Sr.(a) poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. É garantida a liberdade para que haja desistência da participação a qualquer momento e também o direito do Sr.(a) ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Caso concorde em participar, é preciso assinar este termo, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra do pesquisador.

Antecipadamente agradecemos.

\_\_\_\_\_  
Fábio de Souza Terra  
Autor da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi  
Orientadora da pesquisa

Eu \_\_\_\_\_  
Rg ou CPF: \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa, por livre e espontânea vontade, permitindo que as informações que prestarei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Declaro ter compreendido as informações oferecidas pelos pesquisadores, estando ciente dos objetivos e benefícios desta pesquisa. Concordo com a publicação dos dados que tenham relação com o estudo e aceito que os mesmos sejam inspecionados por pessoas autorizadas pelos pesquisadores. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas, que possuirei uma cópia desse documento e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo a minha pessoa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

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

**Contato:** E-mail: [fabioterra@usp.br](mailto:fabioterra@usp.br). Pelo telefone: (16) 3602-3421. No endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Campus da USP, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-SP.

## APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Para o juiz (Validação de Aparência)

(Decreto 93.933 de 14/01/1987, Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezada Professora,

Vimos solicitar sua participação no estudo **“Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidades pública e privada”**, cujo propósito é validar o instrumento (validação de aparência) constante no mesmo. Sua colaboração consiste em responder ao formulário (anexo), após análise do instrumento (anexo), cujo objetivo é analisar a facilidade de leitura, clareza e apresentação do mesmo (itens: aparência, pertinência e compreensão).

Esclarecemos que é assegurado total sigilo sobre sua identidade e que você tem o direito de deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazo e citações, desde a presente data. Caso concorde em participar, é preciso assinar esse termo, que está em duas vias, uma delas é sua e outra do pesquisador.

Antecipadamente, agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Doutorando Fábio de Souza Terra  
*Autor da pesquisa*

Profa. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi  
*Orientadora*

### **Contato:**

Fábio = email: fabioterra@usp.br      Telefone: (16) 9199-8669

Dra. Maria Lúcia = email: avrmlccr@eerp.usp.br      Telefone: (16) 3602-3421

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Campus da USP, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

### **Consentimento de participação:**

Eu \_\_\_\_\_ RG/CPF: \_\_\_\_\_  
abaixo assinado, concordo em participar do estudo: “O trabalho dos docentes de Enfermagem: situação do adoecimento dos profissionais em universidades pública e privada”, sob responsabilidade do pesquisador Fábio de Souza Terra, como sujeito voluntário(a).

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Assinatura

**APÊNDICE E - Questionário**

1) Sexo:

 Masculino  Feminino

2) Idade (em anos): \_\_\_\_\_

3) Crença religiosa:

 Católica  Testemunha de Jeová  
 Espirita  Ateu (sem religião)  
 Evangélica  Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

4) Estado civil:

 Casado(a)/Com companheiro(a)  Viúvo(a)  
 Solteiro(a)  Outra. Especificar: \_\_\_\_\_  
 Separado(a)

5) Renda familiar mensal: R\$ \_\_\_\_\_

6) Quantos filhos você tem? \_\_\_\_\_

7) Tipo de moradia:

 Casa própria  Casa alugada  
 Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

8) Formação universitária:

 Enfermagem  Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

8.1) Se você possui mais de um curso de graduação, especificar: \_\_\_\_\_

9) Qual é sua maior titulação?

 Graduação  Mestrado  Pós-doutorado  
 Especialização  Doutorado

10) Tempo de formado (graduação) (em anos): \_\_\_\_\_

10.1) Se você possui outro curso de graduação, qual o tempo de formado (em anos):

\_\_\_\_\_

11) Tempo de trabalho na docência (em anos): \_\_\_\_\_

12) Tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior (em anos): \_\_\_\_\_

13) Tipo de contrato de trabalho na Instituição de Ensino Superior:

- Estatutário (Regime Jurídico - concursado)  
 Contrato com tempo determinado (temporário - substituto)  
 Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)

14) Carga horária semanal de trabalho na Instituição (regime de trabalho):

- Integral (40 horas com dedicação exclusiva)  
 Integral (40 horas sem dedicação exclusiva)  
 Parcial (20 horas)  
 Horista. Quantidade de horas/aula semanais: \_\_\_\_\_

15) A Instituição de Ensino Superior em que você trabalha possui plano de carreira?

- Não  Sim

16) Além da atividade docente, você possui outro tipo de emprego (trabalho fixo)?

- Não  Sim

16.1) Se sim, qual a atividade que você desenvolve? \_\_\_\_\_  
qual a carga horária semanal dessa atividade? \_\_\_\_\_ (horas)

17) Com relação à prática de exercícios físicos, você se considera:

- sedentário  pratico diariamente  
 pratico raramente  atleta  
 pratico semanalmente  Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

18) Você é tabagista?

- Não  Sim

18.1) Se sim, quantos cigarros você consome por dia? \_\_\_\_\_

19) Você consome bebida alcoólica?

- Não  Sim

19.1) Se sim, qual a frequência do consumo?

- Utilizei bebida alcoólica no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana.  
 Utilizei bebida alcoólica semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês.  
 Utilizei bebida alcoólica diariamente durante o último mês.

20) Você possui alguma doença crônica?

( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

21) Você faz uso de medicamentos diários?

( ) Não ( ) Sim. Especificar: \_\_\_\_\_

22) No último ano, ocorreu(aram) algum(uns) evento(s) marcante(s) na sua vida?

( ) Não ( ) Sim

22.1) Se sim, o que ocorreu(aram)?:

( ) Perda (morte) de ente querido

( ) Separação do companheiro(a)

( ) Diagnóstico de doença em você

( ) Diagnóstico de doença em ente querido

( ) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

23) No último ano, ocorreu(aram) algum(uns) evento(s) marcante(s) na sua carreira de docência?

( ) Não ( ) Sim

23.1) Se sim, o que ocorreu(aram)?:

( ) Perda de emprego

( ) Perda / Alteração de cargo ou posição

( ) Redução salarial e/ou de carga horária

( ) Falta de reconhecimento profissional

( ) Acúmulo de responsabilidades / funções

( ) Conflito com colegas

( ) Conflito com alunos

( ) Conflito com chefia / coordenação

( ) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE F - Formulário de avaliação dos juízes (Validação de Aparência)

ITENS DO INSTRUMENTO	ITENS A SEREM AVALIADOS			SUGESTÃO
	APARÊNCIA *	PERTINÊNCIA **	COMPREENSÃO ***	
1) Sexo	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
2) Idade (em anos)	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
3) Crença religiosa	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
4) Estado civil	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
5) Renda familiar mensal	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
6) Você tem filhos?	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
7) Tipo de moradia	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
8) Formação superior	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
8.1) Se você possui mais de um curso de graduação, especificar	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
9) Qual é sua maior titulação?	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
10) Tempo de formado (graduação) (em anos)	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
11) Tempo de trabalho na docência (em anos)	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
12) Tempo de trabalho na atual Instituição de Ensino Superior (em anos)	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
13) Carga horária semanal de trabalho na Instituição	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	

14) Com relação a prática de exercícios físicos, você se considera	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
15) Você é tabagista?	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
15.1) Se sim, quantos cigarros você consome por dia?	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
16) Você consome bebida alcoólica?	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
16.1) Se sim, qual a frequência do consumo?	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
17) Você possui alguma doença crônica?	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
18) Você faz uso de medicamentos diários?	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
19) Você faltou no trabalho ou tirou licença médica devido a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão associada ou não a baixa autoestima?	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	
19.1) Se sim, com que frequência (em dias)?	( ) Adequado ( ) Inadequado	( ) Sim ( ) Não	( ) Adequado ( ) Inadequado	

**Critérios de avaliação:**

\* **Aparência** = o instrumento apresenta-se de forma didática e com boa apresentação/formato (boa aparência)?

\*\* **Pertinência** = os itens do instrumento estão com coerência ao tema investigado e permite alcançar o objetivo do instrumento?

\*\*\* **Compreensão** = os itens do instrumento possuem uma linguagem de fácil leitura e compreensão?

***ANEXOS***



## ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA  
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil  
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / 3602-4419 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 114/2008

Ribeirão Preto, 08 de maio de 2008

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 08 de maio de 2008.

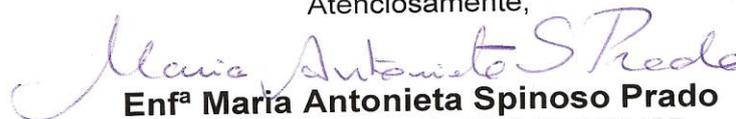
**Protocolo:** nº 0900/2008

**Projeto:** O TRABALHO DOS DOCENTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: IDENTIFICAÇÃO DA ANSIEDADE, DEPRESSÃO, AUTO-ESTIMA E OUTRAS ALTERAÇÕES À SAÚDE.

**Pesquisadores:** Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi  
Fábio de Souza Terra

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

  
**Enf<sup>a</sup> Maria Antonieta Spinoso Prado**  
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.  
**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi**  
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

## ANEXO B - Inventário de Ansiedade de Beck

Abaixo está uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado(a) por cada um dos sintomas durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "X" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

SINTOMAS	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
	<b><u>Absoluta-</u> <u>mente</u> <u>não</u></b>	<b><u>Levemente</u></b> Não me incomodou muito	<b><u>Moderada-</u> <u>mente</u></b> Foi muito desagradável mas pude suportar	<b><u>Grave-</u> <u>mente</u></b> dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio / inseguro(a)				
9. Aterrorizado(a)				
10. Nervoso(a)				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo(a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado(a)				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afoqueado (rubor facial)				
21. Suor (não devido ao calor)				

### ANEXO C - Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira como você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**.

Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha. Marque apenas uma afirmativa para cada grupo.

1. 0 = Não me sinto triste.  
1 = Eu me sinto triste.  
2 = Estou sempre triste e não consigo sair disto.  
3 = Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 = Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro.  
1 = Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro.  
2 = Acho que nada tenho a esperar.  
3 = Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 = Não me sinto um fracasso.  
1 = Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.  
2 = Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.  
3 = Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 = Tenho tanto prazer em tudo como antes.  
1 = Não sinto mais prazer nas coisas como antes.  
2 = Não encontro um prazer real em mais nada.  
3 = Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo.
5. 0 = Não me sinto especialmente culpado(a).  
1 = Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo.  
2 = Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo.  
3 = Eu me sinto sempre culpado(a).
6. 0 = Não acho que esteja sendo punido(a).  
1 = Acho que posso ser punido(a).  
2 = Creio que vou ser punido(a).  
3 = Acho que estou sendo punido(a).
7. 0 = Não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo(a).  
1 = Estou decepcionado(a) comigo mesmo(a).  
2 = Estou enojado(a) de mim.  
3 = Eu me odeio.

8. 0 = Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.  
1 = Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.  
2 = Eu me culpo sempre por minhas falhas.  
3 = Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 = Não tenho quaisquer idéias de me matar.  
1 = Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.  
2 = Gostaria de me matar.  
3 = Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 = Não choro mais do que o habitual.  
1 = Choro mais agora do que costumava.  
2 = Agora, choro o tempo todo.  
3 = Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.
11. 0 = Não sou mais irritado(a) agora do que já fui.  
1 = Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.  
2 = Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo.  
3 = Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.
12. 0 = Não perdi o interesse pelas outras pessoas.  
1 = Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas do que costumava estar.  
2 = Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.  
3 = Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.
13. 0 = Tomo decisões tão bem quanto antes.  
1 = Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.  
2 = Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.  
3 = Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
14. 0 = Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.  
1 = Estou preocupado(a) em estar parecendo velho(a) ou sem atrativo.  
2 = Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.  
3 = Acredito que pareço feio(a).
15. 0 = Posso trabalhar tão bem quanto antes.  
1 = É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.  
2 = Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.  
3 = Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
16. 0 = Consigo dormir tão bem como o habitual.  
1 = Não durmo tão bem como costumava.  
2 = Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.  
3 = Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. 0 = Não fico mais cansado(a) do que o habitual.  
1 = Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava.  
2 = Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa.  
3 = Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 = O meu apetite não está pior do que o habitual.  
1 = Meu apetite não é tão bom como costumava ser.  
2 = Meu apetite é muito pior agora.  
3 = Absolutamente não tenho mais apetite.
19. 0 = Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.  
1 = Perdi mais do que 2 quilos e meio.  
2 = Perdi mais do que 5 quilos.  
3 = Perdi mais do que 7 quilos.                      Estou tentando perder peso de propósito,  
comendo menos: ( ) Sim    ( ) Não
20. 0 = Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual.  
1 = Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.  
2 = Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.  
3 = Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 = Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.  
1 = Estou menos interessado(a) por sexo do que costumava.  
2 = Estou muito menos interessado(a) por sexo agora.  
3 = Perdi completamente o interesse por sexo.

### ANEXO D - Escala de Autoestima de Rosenberg

Neste questionário existem 10 afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e preencha cada item da lista cuidadosamente, marcando com um X nos espaços correspondentes a cada afirmativa. Marque apenas uma alternativa por afirmativa.

1- No conjunto, eu estou satisfeito comigo.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
2- Às vezes, eu acho que não presto para nada.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
3- Eu sinto que eu tenho várias boas qualidades.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
4- Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
5- Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
6- Eu, com certeza, me sinto inútil às vezes.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
7- Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos do mesmo nível que as outras pessoas.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1
8- Eu gostaria de poder ter mais respeito por mim mesmo.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
9- No geral, eu estou inclinado a sentir que sou um fracasso.	Concordo totalmente 1	Concordo 2	Discordo 3	Discordo totalmente 4
10- Eu tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.	Concordo totalmente 4	Concordo 3	Discordo 2	Discordo totalmente 1