

Depressão uma das principais causas de afastamento dos professores: dificuldades e conflitos encontrados na atuação docente

Ana Carla dos Santos Moreira¹
Vania Aparecida da Silva Figueiredo do Couto²
Mariany Gomes Brandolff³
Paloma Marcele Caffone Lima⁴
Giovana Rodrigues Dall Apria Scarsi⁵
Carolina Alves Ieda⁶

Resumo: Nos últimos anos as atividades profissionais na educação possuem novos paradigmas, estes muitas vezes tratando-se de violência e de sintomatologias depressivas. Esta pesquisa trata-se de uma pesquisa qualitativa baseada na entrevista com seis professores da em escola municipal do município brasileiro de Peixoto de Azevedo, no ano de 2018, os quais encontram-se ou já tiveram afastados de suas funções docentes com o diagnóstico de depressão. A investigação foi feita por meio de entrevista direta caracterizada como livre narrativa. Quanto aos resultados foi observado que quatro dos entrevistados disseram estar afastados por período inferior a três anos totalizando, portanto, um percentual de 50%. Observamos que todos tem conhecimento de o tipo de serviço psicossocial de atendimento ofertado pelo CAPS, contudo, os quatro entrevistados que procuraram esse tipo de serviço não se adaptaram ao tipo de terapia de grupo ofertado. Os entrevistados de modo geral têm resistência ao uso de medicamentos e todos os entrevistados afirmam que o médico recomenda acompanhamento com psicólogo, porém existe resistência dos indivíduos.

Palavras-chave: Depressão; Pesquisa Qualitativa; Saúde do Trabalhador.

Abstract: In recent years, professional activities in education have new paradigms, often dealing with violence and depressive symptoms. This research is a qualitative research based on the interview with six teachers from a municipal school in the Brazilian city of Peixoto de Azevedo, 2018, who are or have already been removed from their teaching functions with the diagnosis of depression. The investigation was made through direct interview characterized as free narrative. Regarding the results, it was observed that four of the interviewees said they were away for less than three years, thus totaling a percentage of 50%. We observed that everyone is aware of the type of psychosocial care service offered by CAPS, however, the four respondents who sought this type of service did not adapt to the type of group therapy offered. Respondents generally have resistance to drug use and all respondents say that the doctor recommends follow-up with psychologist, but there is resistance from individuals.

¹ Pós-graduada em Psicologia Jurídica e Avaliação Psicológica.

² Doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2017).

³ Pós-Graduada em Psicologia Organizacional pela UNIC.

⁴ Pós-graduada em Psicóloga Infantil.

⁵ Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Mato Grosso (2021).

⁶ Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMT.

Keywords: Depression; Qualitative research; Worker's health.

1. INTRODUÇÃO

No contexto da educação presenciamos vários tipos de mudanças relacionadas à atuação do professor em sala de aula, mudanças essas que contribuíram diretamente para uma maior complexidade da função docente, pois a cada dia são impostas aos educadores ações educativas que perpassam a sua formação de ensinar, uma vez que podem ser observados conflitos de natureza social que são representados dentro do espaço da sala de aula por meio da violência verbal e até mesmo física.

Diante desse novo contexto histórico onde ocorreram transformações culturais e sociais, o professor que anteriormente tinha o seu papel determinado para ser o mediador entre o conhecimento e o aluno (sujeito da aprendizagem e conteúdo a ser aprendido), se depara hoje com duplos papéis que acarretam diretamente uma sobrecarga, representada pela ampliação de suas responsabilidades e exigências em sala de aula.

Fazendo um paralelo de como esse profissional é capacitado durante o período de sua graduação, vamos confirmar que de fato a formação inicial o capacita dando bagagens teóricas e práticas denominadas de competências pedagógicas para atuar como docente, contudo, a formação não consegue dar suporte quanto a construção das habilidades sociais e emocionais para esse profissional lidar com os conflitos que irão enfrentar ao assumir a docência, esse excesso de compromisso e funções que são atribuídas aos professores é o que tornou a profissão de professor uma das mais estressantes, segundo Jennings & Greenberg, 2012., *em função disso, ampliam-se as responsabilidades e exigências sobre esse profissional, de modo que ele precisa apresentar, além das competências pedagógicas, habilidades sociais e emocionais.* Assim sendo, pensamos o quanto o tema Saúde do professor tem se tornando de grande relevância na área de pesquisas científicas e por isso, a escolha do tema em questão se deve ao grande número de professores do município de Peixoto de Azevedo, que estão afastados de suas funções docentes por apresentarem um quadro depressivo.

Deste modo, a profissão docente é considerada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como uma das mais estressantes, confirmando então, que devido as mudanças de cunho social e cultural, o ato de ensinar se tornou uma atividade desgastante, que repercute diretamente na Saúde desses profissionais, quando são evidenciados por meio do grande número de afastamento para tratamento de saúde física, mental e no desempenho profissional (Reis et al., 2006). Barros et al., 2007, destaca que as duas maiores incidências de afastamento

da função docente ocorrem em primeiro lugar pelos desgastes osteomusculares, representado pelos movimentos repetitivos e em segundo lugar das causas de afastamentos deve-se ao quadro de transtornos mentais, que inicialmente se apresentam com um sintoma de apatia pelo ambiente escolar e pelos alunos, e posteriormente, evoluindo para um quadro de estresse acentuado quando o professor já não mais consegue permanecer no ambiente sem manifestar irritabilidade, chegando a perder o entusiasmo pela profissão, com um quadro de desesperança e desânimo, sendo que em um estágio mais avançado juntando todos esses sintomas são apresentados quadros depressivos de vários graus, essas são as formas de adoecimento que têm sido identificadas em professores. Assim sendo, segundo Almeida Filho, et al., 1997 é preciso observar a ocorrência inicialmente os sintomas que podem ser apresentados em qualquer momento da vida do indivíduo, contudo, quando esses sintomas persistes por um longo período, é necessário procurar a assistência profissional, uma vez que a reincidência acarreta em sofrimento até chegar ao ponto em que o transtornou mental limite o indivíduo de exercer suas funções, chegando até mesmo a impossibilitá-lo da atividade laboral. Sendo destaca ainda que segundo um levantamento epidemiológico, cerca de 31% a 50% da população brasileira apresenta, durante a vida pelo menos um episódio de algum tipo de transtorno mental, e desses, cerca de 40% tem a necessidade de buscar ajuda profissional para tratar os sintomas do transtorno.

Nesse sentido, é importante destacar que independentemente do nível de ensino em que esse professor exerce sua função, conforme o caso dos sujeitos da pesquisa, os quais atuam desde a Educação Infantil, Séries Iniciais e Finais do Ensino Fundamental, Ensino Médio, e até mesmo no Nível Superior, portanto, não existe uma predominância específica no nível de ensino e instituição em que atue, então são atribuídos a diversos fatores como caracteriza (Neves & Silva, 2006)*podem ser causadas pelo intenso envolvimento emocional com os problemas dos alunos, a desvalorização social do trabalho, a falta de motivação para o trabalho, a exigência de qualificação do desempenho, as relações interpessoais insatisfatórias, as classes numerosas, a inexistência de tempo para descanso e lazer e a extensiva jornada de trabalho.*

Somados a todos esses fatores existem outras relações interpessoais que permeiam o espaço da escola, relação com os pais, com os colegas de trabalho, com a Gestão Escolar, que todas podem ser consideradas como fontes de estresse, tendo em vista que a função docente não se encerra no momento em que o professor cumpre o seu horário na docência, mais sim, são necessários outra carga horária para o preparo de materiais e conteúdo, sendo que existe ainda, a obrigatoriedade da participação no estudo de Formação Continuada, com o cumprimento de

uma carga horária, elaboração e execução de projetos de intervenção que são socializados junto ao grupo de professores.

Outro fator que também aparecem nas pesquisas e que se confirma por meio da fala do sujeito durante as entrevistas diz respeito à desvalorização social da profissão do docente, o que muitas vezes, culmina em desmotivação para exercer a função. Existe também a uma grande exigência do ponto de vista da qualificação profissional, pois a Gestão de modo geral, visa um bom desempenho do profissional e que terá um reflexo positivo apresentado pelos alunos, desconsiderando que as salas de aulas são numerosas e que muitas vezes dificulta diretamente a atuação desse profissional, sem contar que, uma grande maioria dos professores em virtude dos baixos salários, acabam exercendo uma carga horária semanal de sessenta horas, por uma questão de necessidade financeira, o que acarreta ainda mais o aumento do nível de estresse.

Segundo Dalgalarondo, 2008, p.294, que são vários os componentes que podem ocasionar o surgimento, a constituição e manifestação dos sintomas dos transtornos, cabe mencionar que devem ser destacadas as relações entre a história de vida do sujeito, eventos vitais, projetos existencial, fatores predisponentes caracterizados pela hereditariedade. Assim, é preciso observar atentamente como o indivíduo que apresenta um quadro depressivo articulou ao longo de sua vida o conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais, os quais podem ser determinantes para a ocorrência ou não de sintomas ou transtornos mentais. Deste modo, os sujeitos que fizeram parte da pesquisa podem ser representados por um único caso que representa uma predisposição biológica; e dois outros representados por frustrações que os acompanham desde a infância, como por exemplo, o fato de terem sido obrigados pelos pais a escolherem a profissão de professor; e outro dois casos de não conseguirem lidar com a pressão exigida pela profissão, a cobrança, somada a culpabilidade de não conseguirem alcançar cem por cento dos objetos propostos e impostos pela Gestão, o que gera por parte do próprio indivíduo a sensação de incapacidade profissional.

Apresentamos como objetivo de pesquisa verificar junto aos sujeitos quais as causas que contribuíram para que eles apresentassem um quadro depressivo, e conseqüentemente, gerasse um afastamento de suas atividades docentes, destacamos que segundo os entrevistados não existe um único fator, mais sim, são várias situações no ambiente da escola que vão contribuindo para a manifestação inicial de um estresse, passando por um momento de tristeza profunda relacionada ao ambiente, posteriormente a desmotivação para a função, a sensação de impotência, de incapacidade enquanto profissional, que culmina no momento em que o professor não mais consegue exercer a sua função.

Do ponto de vista psicopatológico, os quadros depressivos iniciam com a manifestação de sintomas como humor triste e desânimo (Del Pino, 2003), entretanto é preciso ficar atento pois essas características rapidamente apresentam uma multiplicidade de sintomas que vão desde o afetivo, instintivo e neurovegetativos, os quais podem evoluir para um quadro de depressão grave, apresentando sintomas psicóticos (delírios e/ou alucinações). Segundo os relatos nas entrevistas esse momento é representado quando o professor não mais consegue se imaginar indo para a escola, o simples ato de pensar, acarreta em tristeza, seguido de choro e uma fobia ao se deparar em frente à escola. Assim, sendo de modo geral, os entrevistados lutaram contra esse sentimento aversivo ao espaço escolar, e tentou por vários meses após a manifestação dos primeiros sintomas, continuar exercendo a função docente, contudo, chega o momento que eles denominam de “estopim”, ou de ‘disparar o gatilho’, e literalmente não mais conseguindo controlar as suas ações, abandonam a sala de aula e vão em busca de ajuda médica., mais já apresentando um quadro de depressão de grau médio e ou grave, falamos de uma busca de ajuda tardia, quando a doença já está bem evoluída.

2. METODO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, baseado na entrevista com seis professores da Unidade Escolar Municipal “Dom Hélder Câmara”., lotados na Secretaria Municipal de Educação de Peixoto de Azevedo, no ano de 2018, os quais encontram-se ou já tiveram afastados de suas funções docentes com o diagnóstico de depressão.

A investigação foi feita por meio de entrevista direta caracterizada como livre narrativa, onde os sujeitos puderam discorrer sobre quais sintomas apresentaram no momento do afastamento, bem como, o que os levou a recorrer ao atendimento médico Psiquiátrico, e segundo as opiniões dos entrevistados quais foram às causas determinantes dentro do contexto da escola para apresentarem um quadro depressivo que em sua maioria, vem acompanhado de fobia ao ambiente da/na escola.

Procuramos então conceituar depressão e os seus níveis de acordo com o DSM-5 e o CD-10, bem como, relacionando com o diagnóstico CID recebido pelos professores (as) durante as consultas com o médico que fez o atendimento e consequentemente, solicitou o seu afastamento de suas funções. A depressão é considerada pelos pesquisadores da área de saúde como um dos transtornos mais comuns apresentada pela população de modo geral, e que acomete de maneira mais acentuada profissionais que atuam em profissões com alto nível de estresse, como no caso

dos professores, pode então ser definida como um Transtorno Mental relacionado ao trabalho docente determinado pelo tempo de atuação, pelos conflitos interpessoais vivenciados nos vários ambientes da/na escola, e não necessariamente, apenas na sala de aula.

Assim através das entrevistas realizadas é possível captar e compreender a dor e o sofrimento pessoal vivenciado pelos professores com um quadro emocional depressivo. Relatam que inicialmente não sabiam a quem buscar ajuda e recorreriam em um primeiro momento ao médico clínico geral, contudo, ao perceberem que os medicamentos indicados não faziam mais efeito, recorreriam a outros profissionais que além da orientação para o tratamento medicamentoso, destacam também a importância de paralelo ao uso de medicamentos o tratamento por meio da terapia, contudo, o que observamos é uma resistência muito grande por parte dos professores 66,7% dos entrevistados não fazem o acompanhamento psicoterápico, sendo que 100% deles justificam que não se adaptaram ao tipo de tratamento ofertado pelo CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), e se esbarram na dificuldade de encontrar na cidade um profissional em quem confiem, e dois deles alegam que não acreditam que esse tipo de tratamento pode ajudá-los a diminuir os sintomas da depressão.

As variáveis registradas e consideradas como dados para a pesquisa foram: sexo, idade, escolaridade, quantidade tempo atua na educação na função de professor, séries que atuava e/ou atua, sintomas apresentados no momento que procurou atendimento médico, motivação para a escolha da profissão de professor, motivos que os levaram a apresentar um quadro depressivo, tempo de tratamento, tempo de afastamento e se sente vontade de retornar as atividades docentes. Após a transcrição e análise das entrevistas, respeitando o preceito da ética para preservar a identidade dos profissionais escolhemos denominar os sujeitos de acordo com a numeração em que as entrevistas aconteceram: entrevistado um, dois, três, quatro, cinco, seis, sete e oito.

Os episódios depressivos são classificados segundo CID – 10 em leve, moderado ou grave, dependendo da intensidade e do número e da importância clínica que é dada aos sintomas. Citamos como exemplo se o paciente ao longo de toda a vida manifestar mais de um episódio depressivo, que não tenha sido intercalado por nenhum outro episódio com características maníacas ou hipomaníacas, é dado então um diagnóstico de transtorno depressivo decorrente. E os níveis de depressão apresentados segundo o diagnóstico médico foram categorizados em tabelas de acordo com o CID-10. Foram considerados diagnósticos referentes à depressão os que fizeram parte das categorias F32 (episódios depressivos), F33 (transtorno depressivo recorrente) da CID 10, associados com quadros fóbicos, síndromes obsessiva-compulsivas.

Sendo que tínhamos um total de oito sujeitos de pesquisa, dois deles não conseguiram participar da entrevista, pois apresentaram uma crise de choro compulsivo, ficamos então com um total de seis sujeitos, os quais autorizaram prontamente participar do estudo em questão, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do participante, bem como da garantia do seu anonimato e o sigilo de dados confidenciais.

3. RESULTADO E DISCUSSÕES

A maioria dos sujeitos pertence ao sexo feminino (66,7%) e possui curso superior e pós-graduação em nível de strictu - senso (100%). Para melhor análise dos dados, o tempo de atuação profissional na função de professor foi categorizado em grupos de cinco, dez, vinte e vinte e cinco anos, no qual tivemos os seguintes resultados (50%) atua há mais de vinte anos (20) anos; (33,3%) atua há mais de quinze (15) anos; (16,7%) atua há mais de vinte e cinco (25) anos.

Quanto ao tempo de afastamento por apresentar um quadro depressivo, obtivemos os seguintes resultados: quatro dos entrevistados disseram estar afastados por período inferior a três anos totalizando, portanto, um percentual de (50%), sendo que dois disseram que estão afastados há mais de cinco anos (33,7%) e um deles disse que ficou afastado por um período inferior a três anos (16,7%).

Assim, é importante destacarmos que segundo dados do DSM-5, são apresentados seis tipos de transtornos depressivos: transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância medicamentosa, transtorno depressivo devido a outro diagnóstico médico, transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado, podendo ainda, apresentar juntamente com o quadro depressivo, o transtorno bipolar e transtornos relacionados, onde a pessoa acometida apresenta um quadro de humor triste, vazio ou irritabilidade, acompanhados de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo, o que o diferencia dos demais é o tempo de duração dos sintomas, citamos como exemplo o caso do entrevistado 3, onde afirma que às vezes sai de casa perde a noção de tempo cronológico e geográfica e não consegue retornar para casa sozinho, precisa esperar um tempo para recobrar a consciência para lembrar onde mora.[...] *“as vezes, eu saio e me perco, venho aquele passamento, e sinto vergonha de perguntar para pessoas se elas me conhecem para perguntar onde eu moro, espero passar um*

tempo, e por vezes, minha esposa já está a minha procura, até que recobro a consciência e me lembro, ainda bem, que eu não sou violento.... o depressivo não vê futuro... Não vê mudanças...". Associado a esta manifestação de perda da noção temporal e espacial, denominada pelo paciente como “espaçamento” o entrevistado em questão apresenta um quadro fóbico e de TOC, Transtorno Obsessivo Compulsivo por compras o que o levou a um processo de interdição judicial: *“Depois veio a depressão a fobia, não conseguia tomar banho, comer, veio uma compulsão de comprar, e acabei com tudo que nós tínhamos, trocava de carro até duas vezes por semana, cheguei até mesmo a vender a casa onde moramos, e foi então, que minha esposa entrou com um pedido de interdição judicial e o juiz mandou tomar o meu cartão, meu cheque, minha conta bancária, a minha carteira de habilitação: neste momento eu não sou cidadão, estou interditado, neste momento eu tenho consciência de que sou imprevisível”.*

O entrevistado diz ainda, que está controlado porque está medicamentado, é como se vivesse em um estado vegetativo, não tem nenhum tipo de sentimento, não consegue chorar, sorrir, enfim, está controlado pela medicação que o impede de manifestar qualquer tipo de sentimento. *“Desde o dia que aconteceu o gatilho, lá na sala de reunião, ele está até hoje engatilhado, é como se ele a qualquer momento possa disparar, passo por momento mais alto, mais baixo, mais ele é contínuo, a medicação ajuda a diminuir essa sensação, mais não acaba. Lembro que no começo eu passava até quinze dias sem sessar, depois vinha a euforia, saía comprando tudo, pois quando eu estou em um quadro de euforia eu sinto que posso tudo, e vivo num mundo de fantasia, esse comportamento pode durar uma semana, mais a depressão o quadro de tristeza e melancolia vem em certos momentos do dia. As vezes, passo uns dois dias deprimido e um dois dias com euforia e aí eu saio na rua com essa necessidade de comprar, faço uma manobra, eu vou fazer uma proposta de compra, quando eu faço uma negociação eu sinto que a negociação me dá um poder, faço uma comparação com o psicopata que tem o prazer em matar, eu tenho o prazer e sinto poder e felicidade ao comprar, saio daqui da cidade e vou para Sinop, entro nas caminhonetes e faço um teste-drive e acredito que vou comprar”.*

Segundo as análises feitas podemos dividir e/ou categorizar os entrevistados em três grupos: o primeiro apresenta um quadro depressivo com fobia ao espaço da/na escola; o segundo grupo apresenta um quadro depressivo com TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo), sendo que dois deles voltados para compras e um deles voltados para acumulação de objetos e o terceiro grupo quadro depressivo com compulsividade para a automutilação e suicídio.

Quando questionamos sobre os fatores dentro do ambiente da escola que os levaram a apresentar esse quadro depressivo, existe uma unanimidade onde 100% dos entrevistados acreditam que não se deve a único fator, mais sim, a desencadeamento de vários fatores, destacamos dentre um dos principais citados por todos os sujeitos os conflitos das relações

interpessoais no ambiente de trabalho, relações estas representadas inicialmente pelos grupos de colegas professores, posteriormente, pela equipe gestora e em último momento. Assim, segundo Souza 2008, *sabe-se que ter professores deprimidos em sala de aula pode comprometer a relação do professor com os alunos, com os gestores e com a própria instituição de ensino.*

Também foram citados fatos externos ao ambiente da escola, ou seja, fatores sociais e a convivência com os alunos no ambiente sala de aula, assim a hipótese levantada inicialmente foi confirmada, pois (100%) dos entrevistados atribui como um dos fatores para desencadear os sintomas do quadro depressivo a indisciplina apresentada pelos alunos em sala de aula, sendo que dos entrevistados dois dos entrevistados afirmam que só começaram a perceber que estavam doentes quando entravam em sala de aula e já não mais conseguiam desenvolver o seu trabalho, desmotivado, gritando muito com os alunos em sala de aula, e se sentiam muito mal só de pensar em vir para a escola, apresentando um quadro de desmotivação, medo e choro ao se aproximarem da escola.

É importante considerar que a depressão pode ser tanto uma patologia específica com diagnóstico próprio como também pode estar associada a outras patologias de caracteres mais graves e de tratamentos mais complexos, como, por exemplo, a Síndrome de Burnout, que corresponde ao estresse diretamente relacionado e causado pela atividade laboral de profissionais que trabalham diretamente com pessoas (Carlotto, 2002; Carlotto, 2010).

Entrevistado 2: *“Lembro como se fosse hoje, é muito forte esse momento [...] pausa, com choro breve.. Acho que foi o auge da crise, foi quando ela explodiu, era uma turma muito difícil de alfabetização, tinha vinte e três alunos e havia muita cobrança por parte da Gestão, eu não conseguia alcançar meus objetivos[...]pausa... e choro acentuado. Tudo me incomodava [...] eu gritava demais na sala... tudo me incomodava, o barulho por menor que fosse, me incomodava, durante o recreio, não conseguia ficar no pátio, pois tudo me incomodava...tudo me incomodava. Até o momento que percebi que não conseguia mais agüentar, as crianças, a cobrança da Direção, da coordenação, dos pais. Foi então que resolvi buscar a ajuda dos pais daqueles alunos que não conseguiam avançar, que não conseguiam ler, mais eu não recebi ajuda, eles diziam que era daquele jeito mesmo, que não tinha o que fazer, eu não recebi ajuda dos pais, e não tinha o que fazer, eu chorava, chorava muito e não conseguia entrar na sala, ficava muito nervosa. Eu me sentia culpada de os alunos não aprenderem, pedia socorro para*

a Coordenação e não tinha nenhum retorno, pedia ajuda dos pais e eles não estavam preocupados”. Nesse relato confirmamos o que Dalgalarondo, 2008 descreve enquanto sintomas afetivos apresentados em um paciente com quadro depressivo: *Tristeza, sentimento de melancolia, choro fácil/ou frequente, apatia (indiferença afetiva); sentimento de falta de sentimento, sentimento de tédio, de aborrecimento crônico, irritabilidade aumentada (a ruídos, pessoas, vozes, etc.), angústia ou ansiedade, desespero, desesperança, dificuldade de tomar decisões.*

Entrevistado 6: *Eu chorava, nos finais de semana eu passava bem, mais quando chegava no domingo eu já passava mal, eu chegava perto da escola e já passava mal, quando eu percebi que eu não estava bem, e já não mais conseguia suportar os meus alunos, eu percebi que precisava de ajuda, pois eu trabalhava com duas turmas de pré-escolar, aí eu percebi que precisava de ajuda*”. Destacamos que a hipótese levantadas na pesquisa sobre os conflitos apresentados nas relações interpessoais no ambiente de trabalho do professor, relações estas que refere-se a Gestão (Coordenação e Direção) e demais colegas, foi confirmada, pois (100%) dos entrevistados afirmam tinham de dificuldade em enfrentar os colegas, dialogar com os mesmos, ou ouvir o que conversavam na sala de professores, tudo era motivo para irritação, e quando presenciavam algum grupo sorrindo é como se estivessem sorrindo deles.

Entrevistado 1: *“Na verdade eu queria só ajuda, porque sentia uma tristeza, sentimento de impotência. Demorei procurar ajuda, esperei ter crises de desmaio (silêncio longo, choro acentuado), esperei sentir medo de entrar na sala de aula. Tinha a sensação que teria algum tipo de crise”*. **Entrevistada 2:** *“Pedia socorro para a Coordenação e não tinha nenhum retorno, pedia ajuda dos pais e eles não estavam preocupados”*. **Entrevistado 3:** *“Mesmo afastado, a Secretaria Municipal de Educação pediu para eu cumprir horário lá, eu ficava uma meia hora lá e ia embora, fugia de lá. Foi quando um professor ficou doente e me mandaram para a escola São Pedro eu entrei na sala e o barulho das crianças foi entrando na minha cabeça, saí, tranquei a porta por fora, fui até a Coordenação, entreguei a chave e disse vai lá cuidar daqueles meninos porque eu não consigo”*. **Entrevistado 4:** *“Na escola eu sentia que as pessoas, a Direção queria me punir por eu estar doente, parece que quando você adoece as pessoas querem te punir, pois quando fui levar o atestado para a escola, a Diretora não me ajudou e em nada, ao contrario senti como se ela quisesse me punir, e eu acho que ela foi um dos motivos de eu cair em depressão, pois ela me perturbava, me ligava[...]*” **Entrevistado 5:** *“Não tinha vontade de ir para a escola, tinha reticência com os colegas de trabalho, me irritava com tudo, faltava muito as aulas, colocava substituto, foi então que percebi que tinha algo de errado, na sala de aula ficava extremamente irritado”*. **Entrevistado 6:** *“A Diretora*

negava tudo que eu pedia, aí eu discutia feio com ela, pedia material, e ela não comprava, o material de todo mundo chegava, e o meu não chegava, vivi isso do início do ano até quase setembro eu aguentei, foi quando eu estava com seis meses de gestação, tive que sair de licença médica, porque não aguentava mais, as pessoas diziam que era porque estava grávida, mais tudo era negado e eu comecei a interiorizar que era só porque era para mim, que eu não merecia, que não era uma boa professora”.

É importante observarmos que inicialmente os professores ao apresentarem alguns sintomas característicos da depressão não procuram inicialmente o atendimento médico especializado, e, portanto, o diagnóstico tardio dificulta ainda mais o tratamento, sendo que mesmo depois de diagnosticados quatro dos entrevistados não aceitam o tratamento medicamentoso, representando um percentual de (66,7%), sendo que três desses iniciaram o tratamento com medicamentos e abandonaram pelo medo da dependência, e um deles, nunca chegou a aceitar os medicamentos, afirmando que toma apenas o remédio para dormir, por apresentar insônia constante:

Entrevistado 4: *“eu fui trabalhando dentro de mim, para que eu preciso desses remédios, o médico que eu estou indo Psiquiatra ele não gosta de receitar medicamentos de taxas pretas, “ele foi fazendo o desmame”, e foi retirando a medicação aos poucos, ficaram dois e depois eu parei por conta”.***Entrevistado 5:** *“Cheguei a usar alguns medicamentos, mais eu desobedeço o médico e só uso em último caso quando eu não consigo dormir, e o meu tratamento vai mais ou menos por aí”.***Entrevistada 6:** *“Eu nunca aceitei ou quis tomar nenhum tipo de medicamento, pois acompanhei o processo de depressão de duas amigas e não queria aquilo para mim, pois os meus filhos dependiam de mim, lembrei do que a minha Psiquiatra disse, que para eu melhorar quando eu comesse a fazer o que gosta”.*

Observamos que todos tem conhecimento de o tipo de serviço psicossocial de atendimento ofertado pelo CAPS, contudo, os quatro entrevistados que procuraram esse tipo de serviço não se adaptaram ao tipo de terapia de grupo ofertado, e, portanto, desistiram do tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde – SUS, e procuraram atendimento particular. Destacando, que esses quatro entrevistados não foram diretamente a um profissional que trata da Saúde Mental, passaram inicialmente pela consulta com o Clínico Geral, e ficaram testando alguns tipos de medicamentos, quando observado pelo médico e pacientes que a medicação prescrita já não mais surtia efeito no sentido de amenizar os sintomas, foram orientados a procurarem um médico Psiquiatra, sendo que somente dois dos entrevistados, não cogitou em nenhum momento procurar o atendimento pelo SUS, via CAPS e recorreram diretamente a um médico particular.

Entrevistado 3: *“inicie o tratamento no CAPS, mais não quis fazer a terapia, falei para o Psicólogo que não ia fazer chinelos, foi então que me disseram que era par eu ir apenas no médico do postinho, pegar as receitas e continuar o tratamento”.* **Entrevistado 6:** *“não confiava e não queria fazer tratamento naquele lugar, o tratamento do CAPS, um dia acompanhei uma amiga em terapia de grupo do CAPS, e percebi que aquele ambiente não era para mim e que não queria aquilo”.*

Uma das entrevistadas foi levada pelos familiares para o estado do Paraná, e lá foi submetida a uma internação por um período de seis meses, naquele a legislação ainda permitia as internações compulsórias. **Entrevistada 4:** *“tenho mágoa dos meus familiares, porque ninguém queria cuidar de mim, nem meu esposo, nem minha família, quando eu fui para o Sul, ninguém tinha tempo de cuidar de mim, aí me internaram no CAPS, por um período de seis meses, até que a Psicóloga foi resgatando a minha mente, eu pensei nos meus filhos, entreguei eles para a minha irmã, e ela entrou na justiça para pegar a guarda definitiva deles, quiseram tomar meus filhos de mim[choro, emoção], me levaram na promotoria alegando que eu não tinha condições mentais para cuidar dos meus filhos, e eu recorri, um dia o meu filho me ligou dizendo que não podia entrar dentro de casa, porque a tia não deixava, controlava a alimentação e quando eu ouvi o choro do meu filho do outro lado do telefone, tive uma crise e tive que ir para reanimação e o meu filho passou por um dificuldades, maltratados pela tia. Foi quando eu recobrei a consciência depois de um surto, me senti mal. Durante essa minha internação presenciei algumas coisas muito ruins, mais olhava aquelas pessoas em surto e resolvi que eu não podia ficar daquele jeito, tentava ajudar as outras pessoas, porque aquele lugar ali não era bom. Na minha internação o tinha um rapaz jovem, bonito, um militar, que achava que tinha um chip instalado na cabeça, e aí eu pensava, tem alguns casos que não vai ter jeito, que não vai conseguir melhorar, mais eu vou”.*

Anteriormente eram permitidas as internações compulsórias em pacientes em surtos, ora porque a família não estava preparada para cuidar desse familiar em processo de surto, ora porque o próprio Sistema de Saúde orientava para que os casos extremos de surto com agressão contra si próprio e contra outra pessoa deveriam ser contidos e encaminhados para internação até que o paciente apresentasse uma melhora significativa. Em 2001 o Congresso aprovou a Lei 10.216, que determinava ao Estado a responsabilidade de consolidar uma mudança do sistema assistencial para garantir o acesso de todos a um tratamento mais resolutivo e menos excludente. Em 2002 as portarias 336 e 189 do Ministério da Saúde regulamentaram e atualizaram as normas de funcionamento dos CAPS, além de destinar recursos financeiros para eles. Com o surgimento dos CAPS demonstrou a possibilidade de construção de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. Portanto, os CAPS foram criados para *organizar a rede municipal de atenção a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes*.

Nos CAPS são serviços de *saúde mental* abertos e comunitários que oferecem atendimento diário individualizado e acompanhamento clínico visando a reinserção de pessoas portadoras de transtornos mentais. Os CAPS são divididos por territórios e responsáveis por uma população adscrita, ou seja, cada serviço abrange uma determinada região que é seu território. Isso faz com que seus profissionais tenham que estar diretamente envolvidos com as questões sociais da comunidade.

Nos CAPS são oferecidos diversos tipos de atividades terapêuticas, como psicoterapia individual ou de grupo, orientação e acompanhamento do uso de medicação, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias além de atendimento domiciliar e aos familiares. As oficinas podem ser variadas, dependendo da necessidade da clientela, desde esporte ao artesanato. A Meta do Ministério da Saúde é a existência de um CAPS para cada 100 mil habitantes.

Tabela 1. – Evolução do número de CAPS no decorrer dos anos

Ano/Época	Nº de CAPS
Final da década de 80	6
Década de 90	179
2002 (portaria 336)	424
2007	1173+

As equipes dos CAPS são formadas por vários profissionais de nível superior, como por exemplo, psiquiatras, psicólogos e enfermeiros, profissionais de nível médio como auxiliares para suporte em limpeza, cozinha e segurança patrimonial. O Imóvel deve ter estilo residencial, estar localizado em uma área de fácil acesso à população e contar com um ambiente que favoreça o acolhimento e a hospitalidade. O usuário deve ser estimulado a ver o CAPS como um território livre e fácil de ser acessado. Os conceitos primordiais do serviço são o acesso universal e o acolhimento. Outro conceito fundamental é o acompanhamento. Os CAPS tem a responsabilidade de dar continuidade ao cuidado do paciente, mesmo que ele não permaneça no serviço.

O atendimento é sempre individualizado, de acordo com as necessidades do usuário. Os CAPS funcionam pelo menos durante os cinco dias úteis da semana, o funcionamento nos finais de semana depende dos tipos de serviço prestados. Podem fornecer remédios e assessorar usuários e seus familiares quanto a sua aquisição e administração, essa prática ocorre tanto nos grupos

de medicação quanto individualmente. São divididos de acordo com o tamanho da população atendida e o Público Alvo, conforme tabela em anexo, que tem como fonte:

Tabela 2 – Divisão de CAPS por tamanho

Tipo	Tamanho
CAPS I	Entre 20 e 70 mil habitantes
CAPS II	Entre 70 e 200 mil habitantes
CAPS III	Acima de 200 mil habitantes

Fonte: o site Psicologado.com.

Tabela 3 – Divisão de CAPS por público alvo

Tipo	Público alvo
CAPSI	Infância e Adolescentes
CAPSad	Usuários de Álcool e outras drogas

A característica mais distintiva do **CAPS III** é possuir leitos que permitem a hospitalidade noturna, funcionando em tempo integral tendo, portanto, capacidade para acolher situações de maior dificuldade. Funcionam 24 horas por dia, 7 dias por semana, o que exige uma equipe mais que nos demais tipos de **CAPS**. A título de informação, destacamos que o conceito de *População Adscrita*: É a população residente na área de atuação de uma Equipe de Saúde da Família ou serviço de saúde. Estando adscrita às áreas, cabe à equipe ou ao serviço a constituição de um vínculo entre o sistema e essa população, de forma a permitir o cultivo da responsabilização dessas por parte dos profissionais de saúde. Falamos então de casos específicos de professores que se afastaram do trabalho por um determinado período em decorrência de apresentarem quadro depressivo devidamente diagnosticado, que os impossibilitou de exercer a profissão por períodos de tempo que variaram de seis meses a sete anos.

Verificaram-se casos de professores que tiraram várias licenças seguidas de 30 dias, em alguns casos totalizando cerca de um ano e seis meses de afastamento do trabalho. Segundo Solomon, Peres, 2002, “*os sintomas depressivos também são encontrados em outros tipos de transtornos mentais, só que predominantemente associados a outros sintomas*”.

Assim quando questionados sobre quais fatores que os levaram a apresentar um quadro depressivo, observamos que não caracteriza um único fator, mais sim, uma série de fatores que compõem a organização do trabalho do trabalho docente, conflitos nas relações interpessoais

relacionadas à Gestão e a convivência com seus pares, conflitos que permeiam a relação com pais de alunos, conflitos na relação com os alunos em sala de aula e demais conflitos que apesar de acontecerem fora do contexto da escola, interferem diretamente como fatores que afetam a saúde mental do professor, ou seja, acúmulo de carga horária, anos de atividade docente em sala de aula, ambiente de trabalho hostil e inadequado, violência crescente em sala de aula, falta de reconhecimento da profissão por parte da sociedade, salários baixos e excesso de cobranças por parte dos gestores (Gomes e Brito, 2006).

Entrevistado 5: *“Eu não diria que é um único fator que me levou a ter essa doença, mais uma série de fatores somados, que desencadeou, e hoje, sinceramente eu não sinto vontade de voltar para a sala de aula, pois se eu voltar, eu vou estar igual a antes, contrariado e sem vontade de estar em sala de aula e isso me deixa mal, voltar para empurrar com a barriga, isso para mim é inaceitável, eu me cobro muito”.*

Outro fator que é apresentado pelos pesquisadores que estudam os transtornos mentais, diz respeito a questão da hereditariedade, onde o indivíduo que já tem no seu traço genético uma tendência para desenvolver a doença, no caso da pesquisa em questão observamos que tivemos um percentual de (16,7%) onde um dos sujeitos apresenta em sua resposta que já traz no DNA essa probabilidade, pois o pai há bem, pouco tempo atrás apresentou um quadro depressivo e que foi se agravando até chegar à óbito.

Entrevistado 5: *“eu gostava muito do meu pai, todas as coisas que eu achava de errado dele, acabei repetindo, mais eu gostava muito, muito, muito, mais ele teve uma depressão e desistiu de viver, morreu muito cedo, porque ele não queria mais viver, eu nunca consegui superar a dor dessa perda, as feridas ainda estão abertas”.* Segundo (Medeiros e Furtado, 2004)., existe uma probabilidade que na maioria dos casos de depressão ser atribuído a uma herança cultural e de vivências emocionais, adquiridas nos espaços familiares onde o indivíduo convive, portanto, durante o período de seu amadurecimento mental, ele traz para si questões vivenciadas anteriormente, o que pode ser considerado como um fator determinante para o desenvolvimento de um quadro depressivo na vida adulta.

Tabela 4 - Indicação da predominância por gênero

SEXO	TOTAL	PERCENTUAL
Feminino	4	67,7%
Masculino	2	32,3%
Total Geral:	6	100%

Observamos então que a maior incidência da depressão ocorre nas mulheres, corroborando então com estudos que apontam que a maior incidência de quadro depressivo ocorre com as mulheres, no caso da pesquisa temos um percentual de (67,7%) de mulheres afastadas por depressão, e (32,3%) para os homens.

4. CONCLUSÃO

Temos então como resultados deste estudo que os professores entrevistados, ficaram afastados de suas funções docentes por apresentarem um quadro de episódio depressivo, esses afastamentos tiveram um período mínimo de um ano, sendo que apenas um dos entrevistados não apresentou reincidências, ou seja, 16,7%., assim segundo os dados 83,3% dos entrevistados já apresentaram pelo menos dois episódios depressivos que os impossibilitaram de atuar na função docente por um período de pelo menos uma ano. Assim sendo, após passar por tratamento medicamentoso, são avaliados e aqueles que são considerados aptos a voltarem para a sala de aula retornam às suas funções docentes, e os demais passam por um processo de readaptação onde são realocados em outros setores da escola, caracterizando um processo adaptativo denominado desvio de função, sendo que dos entrevistados apenas dois não conseguiram retornar para sala de aula 33,3%, dos quatro que retornaram para suas funções docentes um deles, representando um percentual de 16,7% teve três crises depressivas dentro da sala de aula num período de exercício de seis meses do retorno.

Observamos também que os entrevistados de modo geral têm resistência ao uso de medicamentos onde 83,3% afirmam não seguir a prescrição médica que recomenda o uso contínuo remédios para diminuir os sintomas do quadro depressivo. Bem como, 100% dos entrevistados afirmam que o médico Psiquiatra recomenda como um processo complementar ao tratamento, que os mesmos façam o acompanhamento com o Psicólogo, para auxiliá-los na melhoria da qualidade de vida, diminuir os sintomas e se compreenderem nesse processo de tratamento, porém, apenas um dos entrevistados iniciou o processo de tratamento Psicoterapêutico por volta de um mês. Existe uma resistência quanto ao processo terapêutico, sendo que um dos entrevistados afirma que não acreditam que um Psicólogo poderá ajuda-lo, dois outros atribuem à falta desse profissional na cidade em que residem e outros dois disseram que pretendem fazer o tratamento psicoterápico para aliviar um pouco os sintomas da depressão. Ressaltamos ainda, que cinco dos entrevistados tentaram fazer o acompanhamento via Rede

Pública de Saúde e não se adaptaram ao tipo de atendimento e desistiram de serem acompanhados pelo CAPS.

Segundo Barlow, 2016., atualmente existem vários estudos comprovam que a depressão é um dos transtornos mentais mais comuns, e seus sintomas causam dor e muito sofrimento pessoal para quem é acometido por esse transtorno. Dados também confirmam que a maioria das pessoas com depressão não recebem nenhum tipo de ajuda profissional, e quando procuram existe uma carência quanto ao atendimento, sendo que essas pessoas se sentem muitas vezes inibidas ao procurar ajuda, pois a sociedade de modo geral, acaba criando um estigma social devido à falta de informações referente à doença. Sendo que ele destaca a importância da psicoterapia para auxiliar no tratamento, pois comprovadamente existe a eficácia de o quanto o processo terapêutico pode auxiliar o paciente durante o tratamento, enfatiza que a mais recomendada é a Terapia Cognitiva, uma vez que conseguiram confirmar por meio de pesquisas que a eficácia se equipara ao uso medicamentos, assim, se o paciente conciliar o tratamento medicamento com o atendimento psicoterápico terá maior probabilidade de amenizar os sintomas ocasionados pelo episódio depressivo, e conseqüentemente, terá melhor qualidade de vida.

Diante da realidade apresentada na pesquisa em questão, acreditamos que faz-se necessário um olhar diferenciado e voltado para a categoria docente, por parte de gestores e dos demais dirigentes da educação, onde a saúde mental da classe trabalhadora docente deveria ser uma das prioridades das políticas públicas para assegurarem um acompanhamento e atendimento preventivo, o que certamente diminuiria o índice de afastamento de professores e conseqüentemente, diminuiria também os custos destinados aos pagamentos desses profissionais da sala de aula.

REFERÊNCIA

- Andrade, L.H.S.G., Viana, M.C. & Silveira, C. M. (2006). **Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher**. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 43-54. (doi:10.1590/S0101-60832006000200003).
- Aros, M.S. & Yoshida, E.M.P. (1999). Estudo da depressão: **Instrumentos da avaliação e gênero**. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 61-76.
- Aros, M.S. (2008). **Produção científica sobre depressão: Análises de resumos (2004-2007)**. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. & Nolen- Hoeksema, S. (2002). **Introdução à psicologia de Hildgard** (13ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Barlow, David H. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. Tratamento passo a passo.** Porto Alegre. Artmed, 2016.

Batista, J.B.V., Carlotto, M.S., Coutinho, A.S. & Augusto, L.G.S.(2009). **Saúde do professor do ensino fundamental: uma análise de gênero.** *Cadernos de Saúde Coletiva*, 17(3), 657-674.

Brito, J. (1999). **Projeto integrado de pesquisa: A escola pública: uma análise das dimensões de gênero, saúde e trabalho.** Rio de Janeiro: CESTEH/FIOCRUZ.

Carlotto, M.S. (2002). **A Síndrome de Burnout e o trabalho docente.** *Revista Psicologia em Estudo*, 7(1), 21-29. (doi:10.1590/S1413-73722002000100005).

Carlotto, M.S. (2010). **Síndrome de Burnout: O estresse ocupacional do professor.** Canoas: Editora ULBRA.

Cordioli, Aristides Volpato. **Psicoterapias. Abordagens atuais.** Porto Alegre. Artmed, 2008.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre. Artmed, 1993.

Duarte, D.V.T. (2010). **Impacto social da depressão e suas repercussões no trabalho.** *Revista Eficaz* [Online] <[http:// www.faculdadeeficaz.com.br/revistacientificaeficaz/artigo/ saude/2010/ed_03/Daisy-ok1.pdf](http://www.faculdadeeficaz.com.br/revistacientificaeficaz/artigo/saude/2010/ed_03/Daisy-ok1.pdf)>.

Gasparini, S.M., Barreto, S.M. & Assunção, A. (2006). **Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2679-2691. (doi:10.1590/S0102-311X2006001200017).

Gasparini, S., Barreto, S. & Assunção, A. (2005) **O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde.** *Educação & Pesquisa*, 31(2), 189-199. (doi:10.1590/S1517- 97022005000200003).

Gomes, L. & Brito, J. (2006). Desafios e possibilidades ao trabalho docente e à sua

Lima, M.F. & Lima-Filho, D.O. (2009). Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. *Ciências & Cognição*, 14(3), 74-89.

Mariano M.S.S. & Muniz H.P. (2006). **Trabalho docente e saúde: o caso dos professores da segunda fase do ensino fundamental.** *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(1), 76-88.