



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

DENISE ANDRADE PEREIRA MEIER

**QUALIDADE DO SONO ENTRE
PROFESSORES E FATORES
ASSOCIADOS**

LONDRINA-PR
2016

DENISE ANDRADE PEREIRA MEIER

**QUALIDADE DO SONO ENTRE
PROFESSORES E FATORES
ASSOCIADOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

ORIENTADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Selma Maffei de Andrade

LONDRINA-PR
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Meier, Denise Andrade Pereira.

Qualidade do sono entre professores e fatores associados / Denise Andrade Pereira Meier. – Londrina, 2016.

249 f. : il. + apêndices e anexos no final da obra.

Orientador: Selma Maffei de Andrade.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Sono – Tese. 2. Condições de trabalho – Tese. 3. Docentes – Tese. I. Andrade, Selma Maffei de. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

DENISE ANDRADE PEREIRA MEIER

**QUALIDADE DO SONO ENTRE PROFESSORES
E FATORES ASSOCIADOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

**PROF^ª. DR^ª. SELMA MAFFEI DE ANDRADE
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
ORIENTADORA**

**PROF. DR. ARTHUR EUMANN MESAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**

**PROF^ª. DR^ª. RENATA PERFEITO RIBEIRO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**

**PROF^ª. DR^ª. MARIA LUCIA DO CARMO CRUZ ROBAZZI
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**PROF^ª. DR^ª. THAIS AIDAR DE FREITAS MATHIAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**

Londrina, 09 de novembro de 2016.

Dedicatória

A Deus,
"Porque Dele e por Ele, e para Ele,
são todas as coisas; glória, pois, a Ele eternamente.
Amém".

ROMANOS 11:36

Agradecimentos

Desafio tão grande quanto escrever esta tese foi redigir em poucos parágrafos os agradecimentos àqueles que foram essenciais nesta caminhada. Faltam-me as palavras, as emoções me dominam e muitas recordações passam por minha mente.

A Deus,
meu Criador, Salvador, minha Rocha,
minha Pedra angular,
minha Estrela da manhã, meu Alfa e Ômega,
minha esperança, meu baluarte,
minha alegria — não tenho palavras
para agradecer Tua bondade...
Dia após dia me cercas com fidelidade...
Nunca me deixes esquecer que tudo que tenho,
tudo que sou e o que vier a ser vem de Ti, Senhor!

Àquela que me ensina o amor incondicional e
me ensina a viver, acolhe minhas lágrimas, torna meu fardo leve,
cuida da minha família, minha eterna incentivadora,
verdadeira amiga, minha inspiração: minha mãe!
Mamãe, você tem toda minha admiração e meu amor.
Amo muito você!

Ao meu amado esposo, Marcos,
pelo respeito e apoio a mim dedicados. Obrigada pelas palavras
de incentivo e por acreditar que eu seria capaz!
Peço perdão pela escassez de tempo, pelos humores alterados,
pela falta de dedicação à nossa casa e aos nossos filhos
nesta jornada. Sem você seria impossível. Eu o amo!

Às minhas joias preciosas, meus filhos!

Eduardo,
meu amado primogênito, muito obrigada pelas
palavras doces, pelos abraços, pelas palavras tão sábias,
por me admirar e por simplesmente sentar
ao meu lado e me ver estudar!

Valentina,
você foi um presente de Deus para me incentivar a prosseguir.

Filha amada, em meio a tantas noites em claro,
você me fez enxergar que eu poderia ampliar os meus limites.

Espero que um dia vocês se orgulhem da mamãe!

Amo vocês até o infinito!

Ao meu pai,
por todo cuidado com meus filhos. Por todo
suporte espiritual e emocional, por passar por mim,
enquanto eu estudava, e me olhar com tanto amor.

Amor incondicional daquele que me inspira.

Amo você, papai!

À minha querida irmã.

Pelas palavras de apoio, por todo incentivo, pelo ombro amigo,
pelas alegrias que me deu neste período: Heitor e Henrique. Amo você!

À minha orientadora, professora Selma Maffei de Andrade,
por contribuir de forma brilhante para a conclusão
desta etapa tão importante em minha vida.

Obrigada por todos os ensinamentos e confiança.

Aos professores Arthur Eumann Mesas e
Alberto Durán González,
por toda atenção e apoio.

A toda a equipe de pesquisadores e colaboradores do Pró-Mestre,
por esta incrível oportunidade de juntos procurarmos
compreender profissionais tão importantes para a sociedade
e por compartilharem experiências que me auxiliaram
no crescimento pessoal e profissional.

A todos os professores do
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
por contribuírem na formação de novos conhecimentos
e por tornarem o doutorado um aprendizado para a vida.

Aos colegas de doutorado,
pela convivência prazerosa nesses quatro anos.

Ao Departamento de Enfermagem,
pelo apoio administrativo e por todo incentivo recebido dos colegas.
Certamente vocês são minha segunda família.
Todo meu respeito e admiração a vocês.

Às minhas colegas de área,
por todo auxílio e motivação, quando me faltava o fôlego.

Aos professores, diretores e funcionários,
que viabilizaram a realização da pesquisa.

À Vilma, bibliotecária do CCS,
por me acompanhar desde a graduação.
Obrigada por toda competência e palavras de incentivo.

À Clarice Spoladore,
que foi além de sua função na revisão desta tese.
Você me fez pensar, provocou-me a aprofundar
conhecimentos e me deu suporte!

À Edna Picelli,
pelo ombro amigo e capricho na formatação deste trabalho.

Às minhas queridas amigas, que participaram
dessa vitória junto comigo:
Natália Colombo, Cássia Fabiane, Ana Lydia Patriota,
Ana Maria Tavares, Flavia Pieri e Rosângela Floriano.

A todos que, direta ou indiretamente,
contribuíram para a concretização deste sonho.

*“Ensinar é um exercício de imortalidade.
De alguma forma continuamos a viver naqueles cujos olhos
aprenderam a ver o mundo pela magia da nossa palavra.
O professor, assim, não morre jamais...”*

RUBEM ALVES

MEIER, Denise Andrade Pereira. **Qualidade do sono entre professores e fatores associados**. Londrina, Paraná, 2016. 249p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

O sono desempenha função notável na prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde física e mental. Como processo reparador, sofre influências de fatores determinantes e condicionantes, que o tornam complexo e multifacetado. As condições adversas de trabalho enfrentadas por professores podem prejudicar sua qualidade de vida e, conseqüentemente, seu padrão de sono. Este estudo objetivou analisar a qualidade do sono e fatores associados em professores da educação básica. Trata-se de um estudo transversal com professores do ensino fundamental e médio, alocados nas 20 escolas com maior número de docentes da rede estadual de Londrina-PR. A coleta de dados, de agosto de 2012 a junho de 2013, deu-se por entrevistas e aplicação de um questionário respondido pelo professor. Foi analisada a associação entre pior qualidade do sono e características sociodemográficas, de estilo de vida, condições de saúde e percepções sobre o trabalho. A qualidade do sono foi obtida por meio do *Pittsburgh Sleep Quality Index*, considerando-se a pior qualidade do sono escores superiores a cinco pontos. Os dados foram digitados e tabulados no programa Epi Info e *Statistical Package for the Social Sciences*, respectivamente. Participaram da pesquisa 972 professores e a taxa de resposta foi de 86,3%. Com idade média de 41,5 anos, a maioria era do sexo feminino (68,3%), da raça/cor branca (74,5%), vivia com companheiro (59,1%), tinha renda familiar mensal de até R\$ 5 mil (59,1%) e pós-graduação (87,5%). Mais da metade (52,9%) referiu inatividade física, 8,0% relataram fumar e metade consumia bebida alcoólica. Cerca de 70% citaram o consumo diário de café. As condições de saúde mais frequentemente referidas foram: dor crônica (42,1%), ansiedade (25,1%) e depressão (15,4%). A prevalência de pior qualidade do sono foi de 54,3%. Associaram-se à pior qualidade do sono nas análises bivariadas: renda mensal familiar de até R\$ 5 mil, inatividade física, relatos de diagnóstico de hipertensão, depressão, ansiedade e dor crônica, ter três vínculos de trabalho, ter sofrido violência física ou psicológica e percepção negativa em relação a: remuneração, equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, tempo para lazer e família, quantidade de alunos por sala de aula, ritmo e intensidade do trabalho, número de tarefas realizadas e tempo disponível para preparar atividades. Entre as variáveis de condições de trabalho, após análises ajustadas, permaneceram associadas à pior qualidade do sono: ter sofrido violência física ou psicológica no trabalho como professor, percepção negativa em relação ao tempo para lazer e para a família e ao equilíbrio entre vida pessoal e profissional. A análise detalhada da violência revelou que todos os tipos permaneceram associados à pior qualidade do sono mesmo após ajustes. Os dados identificados indicam aspectos importantes sobre a qualidade do sono e sua associação com algumas características do trabalho docente. Espera-se que os resultados despertem reflexões para formular políticas públicas que melhorem as condições laborais desses profissionais, minimizando os efeitos sobre sua qualidade de vida, incluído o sono.

PALAVRAS-CHAVE: Sono; Condições de trabalho; Docentes.

MEIER, Denise Andrade Pereira. **Sleep quality of teachers and values**. Londrina, Paraná, 2016. 249p. Thesis (Doctorate in Collective Health). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

Sleep has a notable role in disease prevention, maintenance and recovery of physical and mental health. As a restorative process, it undergoes influences of determinants and conditioning factors, which make it complex and multifaceted. Adverse working conditions faced by teachers can impair their quality of life and, consequently, their sleep pattern. This study aimed to analyze sleep quality and associated factors in primary education teachers. This is a cross-sectional study with elementary and middle school teachers, located in the 20 schools with the highest number of teachers in the state of Londrina-PR. The data collection, from August 2012 to June 2013, occurred through interviews and application of a questionnaire answered by the teachers. The association between poor sleep quality and socio-demographic characteristics, lifestyle, health conditions and perceptions about work was analyzed. The analysis of quality of sleep was obtained by the Pittsburgh Sleep Quality Index, considering the worst quality sleep scores greater than five points. The data were typed and tabulated in the Epi Info program and Statistical Package for the Social Sciences, respectively. 972 teachers participated in the study and the response rate was 86.3%. With a mean age of 41.5 years-old, the majority is female (68.3%), Caucasian / White (74.5%), have lived with partner (59.1%), have monthly family income up to R\$ 5,000.00 (59.1%) and have a post-graduation (87.5%). More than half (52.9%) reported physical inactivity, 8.0% reported smoking and a half of the teachers have consumed alcoholic beverages. About 70% cited daily coffee consumption. The health conditions most frequently reported were chronic pain (42.1%), anxiety (25.1%) and depression (15.4%). The prevalence of poor sleep quality is 54.3%. They were associated with the worst quality of sleep in bivariate analyzes: monthly family income of up to R\$ 5,000.00, physical inactivity, reports of diagnosis of hypertension, depression, anxiety and chronic pain, having three employment links, having suffered physical or psychological violence and negative perception regarding: remuneration, balance between personal and professional life, leisure time and family, number of students per classroom, pace and intensity of work, number of tasks performed and time available to prepare activities. Among the working conditions variables, after adjusted analysis, they remained associated with poor sleep quality: physical or psychological violence at work as a teacher, negative perception regarding leisure time and family, and the balance between personal and professional life. A detailed analysis of violence revealed that all types remained associated with poor sleep quality even after adjustment. The data identified have indicated important aspects about the quality of sleep and its association with some characteristics of the teaching work. It is expected that the results elicit reflections to formulate public policies that improve the working conditions of these professionals, minimizing the effects on their quality of life, including sleep.

KEYWORDS: SLEEP; WORK CONDITIONS; TEACHERS.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Fatores associados com a insônia	27
FIGURA 2	Cartão de apoio utilizado na coleta de dados do Pró-Mestre. Londrina (PR), 2012-2013	82
FIGURA 3	Fluxograma da população pesquisada. Londrina (PR), 2012-2013	106
FIGURA 4	Fluxograma da população pesquisada para análise da violência contra o professor no ambiente escolar. Londrina (PR), 2012-2013	128

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Transtornos do sono de acordo com a 3ª edição da Classificação Internacional de TS (ICSD-3) (AASM, 2014)	38
QUADRO 2	Questões sobre o sono do formulário de entrevista do Pró-Mestre, Londrina (PR), 2012-2013	83
QUADRO 3	Questões que compõem cada componente do <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i> (PSQI) e cálculo das pontuações	84
QUADRO 4	Operacionalização das variáveis sociodemográficas	89
QUADRO 5	Operacionalização das variáveis de estilo de vida	90
QUADRO 6	Operacionalização das variáveis de condições de saúde	94
QUADRO 7	Operacionalização das variáveis de condições de trabalho	95

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização sociodemográfica dos professores da rede estadual de Londrina (n=972), 2012-2013	108
TABELA 2	Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação às variáveis de estilo de vida (n=972), 2012-2013	109
TABELA 3	Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação às condições de saúde (n=972), 2012-2013	110
TABELA 4	Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação ao local da dor crônica (n=972), 2012-2013	111
TABELA 5	Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação à características do trabalho (n=972), 2012-2013	112
TABELA 6	Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação a percepções sobre relacionamentos, aspectos e cargas de trabalho e violência sofrida (n=972), 2012-2013	113
TABELA 7	Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação à qualidade do sono (n = 972), 2012-2013	115
TABELA 8	Caracterização e frequência dos eventos que dificultaram o sono de professores da rede estadual de Londrina (PR) (n=972), 2012-2013	117
TABELA 9	Caracterização sociodemográfica dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação à qualidade do sono (n=972), 2012-2013	118
TABELA 10	Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação às variáveis de estilo de vida e resultado qualidade do sono (n=972), 2012-2013	119
TABELA 11	Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação às condições de saúde e qualidade do sono (n=972), 2012-2013	120

TABELA 12	Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação ao local da dor crônica e qualidade do sono (n=972), 2012-2013	121
TABELA 13	Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação a características do trabalho e qualidade do sono (n=972), 2012-2013	122
TABELA 14	Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação a percepções sobre relacionamentos, aspectos e cargas de trabalho e qualidade do sono, 2012-2013	123
TABELA 15	Modelos de ajuste progressivo para associação entre condições de trabalho e pior qualidade do sono em professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013	126
TABELA 16	Associação entre percepção de violência no ambiente escolar nos últimos 12 meses e pior qualidade do sono em professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013	130
TABELA 17	Associação entre percepção de violência psicológica no ambiente escolar nos últimos 12 meses e pior qualidade do sono em professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013	132

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 O SONO	24
2.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA MEDICINA DO SONO	28
2.3 A ARQUITETURA DO SONO	33
2.4 TRANSTORNOS DO SONO	36
2.4.1 TRATAMENTO: IMPORTÂNCIA DA HIGIENE DO SONO	40
2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO	43
2.6 O TRABALHO DOCENTE	47
2.7 TRABALHO DOCENTE E SONO	66
3 JUSTIFICATIVA	72
4 OBJETIVOS	75
4.1 OBJETIVO GERAL	76
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	76
5 MÉTODOS	77
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	78
5.2 LOCAL DO ESTUDO	78
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	79
5.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	79
5.3.2 PERDAS	80
5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	80
5.4.1 PRÓ-MESTRE	80
5.4.2 QUALIDADE DO SONO	82
5.5 ESTUDO PILOTO	86
5.6 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	87
5.7 COLETA DOS DADOS	87
5.8 VARIÁVEIS E CATEGORIZAÇÃO	89

5.8.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	89
5.8.2 VARIÁVEIS DE ESTILO DE VIDA	90
5.8.3 VARIÁVEIS DE QUALIDADE DO SONO	91
5.8.4 VARIÁVEIS DE CONDIÇÕES DE SAÚDE	94
5.8.5 VARIÁVEIS DE CONDIÇÕES DE TRABALHO	95
5.8.6 VARIÁVEL DEPENDENTE	97
5.8.7 VARIÁVEIS INDEPENDENTES	98
5.8.8 VARIÁVEIS DE AJUSTE	99
5.9 PROCESSAMENTO DOS DADOS	100
5.9.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO E QUALIDADE DO SONO	101
5.9.2 VIOLÊNCIA CONTRA O PROFESSOR NO AMBIENTE ESCOLAR E QUALIDADE DO SONO	102
5.10 ASPECTOS ÉTICOS	103
6 RESULTADOS	104
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	107
6.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ESTILO DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE	107
6.1.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO	111
6.2 QUALIDADE DO SONO	114
6.2.1 QUALIDADE DO SONO, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ESTILO DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE	117
6.2.2 QUALIDADE DO SONO E CONDIÇÕES DE TRABALHO	121
6.2.3 QUALIDADE DO SONO E VIOLÊNCIA NO AMBIENTE ESCOLAR	128
7 DISCUSSÃO	133
7.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS	134
7.2 DELINEANDO O PERFIL DOS PROFESSORES	135
7.2.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ESTILO DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE	135

7.3 QUALIDADE DO SONO DOS PROFESSORES	142
7.3.1 AS INTERFACES ENTRE A QUALIDADE DO SONO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ESTILO DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE	143
7.3.2 QUALIDADE DO SONO E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOCENTE	146
7.3.3 VIOLÊNCIA CONTRA O PROFESSOR NO AMBIENTE ESCOLAR E QUALIDADE DO SONO	152
8 CONCLUSÕES	155
8.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	156
8.2 QUALIDADE DO SONO E CONDIÇÕES DE TRABALHO	158
8.3 QUALIDADE DO SONO E VIOLÊNCIA NO AMBIENTE ESCOLAR CONTRA O PROFESSOR	158
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
REFERÊNCIAS	162
APÊNDICES	
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	196
ANEXOS	
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	199
ANEXO B – MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS	219
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	246
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DE LONDRINA	248
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA	249

1 Introdução

Em todas as fases da vida humana, o sono desempenha uma relevante função no tocante à manutenção da saúde e bem-estar de todos os sistemas orgânicos. É um mecanismo restaurador de energia, da homeostase sináptica subjacente às funções de memória e aprendizagem (PORKKA-HEISKANEN; ZITTING; WIGREN, 2013) e auxilia na remoção de resíduos neurotóxicos acumulados durante a vigília (XIE et al., 2013). Os distúrbios do sono podem promover diversos efeitos deletérios à saúde, tais como: alterações na resposta inflamatória, cardiovascular (AHO et al., 2013; MEIER-EWERT et al., 2004; VAN LEEUWEN et al., 2009) e neurocomportamental, cansaço (KING; BELENKY; VAN DONGEN, 2009), problemas de aprendizagem e memória, dificuldade de concentração, falta de motivação e aumento da sensibilidade a estímulos e eventos emocionalmente estressantes (VANDEKERCKHOVE; CLUYDTS, 2010). A insuficiente quantidade ou a má qualidade de sono elevam o risco de doenças somáticas e psiquiátricas de origem imune, metabólica, circulatória, cardíaca (GRANDNER et al., 2012), bem como transtornos do humor (BAGLIONI et al., 2011; PAUNIO et al., 2015).

Os distúrbios do sono tornam-se cada vez mais comuns – sobretudo entre trabalhadores – e aproximadamente um terço da população geral adulta refere dificuldades eventuais para adormecer. Fatores de risco relacionados ao trabalho (baixo controle no trabalho, elevadas demandas, baixo suporte social, percepção de injustiças organizacionais, trabalho em turnos) atuam sinergicamente com fatores gerais de risco (estresse, personalidade, fatores genéticos) para o desenvolvimento de problemas do sono (PAUNIO; TUISKU; KORHONEN, 2015). O sono insuficiente, tanto qualitativa quanto quantitativamente, dificulta o desempenho social e cognitivo no trabalho. Tal fato pode conduzir a um círculo vicioso, em que um desequilíbrio entre as demandas do trabalho e a capacidade funcional propulsiona um aumento do estresse, dificuldades de adaptação comportamental e menor satisfação no trabalho, o que pode agravar ainda mais o padrão de sono outrora prejudicado (PAUNIO; TUISKU; KORHONEN, 2015).

Existe considerável evidência científica sobre as repercussões do trabalho no padrão de sono da população (ÅKERSTEDT, 2015; CROPLEY; DIJK;

STANLEY, 2006; LINTON et al., 2015; LUCKHAUPT; TAK; CALVERT, 2010). Entretanto, a maioria desses estudos investigou grupos de trabalhadores nos quais essa relação é mais evidente, tais como trabalhadores noturnos e em turnos, expostos aos agentes químicos e aqueles cuja profissão requer movimento manual repetitivo e esforço físico (LINTON et al., 2015). Tal análise em categorias de trabalhadores cujos riscos são menos visíveis, como a dos professores, é menos frequente. A complexidade do trabalho docente e a responsabilidade imposta a esses trabalhadores podem ter um impacto negativo em suas atividades laborais (BASSO, 1998; LEMOS, 2009; MARONEZE, 2012) . Ademais, conjectura-se que profissões envolvidas com o cuidado e atendimento ao público estão mais expostas aos riscos para distúrbios físicos e psicológicos (KARASEK, 1985). Assim, revelam-se os processos de desgaste físico e mental derivados de situações estressoras relacionadas ao tipo de trabalho e à forma com que este se organiza nos ambientes escolares (DELCOR et al., 2004).

No trabalho docente, observam-se diversas características que possivelmente se associam aos prejuízos à capacidade de trabalho e à qualidade de vida desses profissionais, incluindo a qualidade do sono. Salientam-se nos cenários nacional e internacional a carga horária elevada (BANNAI; UKAWA; TAMAKOSHI, 2015a; PEREIRA et al., 2014c), remuneração insuficiente, exposição a ruídos e pó de giz, fiscalização contínua de desempenho (ARAÚJO et al., 2005; OLIVEIRA; ASSUNÇÃO, 2010; PEREIRA et al., 2014b; SILVANY NETO et al., 2000), ritmo acelerado, complexidade das tarefas, recursos materiais inadequados, posturas incômodas, problemas sociofamiliares dos estudantes (CARNEIRO, 2001; DELCOR et al., 2004; SILVANY NETO et al., 2000) e violência (GERBERICH et al., 2014; NESELLO et al., 2014; TIESMAN et al., 2013).

A educação é, potencialmente, o maior equalizador social de uma nação e desempenha importante papel no desenvolvimento integral do ser humano (SINGH, O.; SINGH, S., 2015) por meio do trabalho docente que, como prática social singular, possibilita mediação de conhecimentos, construção de novos saberes e formação de cidadãos críticos e atuantes no processo histórico-cultural da sociedade (BULGRAEN, 2010). Dessa forma, faz-se mister

compreender o processo de trabalho e suas relações com a saúde, bem-estar e qualidade de vida desses sujeitos.

Sob essa perspectiva, um grupo de pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina desenvolveu um projeto de pesquisa denominado “Saúde, Estilo de Vida e Trabalho de Professores da Rede Pública do Paraná (Pró-Mestre)” com a proposta de analisar as relações entre condições de saúde e estilo de vida com o processo de trabalho dos professores da rede pública em Londrina, Estado do Paraná. Do projeto, surgiram diversas inquietações, incluindo a que originou a presente investigação: Qual a relação entre a qualidade do sono e fatores associados entre professores da rede pública estadual de Londrina (PR)?

Em vista disso, objetivou-se analisar a qualidade do sono e os fatores a ela associados entre professores da rede pública estadual do referido município à luz de características relacionadas ao estilo de vida, condições de saúde e trabalho dessa população. Para verificação da qualidade do sono, utilizou-se como instrumento o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) (BUYSSE et al., 1989), validado no Brasil por Bertolazi et al. (2011), o qual será detalhado adiante.

Para divulgação dos achados oriundos desta investigação, a estrutura da tese apresenta, inicialmente, uma revisão de literatura na qual se descreve o sono, sua evolução histórica, fisiologia, arquitetura, transtornos, tratamento e avaliação da qualidade. O segundo subitem busca clarificar conceitos relacionados ao trabalho docente e fornece elementos para a compreensão de especificidades associadas às condições desse trabalho. Por fim, a revisão aborda questões sobre a relação entre a qualidade do sono e as condições de trabalho do professor. A seguir, sequencialmente, expõem-se a justificativa, objetivos do estudo, métodos, resultados, discussão, conclusões e considerações finais.

Não se pretende, todavia, esgotar o tema na presente obra nem avançar até o limite de sua abordagem teórica: o objetivo é ampliar o conhecimento sobre o sono entre professores e sua relação com fatores do contexto de seu trabalho.

2 Revisão de Literatura

2.1 O SONO

O sono consiste em um estado de inconsciência no qual o indivíduo apresenta-se imóvel ou com movimentos de natureza involuntária ou não definidos; diferencia-se do estado de coma pela possibilidade de restauração para vigília por meio de estímulos externos. O sono auxilia no restabelecimento do equilíbrio natural das atividades orgânicas e dos centros neuronais (GUYTON; HALL, 2006). Uma definição comportamental simples permite defini-lo, ainda, como um estado reversível de ausência de percepção e responsividade ao meio ambiente marcado pela quietude (sem imobilidade completa) (CARSKADON; DEMENT, 2011; HIPÓLIDE, 2008). Pode-se, então, considerá-lo um fenômeno complexo que envolve diversos processos biológicos essenciais à sobrevivência humana.

Considerando sua importância para a manutenção da saúde e qualidade de vida, neuroanatomistas e neurofisiologistas vêm, há mais de um século, investigando o sono, especialmente no que tange aos seus fenômenos anormais (OHAYON, 2011). Evidências epidemiológicas indicam que a duração ideal do sono, entre sete e oito horas, associou-se com a manutenção da saúde e da qualidade de vida. No entanto, o recrudescimento dos transtornos do sono tornou-se um problema de saúde pública comum na sociedade moderna (BIXLER, 2009). Desconhece-se o tempo ideal de sono para cada indivíduo, uma vez que ele pode ser determinado geneticamente ou por diversos fatores ambientais, sobretudo pelos hábitos de vida (CIRELLI, 2009; SOLTANI et al., 2012).

Mudanças sociais, uso de aparelhos eletrônicos e acesso à *internet* são importantes fatores de impacto no padrão de sono, que podem conduzir à privação crônica em grande parte da população. Uma investigação sobre uso de tecnologias e distúrbios do sono entre estudantes universitários sinalizou que os aparelhos eletrônicos, principalmente telefones celulares, afetam a duração do sono em razão de despertares frequentes para verificação e respostas de mensagens de texto. Além disso, registrou que a ansiedade gerada pela dependência da tecnologia durante atividades que impossibilitam seu uso faz

aumentar a utilização de eletrônicos quando disponíveis e, conseqüentemente, os problemas relacionados ao sono (ROSEN et al., 2016). As deficiências do sono relacionadas ao uso de dispositivos eletrônicos iniciam-se com a emissão da luz emitida pelos aparelhos, visto que a luz é o sinal ambiental mais potente na promoção de alterações do ciclo circadiano (CZEISLER, 2013).

As perturbações no ciclo sono-vigília podem interferir na duração total e na qualidade do sono ao longo de um período de 24 horas, o que eleva as possibilidades de sonolência e necessidade de cochilar durante o dia. Compreende-se por cochilo um período de sono inferior à metade da duração do sono noturno, que auxilia o ser humano a conservar uma quantidade adequada de sono para recuperação de suas atividades durante a vigília. Os cochilos não são versões de sono noturno compactas, ainda que os estágios do sono variem conforme o tempo de duração e horário. Embora o cochilo seja restaurador, destaca-se que, após esses curtos episódios de sono, sobrevém um estado de inércia, que pode durar entre 20 e 30 minutos, no qual há uma redução da função cognitiva e do desempenho (RUGGIERO; REDEKER, 2013).

De acordo com um relatório do *National Center of Sleep Disorders Research* (2011), estima-se que de 50 a 70 milhões de americanos sofrem cronicamente de transtornos do sono (TS). Os distúrbios respiratórios do sono afetam mais de 15% da população americana, podendo provocar sonolência diurna e lesões associadas (acidentes de trânsito), hipertensão, disfunção cognitiva, síndrome metabólica, ataque cardíaco, acidente vascular cerebral e aumento da mortalidade. Em crianças, distúrbios respiratórios do sono estiveram associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares e metabólicas, problemas de comportamento e baixo rendimento escolar. Ainda, a insônia crônica acometeu um a cada cinco adultos e constituiu fator de risco para depressão, uso e abuso de substâncias tóxicas e prejuízos à vigília.

Uma investigação internacional sobre padrões de sono, divulgada pela imprensa, mostrou que os brasileiros estão entre os que menos dormem no mundo. Os cingapurianos ocuparam a primeira posição nesse *ranking*, com a noite de sono mais curta do mundo (7h24min), seguidos pelos japoneses (7h30min) e

brasileiros (7h36min). A pesquisa aponta para uma crise global do sono gerada por pressões sociais que impulsionam indivíduos a, progressivamente, dormirem mais tarde e acordarem mais cedo, o que produz importantes alterações no relógio biológico (WALCH; COCHRAN; FORGER, 2016). Outro estudo que objetivou descrever o padrão de sono entre adultos em populações de dez países representantes de quatro continentes apontou que 24% dos participantes referiram não dormir bem. A maior prevalência de cochilo foi detectada entre brasileiros (42,4%), com média de duração de uma hora; o Brasil apresentou ainda, o maior percentual de sintomas de insônia (SOLDATOS et al., 2005).

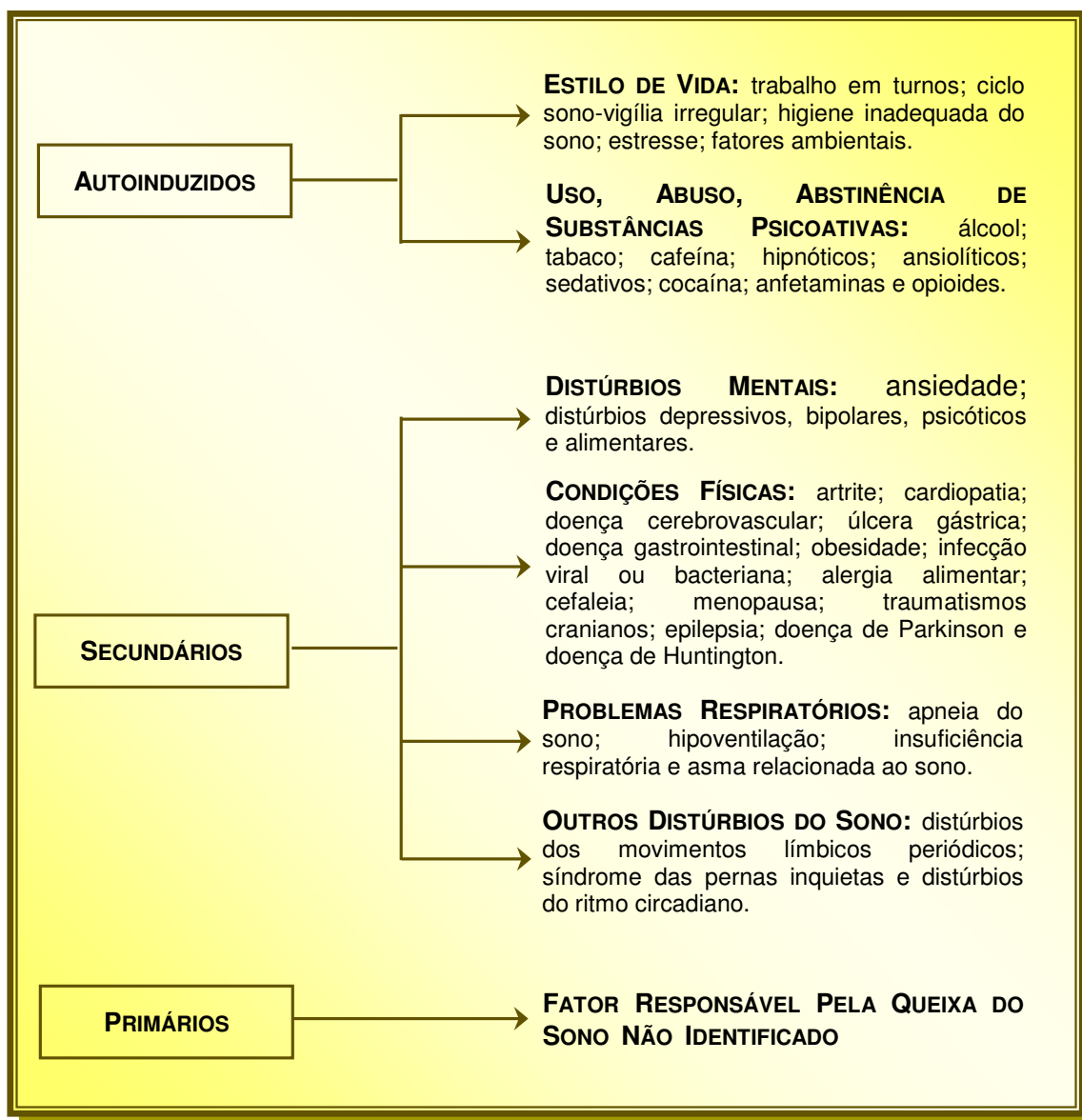
Um estudo finlandês realizado entre 1972 e 2005 identificou uma redução de 18 minutos na duração do sono e um aumento das queixas relacionadas nos 33 anos de investigação, particularmente entre homens trabalhadores (KRONHOLM et al., 2008). Nos últimos 50 anos, a duração do sono entre adultos e adolescentes americanos apresentou um decréscimo de 1,5 a 2 horas por noite e mais de 30% dos entrevistados relataram um tempo inferior a 6 horas de sono por noite (NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY, 2005). Ademais, outro estudo nos Estados Unidos estimou que 70 milhões de pessoas são afetadas pela privação crônica ou transtornos do sono (SCHOENBORN; ADAMS, 2008).

No Brasil, um ensaio clínico detectou elevada prevalência de queixas relacionadas ao sono (63%), com 79,2 milhões de pessoas afetadas por distúrbios como: ronco, insônia, pesadelos, síndrome das pernas inquietas e apneia respiratória (BITTENCOURT et al., 2009). Uma investigação em um município no interior paulista identificou elevada prevalência de insônia (32%) entre os sujeitos participantes (MARCHI et al., 2004). Esse dado corrobora os resultados da pesquisa de Pires et al. (2007), que registrou aumento nas queixas sobre o sono na população de São Paulo entre os anos de 1987 e 1995, sendo a insônia a mais comum delas.

O sono, como processo reparador que permite boa saúde e disposição física e mental, sofre influências de fatores condicionantes e determinantes que o tornam complexo e multifacetado. Assim, conjectura-se a

correlação do sono com diversas variáveis. Em uma revisão sistemática, Ohayon (2011) organizou os fatores associados aos distúrbios do sono, especificamente à insônia, em três componentes (fatores primários, secundários e autoinduzidos), conforme está apresentado na Figura 1.

FIGURA 1 – Fatores associados com a insônia



Fonte: OHAYON, 2011

Aponta-se na literatura a importante contribuição do sono no funcionamento fisiológico, metabólico (HAMER; BATTY; KIVIMAKI, 2012), psicológico (VAN MILL et al., 2014) e na capacidade produtiva e cognitiva (ALVARADO FERNÁNDEZ et al., 2012) do organismo humano. Nesse sentido, diversos aspectos patológicos demonstraram associação com a qualidade e quantidade de sono insuficiente ou excessivo, elevando tanto a mortalidade (FERRIE et al., 2007; HUBLIN et al., 2007; MESAS et al., 2010) quanto a morbidade (FERNANDEZ-MENDOZA et al., 2012; HALL et al., 2008; VGONTZAS et al., 2009).

Por esse prisma, salienta-se que importantes funções orgânicas estão estreitamente ligadas ao padrão de sono e sua depreciação, ao longo dos anos, desvela o modo de vida imperativo na sociedade moderna que repercute negativamente na qualidade de vida, bem-estar e saúde da população. Assim, a investigação dos distúrbios do sono e a identificação dos seus fatores associados, poderão subsidiar a prevenção desses problemas e o tratamento.

2.2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA MEDICINA DO SONO

A busca pelo conhecimento a respeito do sono não é um assunto novo. Os incontáveis mitos sobre a origem e o significado do sono e dos sonhos permeiam essa área do conhecimento até os tempos atuais. Os avanços da medicina culminaram na descoberta de detalhes do ciclo sono-vigília e do tratamento adequado para seus transtornos, de modo a proporcionar melhor qualidade de vida aos indivíduos com alterações.

A área de estudo em questão incorporou, ao longo dos anos, quatro especialidades médicas: neurologia, psiquiatria, pneumologia e otorrinolaringologia (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2013). Cabe ressaltar que muitas hipóteses aventadas são hoje consideradas erradas ou óbvias e que a carência de ferramentas para a avaliação do sono impossibilitou uma aproximação pragmática com o tema. O progresso científico, porém, fundamenta-se em avanços metodológicos que expandem o conhecimento e

contribuem para a evolução de novas técnicas, num processo contínuo. O resgate histórico, a seguir delineado, apontará os principais fatos que alteraram as abordagens e perspectivas relativas ao sono.

Os primeiros registros sistematizados sobre sono e sonho constam em observações de Sócrates e Platão, na Grécia Antiga. Em 400 a.C, Hipócrates, considerado o pai da medicina, descreveu pessoas que, durante o sono, choravam e gemiam – alguns em estado sufocante, outros em euforia, alguns fugindo pela porta, privados da razão, mas, quando acordados, tinham suas funções cognitivas restauradas (KRYGER; ROTH; DEMENT, 2000). Documentos históricos de 360 a.C. mencionam Dionísio referindo-se aos problemas relacionados à apneia do sono em indivíduos obesos e ao primeiro tratamento para apneia, que consistia em perfurações com agulhas para o despertar. Em 350 a.C, ao publicar *De Somno*, Aristóteles tratou da dissociação entre o sono da alma e o sono do corpo, concluindo que o corpo e a alma dormem o mesmo sono, ao contrário do que se pensava na época (TIMO-IARIA, 2008).

Shakespeare, em 1603, inseriu o sonambulismo em sua obra *Macbeth* e criou um personagem, o obeso *Falstaff*, que roncava e adormecia abruptamente em momentos inapropriados, contribuindo para a divulgação dos sintomas da apneia do sono. Em 1605, Miguel de Cervantes, em sua obra *Dom Quixote de La Mancha*, descreveu o sono REM (*Rapid Eye Movement* ou movimento rápido dos olhos), sem, entretanto, denominá-lo dessa forma (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2005). Em 1672, Thomas Willis pesquisou as características da síndrome das pernas inquietas e sua relação com o sono. O ano de 1729 marca o primeiro registro sobre ritmo circadiano, por Jean-Jacques d'Ortous de Mairan, observado no experimento com plantas sensitivas, que conservavam ritmo de abertura e fechamento das folhas ainda que mantidas em escuro constante. Demonstrou-se, assim, que o ritmo circadiano é mantido mesmo em indivíduos submetidos a condições constantes (PEREIRA; ANACLETO; LOUZADA, 2012). Willis e Morgagni, em 1761, postularam a teoria do acúmulo de sangue no sistema nervoso central (SNC) para fundamentação do sono (KRYGER, 2009).

Em 1816, Willian Wadd, cirurgião britânico, relatou em sua monografia a influência da obesidade no sono. Justus von Liebig, em 1832, descobriu o hidrato de cloral, que se tornou o primeiro agente hipnótico amplamente utilizado (PEREIRA, 1970). O neurofisiologista Brown-Séquard demonstrou, em 1849, a existência de um componente inibitório nos sistemas de alerta do organismo que contribui para o sono. Em 1862, o francês Caffé descreveu a associação entre alucinações e sono (TIMO-IARIA, 2008). O médico militar William Hammond, em 1869, publicou *Sono e seus transtornos*, utilizando o termo *cansaço persistente* para descrever o que atualmente conhecemos como insônia (PEREIRA, 1970). Karl Westphall descreveu, em 1877, a associação entre episódios súbitos de sono e a diminuição do tônus muscular. Já o médico francês Jean Baptist Edourd Gélineau foi o primeiro a utilizar, em 1880, o termo *narcolepsia* ao se referir a uma doença caracterizada por episódios irresistíveis de sono. Deve-se a Mauthner, dez anos depois, a primeira tentativa de localizar o centro do sono, que se supunha estar na substância cinzenta periaquedutal. Em 1898, William Wells foi o pioneiro a identificar a associação entre obstrução nasal e sonolência diurna (TIMO-IARIA, 2008).

Édouard Claparède, neurologista suíço e um dos fundadores da psicologia clínica, contribuiu para a medicina do sono em 1905 ao postular que esse estado consistia em um mecanismo protetor às intoxicações orgânicas. Outros fisiologistas, nessa mesma época, afirmavam que o sono ocorria pelo acúmulo de gás carbônico (KRYGER, 2009). Em 1913, o fisiologista francês Pierón assegurou a existência de uma glândula secretora de um hormônio sonífero (bromormônio). Estudos ulteriores invalidaram tal hipótese, porém, admite-se, atualmente, a produção de alguns peptídeos na indução do estado do sono. Em meados de 1900, von Economo encontrou, em exames anatomopatológicos, lesões múltiplas situadas no hipotálamo e mesencéfalo em pacientes com sintomas de sonolência ou coma, indicando a provável localização do centro do sono (TIMO-IARIA, 2008).

Com o aprimoramento das técnicas neurofisiológicas e o advento dos estudos eletroencefalográficos, Hans Berger, em 1920, apresentou a

formulação de um mecanismo inovador para a inquirição do sono: a atividade elétrica cerebral. Em 1930, o fisiopatologista belga Frederic Bremer, a partir de experiências de transecção do tronco encefálico, explicou que o sono era uma consequência da ruptura das vias sensoriais e este conceito prevaleceu até 1949, quando Moruzzi e Magoun demonstraram que, na porção central do mesencéfalo, existiam estruturas capazes de provocar alerta ou vigília (PEREIRA, 1970).

Após os trabalhos dos fisiologistas americanos Loomis, Harvey e Hobart, em 1937, 1938 e 1939, respectivamente, estabeleceram-se as fases do sono sincronizado e, em 1950, o francês Passouant descobriu uma fase de dessincronização no sono normal, porém não lhe deu a devida importância (TIMO-IARIA, 2008). Por fim, Kleitman e Aserinsky (1953) inauguraram a compreensão acerca das fases do sono e descreveram uma fase de dessincronização como um estado específico do sono. Por conseguinte, Kleitman e Dement denominaram esta fase de sono REM e, por exclusão, a outra fase passou a ser nominada como sono não-REM (*Non-Rapid Eye Movement*) (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2005).

Em 1956, Leo Sternbach descobriu o benzodiazepínico RO6690 e, a partir de então, os benzodiazepínicos substituíram os barbitúricos como hipnóticos (TIMO-IARIA, 2008). Posteriormente, em 1959, Allan Rechtschaffen, Dement e Jouvet comandaram pesquisas para explorar a ciência básica do sono (KRYGER, 2009). Na década de 1960, os estudiosos da área começaram a organizar-se e formaram a Sociedade de Pesquisas do Sono, que depois se tornou a Associação de Estudos Psicofisiológicos do Sono (TIMO-IARIA, 2008).

Segundo Kryger (2009), as investigações sobre a qualidade do sono iniciaram-se em 1967, quando Lawrence Monroe encontrou diferenças fisiológicas entre bons e maus dormidores. Então, em 1969, Allan Rechtschaffen e Anthony Kales elaboraram um manual de pontuação do sono e esse guia foi utilizado por mais de quarenta anos para avaliação desse estado. Depois disso, os documentos registram em 1970 a fundação do primeiro centro de estudos sobre o sono na universidade de Stanford, por Dement (KRYGER, 2009).

Em 1976, Mary Carskadon et al. demonstraram que os despertares noturnos aumentavam com a idade (BUYSSE et al., 1989). Naquele mesmo ano, disseminou-se a publicação do documento Síndrome da Apneia do Sono, apresentado no 1º Simpósio Americano de Transtornos do Sono (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2005). No Brasil, o neurologista Rubens Reimão iniciou, em São Paulo, em 1977, a assistência aos pacientes com transtornos do sono (TIMO-IARIA, 2008).

Em 1981, Colin Sullivan demonstrou, no periódico *The Lancet*, o uso de *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP nasal) para tratamento da apneia do sono. Isso revolucionou o tratamento do distúrbio, antes realizado cirurgicamente por meio de traqueostomia (KRYGER, 2009).

Um ponto relevante para o presente estudo foi a publicação do *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), por Daniel J. Buysse et al. Esse instrumento possibilitaria a avaliação da qualidade do sono e detecção de distúrbios do sono em um período recordatório de um mês (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2005; BUYSSE et al., 1989) e será abordado posteriormente.

Ainda nessa época, Jiang He e colaboradores identificaram que a falta de tratamento de apneia do sono aumentou a mortalidade em pacientes com idade inferior a 50 anos. Meir Kryger, Tom Roth e William Dement, em 1989, editaram o primeiro livro sobre medicina do sono (KRYGER, 2009). Na década de 1990, Michael Thorpy divulgou a criação da Primeira Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2005). Em 1991, Murray W. Johns descreveu a Escala de Sonolência de *Epworth*, um questionário autoadministrado para avaliação da sonolência diurna. Para contribuir com a consolidação do conhecimento nesta área, em 1993 foi estabelecido, nos Estados Unidos, o Centro de Pesquisas dos Distúrbios do Sono (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2005; BUYSSE et al., 1989).

A evolução prossegue e, em 1993, com a observação conduzida por Terry Young, na primeira comunidade de estudos epidemiológicos da apneia

do sono, comprovou-se ser esta muitíssimo comum entre os homens, a despeito do aumento da prevalência em mulheres (KRYGER, 2009). Em 1999, Eve Van Cauter demonstrou que a privação do sono pode induzir resistência insulínica. A segunda edição da Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono pela Academia Americana de Medicina do Sono foi registrada em 2005 e, em 2008, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) estabeleceu o sono como uma das áreas de interesse da saúde pública (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2005; BUYSSE et al., 1989;).

As evidências sustentam que os estudos sobre o sono são tão antigos quanto a história da civilização humana e sua abordagem em diferentes momentos possibilitou a compreensão dos significados científicos atribuídos a este fenômeno em diferentes fases da humanidade e em distintos contextos sociais, que transcendem o plano biológico.

2.3 A ARQUITETURA DO SONO

O homem condicionou-se à manutenção de suas atividades durante o dia, fato propulsor de cansaço e fadiga, conduzindo, conseqüentemente, ao sono noturno. Os motivos para a deflagração do sono noturno decorrem de um ambiente calmo e pouco convencional para reuniões ou movimentação de pessoas. Contudo, é possível dormir em outros períodos, conforme evidencia-se no estilo de vida de trabalhadores noturnos, mas deve-se considerar que o sono diurno tende a ser menos reparador, por ser mais fragmentado e mais curto que o noturno (WATERHOUSE; FUKUDA; MORITA, 2012).

Por arquitetura do sono compreende-se a variação cíclica entre as fases que o compõem em relação ao tempo (MILLER, 2015), a qual pode ser determinada por outros fatores, além do ambiente. Nesse sentido, destacam-se o ritmo circadiano e o tempo de vigília. O ritmo sono-vigília inscreve-se nas periodicidades cíclicas conhecidas como circadianas, ou seja, compreende um ciclo que se completa a cada 24 horas na dependência de sinais ambientais que o sincronizem (RENTE, 2004). Compreender as funções desempenhadas por tais

fatores requer a adoção de protocolos específicos, incluindo um mapeamento da rotina e as alterações na programação do ciclo sono-vigília. Os resultados de tais protocolos proporcionaram a descoberta de fatores que determinam a quantidade e a distribuição do sono em duas fases: sono de ondas lentas ou sem movimento rápido dos olhos (NREM) e o sono de movimento rápido dos olhos, paradoxal ou dessincronizado (REM) (WATERHOUSE; FUKUDA; MORITA, 2012).

O sono de ondas lentas ou NREM apresenta quatro estágios (I, II, III e IV), com graus crescentes de profundidade. Em condições normais, após um tempo de latência aproximado de dez minutos, o indivíduo adormece e tem início o estágio I. Em poucos minutos, passa para o estágio II, no qual o despertar torna-se mais difícil que no estágio anterior. Em seguida, entre 30 e 60 minutos, instalam-se os estágios III e IV, que constituem a etapa de sono de ondas lentas, mais profundo. Além disso, o sono NREM caracteriza-se pela redução do tônus muscular e da atividade psicofisiológica (FERNANDES, 2006; KRYGER; ROTH; DEMENT, 2000). Para Hipólide (2008), o processo de lentificação das ondas cerebrais origina-se na redução do fluxo sanguíneo e no aumento da disponibilidade e uso de glicose, especificamente no tronco cerebral e diencéfalo. Dessa forma, ocorre “[...] uma inibição dos sistemas ativadores do tronco encefálico, hipotálamo e prosencéfalo basal” (HIPÓLIDE, 2008, p.38), com alterações no modo de operação de disparos tônicos e rápidos para lentos e fásicos.

Em um adulto jovem, após o estágio IV do sono NREM, iniciam-se os episódios do sono REM. Em um período de sono de oito horas, ocorrem, em média cinco a seis episódios de sono REM, com intervalo de aproximadamente 90 minutos entre estes e duração que varia entre cinco e trinta minutos. Os mecanismos que explicam as alterações motoras, psíquicas e fisiológicas do sono REM ainda permanecem obscuros, entretanto conjectura-se que, durante o sono REM, o ser humano apresenta alterações orgânicas que se assemelham ao estado de vigília, logo, pode ser denominado de sono paradoxal. A atividade cerebral torna-se bastante ativa e é possível visualizar movimentos musculares irregulares, especialmente o movimento rápido dos olhos e o aumento da frequência cardíaca. A memória dos sonhos, o pico do hormônio do crescimento e

de testosterona também foram identificados no sono REM (KRYGER; ROTH; DEMENT, 2000; MOLINA et al., 2011).

As bases fisiológicas dessa intensa atividade elétrica e metabólica no sono paradoxal originam-se na região dorsal da formação reticular mesencefálica e pontina e consolidam-se pelo intermédio de células denominadas *SP-on*, que se ativam nessa fase e *SP-off*, estas minimamente ativas. A interação das células supracitadas com neurotransmissores como acetilcolina, glutamato, glicina, GABA, noradrenalina, 5-HT, dopamina, histamina e hipocretina, permite o controle dos fenômenos que compõem o sono paradoxal (HIPÓLIDE, 2008).

Como complemento, outros fatores hormonais endógenos permitem uma variação do biorritmo de repouso e atividade. Os estímulos luminosos inibem a secreção de melatonina, que, ao atingir seu pico máximo nas primeiras horas da noite, auxilia na deflagração do sono. Outrossim, o aumento matutino da secreção do hormônio tireoidiano, de cortisol e de insulina, eleva a atividade metabólica e disponibiliza mais glicose às células, facilitando a vigília. Dentre tantos mecanismos reguladores do ciclo sono-vigília, destaca-se, ainda, a temperatura corpórea. As mínimas variações térmicas ao longo das 24 horas são suficientes para facilitar ou dificultar a ocorrência do sono ou da vigília (CULEBRAS, 1996).

A identificação exata das fases do sono pode ser realizada por meio do eletroencefalograma (EEG), do eletro-oculograma (EOG) e do eletromiograma submentoniano (EMG), que compõem a polissonografia (PSG), uma medida objetiva da qualidade do sono que será abordada em seção posterior. Em síntese, durante a vigília, ocorre atividade rápida no EEG cortical e elevado tônus muscular no EMG do pescoço; durante o sono de ondas lentas, instaura-se uma lentificação do EEG e detecta-se um baixo tônus muscular no EMG; no sono paradoxal, verifica-se uma atividade rápida no EEG e atonia no EMG (HIPÓLIDE, 2008).

As explicações desta seção reforçam que o sono e as características individuais a ele associadas devem ser examinados para auxiliar

nos processos de diagnóstico, tratamento e prevenção de transtornos. O conhecimento acerca da arquitetura do sono pode promover a saúde e qualidade de vida do ser humano.

2.4 TRANSTORNOS DO SONO

Os Transtornos do Sono (TS) compreendem alterações do padrão de sono que prejudicam o processo de dormir tanto em adultos quanto em crianças (CHOKROVERTY, 2010). Os TS são ocasionados por disfunções do ritmo circadiano ou por uma incapacidade em adaptar-se a mudanças impostas ou voluntárias no tempo e período de sono (BARION, 2011). A insônia, a sonolência diurna excessiva e as anormalidades de comportamento durante o sono representam os três sintomas cardinais na identificação desses distúrbios (LIM; FOLDVARY-SCHAEFER, 2010).

Os numerosos TS podem ser classificados com base em três sistemas: a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (CIDS) (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2014), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015) e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008). Tais sistemas classificatórios apresentam conceitos paralelos, e compõem, em seu corpo textual, diferentes critérios de inclusão das doenças, promovendo dificuldades na interpretação e diagnóstico. Encoraja-se o uso da CIDS, tendo em vista que esse instrumento provê uma taxonomia mais detalhada, tornando-se o mais utilizado pelos profissionais da medicina do sono para definição diagnóstica (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007).

Em 1979, elaborou-se a primeira versão da Classificação Diagnóstica dos Transtornos do Sono e Vigília, fundamentada nas queixas dos pacientes. Em 1997, essa versão foi revisada (CIDS-1) e organizada de acordo com os principais sintomas relacionados aos problemas do sono. Com o desenvolvimento da pesquisa, incorporaram-se outras categorias embasadas na fisiopatologia dos problemas e originou-se, então, a segunda edição (CIDS-2),

revisada e publicada em 2005 (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2005). Fez-se uma atualização em 2014 (CIDS-3), cujas principais alterações incluem a consolidação de todos os tipos de insônia em um único diagnóstico (insônia crônica), a divisão da narcolepsia em tipos 1 e 2 e a adição do diagnóstico de apneia do sono de origem central (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2014).

Dessa maneira, a nova classificação combina uma apresentação sintomática (por exemplo, insônia) com outra organizada em parte pela fisiopatologia (ritmo circadiano) e em parte pelo sistema corporal envolvido (transtornos respiratórios). Ela é dividida em seis categorias que listam diversos tipos de TS: insônia, transtornos respiratórios relacionados ao sono, hipersonias de origem central, transtornos do ritmo circadiano, transtornos do movimento relacionado ao sono e parassonias (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2014) (Quadro 1).

TIPOS	SUBTIPOS
<p>4. TRANSTORNOS DO RITMO CIRCADIANO DO SONO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Transtornos do ritmo circadiano do sono, tipo atraso de fase do sono ▶ Transtornos do ritmo circadiano do sono, tipo avanço de fase do sono ▶ Transtornos do ritmo circadiano, tipo sono-vigília irregular ▶ Transtornos do ritmo circadiano, tipo livre curso ▶ Transtornos do ritmo circadiano do sono, tipo <i>jet lag</i> ▶ Outros transtornos do ritmo circadiano do sono não especificado
<p>5. PARASSONIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Transtornos do despertar (do sono NREM): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Despertar confusional ▪ Sonambulismo ▪ Terror noturno ▪ Transtorno do comer relacionado ao sono ▶ Parassonias relacionadas ao sono REM: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transtorno comportamental do sono REM ▪ Paralisia do sono isolada e recorrente ▪ Transtornos de pesadelos ▶ Outras parassonias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Síndrome da explosão da cabeça ▪ Alucinações relacionadas ao sono ▪ Enurese do sono ▪ Parassonias por condições clínicas ▪ Parassonias causadas por drogas ou substâncias ▪ Parassonias inespecíficas
<p>6. TRANSTORNOS DO MOVIMENTO RELACIONADOS AO SONO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Síndrome das pernas inquietas ▶ Transtorno dos movimentos periódicos dos membros ▶ Câimbras de pernas relacionadas ao sono ▶ Bruxismo relacionado ao sono ▶ Transtorno de movimentos rítmicos relacionados ao sono ▶ Mioclonia do sono benigna da infância ▶ Mioclonia espinhal do início do sono ▶ Transtorno de movimento relacionado ao sono causado por condições clínicas ▶ Transtorno de movimento relacionado ao sono causado por drogas ou substâncias ▶ Transtorno de movimento relacionado ao sono inespecífico

O conhecimento acerca dos TS torna cada vez mais evidente o relevante papel do sono na prevenção de doenças, manutenção, reparação e restauração da saúde física e mental. A sua privação, independentemente de sua origem, associa-se com um aumento em todas as causas de mortalidade. Em um estudo de revisão, identificou-se que indivíduos expostos à privação do sono apresentam maior probabilidade de desenvolver deficiência de atenção e cognitiva, redução da memória no trabalho, demência e desenvolvimento de doenças neurológicas (MILLER, 2015).

Em vista disso, os TS podem ser considerados agravos à saúde pessoal e coletiva, pois, de modo peculiar, o sono desajustado pode afetar direta ou indiretamente numerosas pessoas com repercussões médicas, econômicas e sociais. O reconhecimento precoce dos sintomas dos TS e o cuidado de qualquer situação ou doença que possa colaborar para a sua existência ou impedir a qualidade/quantidade adequada do sono devem estar intrinsecamente articulados na prática dos profissionais de saúde, pois suas manifestações são consonantes a um pedido de ajuda que resulta em uma qualidade de vida ruim decorrente de falhas no sono.

2.4.1 TRATAMENTO: IMPORTÂNCIA DA HIGIENE DO SONO

Milhões de pessoas que sofrem de TS permanecem sem diagnóstico e tratamento. A maioria das comunidades americanas não apresentam recursos adequados para atender às exigências clínicas relativas aos TS (COLTEN; ALTEVOGT, 2006). Muitos distúrbios do sono são multifatoriais e respondem melhor a uma abordagem holística, que inclui modificações de estilo de vida, mudanças de comportamento, farmacoterapia, terapia de pressão positiva contínua das vias respiratórias ou cirurgia (LIM; FOLDVARY-SCHAEFER, 2010).

Antes da implementação de drogas ou outras terapias, o tratamento desses agravos deve iniciar com atenção ao ambiente e hábitos pessoais de sono. Conforme mencionam Onen et al. (1994), o desenvolvimento de hábitos de sono saudáveis requer um complexo equilíbrio entre comportamento,

meio ambiente e ritmo circadiano. Assim, denomina-se “higiene do sono” o conjunto de práticas comportamentais projetadas para promover melhores hábitos de sono e aumentar a consciência e o conhecimento do impacto destas práticas na qualidade de vida (CABALLO; BUELA-CASAL, 1990; JEFFERSON et al., 2005).

A maioria dos programas de tratamento de insônia tem incorporado a higiene do sono como uma primeira abordagem. Harvey et al. (2002) aplicaram uma intervenção de tratamento cognitivo-comportamental ao longo de seis sessões, que incluíam informações sobre educação e higiene do sono, controle de estímulos e restrição do sono. Os resultados mostraram que a programação do sono e a reestruturação cognitiva foram os métodos com maior probabilidade de produzir melhorias significativas na latência do sono e da vigília noturna com base em uma combinação ampla de técnicas de ensino, como higiene do sono, relaxamento e métodos de bloqueio do pensamento. Corroborando tais resultados, no prisma da higiene do sono, uma pesquisa americana demonstrou que indivíduos insones envolvem-se pouco nas práticas de higiene do sono, pois demonstraram tabagismo e consumo de álcool antes de dormir, os quais podem exacerbar ou perpetuar a insônia (JEFFERSON et al., 2005).

Observa-se que, dentre as regras de higiene do sono mais difundidas no meio científico, estão: redução do tempo gasto no leito; controle dos horários de dormir e despertar; prática de exercícios físicos nos períodos matutino ou vespertino; supressão de ruídos e luminosidade no quarto; regulação da temperatura do ambiente; ingestão de lanches leves próximos ao horário de dormir; preservar-se do uso de medicamentos para dormir; contenção no consumo de derivados de cafeína, álcool e tabaco; não se obrigar a dormir; eliminação de relógios no quarto (STEPANSKI; WYATT, 2003); prática de cochilo durante o dia (com duração breve de no máximo 15 minutos) (LOVATO; LACK, 2010); prática de atividades de relaxamento antes de dormir; limitação de líquidos no período noturno; banhos mornos; uso do quarto somente quando for dormir; retirar-se da cama em caso de despertares; uso de camas confortáveis e a anotação das preocupações em uma lista, antes de dormir (STEPANSKI; WYATT, 2003).

Nesse sentido, outros autores detalham mais aspectos que merecem atenção. A interferência da cafeína e do álcool na arquitetura do sono tem sido amplamente investigada. Os efeitos da cafeína relacionam-se ao bloqueio de receptores de adenosina e, conseqüentemente, de seus efeitos inibitórios envolvidos na neurotransmissão. Sua ingestão 30 a 60 minutos antes de dormir pode reduzir o tempo total de sono (BYRNE et al., 2012; OLINI; KURTH; HUBER, 2013; SNEL; LORIST, 2011). Considera-se que o álcool pode atuar tanto como um agente sedativo ou relaxante quando consumido moderadamente antes de dormir, quanto pode conduzir a despertares noturnos em decorrência da ativação simpática, se consumido em excesso (EBRAHIM et al., 2013; SCHOENBORN; ADAMS, 2008).

Uma investigação romena, acerca da conscientização das práticas de higiene do sono e da sua qualidade, constatou que a consciência sobre a higiene foi moderada em geral e significativamente pior em adultos jovens (em comparação com as outras faixas etárias) e naqueles com queixas de sono ruim (em comparação com aqueles com bom sono). Ainda, os resultados sugeriram que a sensibilização sobre a higiene do sono não garante, necessariamente, uma melhor qualidade do sono (VOINESCU; SZENTAGOTAI, 2015).

O III Consenso Brasileiro de Insônia (2013) incluiu a higiene do sono como técnica comportamental para o tratamento de TS. Em suas consignas, afirma que essa intervenção pseudoeducacional, embora não apresente eficácia como monoterapia, ensina os pacientes a evitarem fatores externos ou ambientais que produzem efeitos deletérios ao sono. As principais recomendações que abarcam essa prática incluem:

[...] evitar o uso de substâncias estimulantes próximas ao horário de dormir, como a ingestão de cafeína; não consumir bebidas alcoólicas, já que estas podem causar fragmentação do sono, sono não reparador, além de desenvolver o risco de dependência; praticar exercícios físicos regularmente, porém somente até três horas antes do horário de dormir, levando-se em conta o aumento da temperatura corporal; evitar barulho, luz excessiva e temperaturas elevadas no ambiente de dormir; garantir conforto da cama e do ambiente e evitar comer em excesso antes de deitar-se (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO, 2013, p. 131).

Como visto, diante da relevância do sono para a saúde e considerando a vulnerabilidade de diversas populações aos distúrbios do sono, recomenda-se a promoção da saúde, no sentido de educar para a adoção de medidas de higiene do sono e melhoria na qualidade de vida. Tais medidas podem ser consideradas de baixo custo e de alta possibilidade de divulgação, devendo ser incluídas como parte de um estilo de vida saudável.

2.5 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO

A qualidade do sono consiste em um constructo clínico que representa um fenômeno complexo, de trabalhosa mensuração objetiva. Conceitua-se qualidade do sono como a capacidade do ser humano em manter o sono em estado ótimo por longos períodos, durante a noite (BUYSSE et al., 1989).

A avaliação da qualidade do sono inclui, além de medidas objetivas, avaliação clínica e mensurações subjetivas (BERTOLAZI, 2008). Assim, a boa qualidade do sono, sob o prisma subjetivo, define-se com base na percepção de indivíduos com facilidade para adormecer e/ou que relatam a duração do sono suficiente, de modo que se sentem descansados ao acordar e não experimentam sonolência diurna excessiva. Já os métodos objetivos mensuram alguns aspectos do sono— como duração, eficiência, fragmentação— e o ciclo dos estágios do sono (LANDRY; BEST; LIU-AMBROSE, 2015).

A abordagem clínica inicial constitui-se na primeira etapa para o diagnóstico de TS. Fundamenta-se em observação clínica com enfoque na história e exame físico. O relato detalhado consiste no principal componente da avaliação e pode ser complementado, sempre que possível, pelo depoimento de outros indivíduos (tais como companheiros, familiares) (CHOKROVERTY, 2010).

Algumas informações são essenciais nessa investigação, como: sintomas (incluindo duração, frequência e gravidade dos TS), fatores precipitantes, predisponentes ou perpetuantes, o período de latência para dormir, a duração do sono e o motivo que origina os despertares noturnos. Alguns sintomas noturnos também necessitam ser inquiridos: roncos, respiração bucal, apneia, dispneia,

refluxo gastroesofágico, nictúria, disfunção erétil, sonambulismo, bruxismo, movimento das pernas. Atenção especial deve ser dada a alguns sintomas diurnos: sonolência, alterações de humor, queda da produtividade, dificuldade de concentração e memória, diminuição da atenção na condução de veículos, cataplexia e alucinações. Compõe ainda essa análise a averiguação sobre o uso de cafeína, álcool e bebidas energéticas (CHOKROVERTY, 2010).

Ademais, o exame físico incorpora outros achados, como medidas de altura, peso, cálculo do índice de massa corpórea (IMC), circunferência do pescoço, pressão arterial sistêmica e frequência cardíaca. A avaliação de todos os sistemas corpóreos, especialmente de cabeça e pescoço e o exame neurológico subsidiarão o diagnóstico e tratamento dos TS (SHELGIKAR; CHERVIN, 2013).

Importa destacar que as características individuais podem interferir na qualidade do sono, fato que fortalece a importância da avaliação subjetiva aliadas às medidas de laboratório (BUYSSE et al., 1989). Além disso, a implementação das avaliações subjetivas ocorre de forma rápida e simples e são aplicadas, atualmente, em pesquisas de intervenção e ensaios clínicos (LANDRY; BEST; LIU-AMBROSE, 2015). Mesmo diante disso, alguns estudos sugerem a associação entre as medidas objetivas e subjetivas para a amplificação da análise da qualidade do sono em seus diferentes aspectos (BERT; FULLUM; CARRIER, 2010; BUYSSE et al., 1989; JOHNS, 1991). Em contraponto, outros autores inferem que a qualidade do sono percebida difere da qualidade do sono verificada objetivamente, pois não constataram associação entre as medidas objetivas e subjetivas (FARAHANI et al., 2014; LANDRY; BEST; LIU-AMBROSE, 2015; LUND et al., 2013; MAJER et al., 2007).

A avaliação subjetiva do sono pode ser feita pela aplicação de diversos questionários para fins diagnósticos, monitorização da resposta aos tratamentos instituídos, em estudos epidemiológicos ou pesquisas clínicas. Alguns deles cunham o sono em seus aspectos gerais, outros empenham-se em investigar a sua qualidade, aspectos comportamentais associados, despertares noturnos ou sonolência diurna excessiva. Percebe-se, porém, que grande parte dos escritos foi produzido na língua inglesa ou direcionado a populações específicas, fato que

remete à necessidade de validação transcultural para o desocultamento do fenômeno estudado e avaliação de suas propriedades psicométricas (BERTOLAZI, 2008).

Desde sua introdução, o PSQI sobressaiu-se como uma avaliação “padrão-ouro” na medida subjetiva da qualidade do sono. Tal instrumento, de natureza retrospectiva, foi originalmente desenvolvido para fornecer aos pesquisadores uma estimativa válida e padronizada da qualidade do sono do indivíduo no mês anterior à pesquisa. Os achados oriundos da aplicação do PSQI permitem a classificação dos entrevistados em “bons” ou “maus” dormidores (BUYSSE et al., 1989). Já a *Epworth Sleep Scale* (ESS) proporciona uma avaliação da sonolência diurna excessiva, referindo-se à possibilidade de cochilos nas situações cotidianas (BERTOLAZI, 2008; JOHNS, 1991). Outro instrumento, o *Sleep Disorders Questionnaire*, avalia aspectos sobre apneia do sono, narcolepsia, movimentos límbicos periódicos e distúrbios psiquiátricos do sono (DOUGLASS et al., 1994). O *Mini-Sleep Questionnaire*, composto por dez questões, possibilita o reconhecimento de dificuldades para dormir, despertar cedo, fadiga e despertares noturnos frequentes (ZOMER et al., 1985). Em convergência, o *Basic Nordic Sleep Questionnaire* aborda itens sobre a frequência diurna e noturna de queixas sobre os distúrbios do sono nos últimos três meses. Há ainda a *Escala de Sonolência de Stanford*, que pondera a sonolência momentânea (HODDES; ZARCONE; DEMENT, 1972). Os instrumentos supracitados integram apenas alguns exemplos de avaliação subjetiva do sono, uma vez que existem outras escalas destinadas a populações mais específicas ou para determinadas alterações orgânicas.

A avaliação adequada dos TS pode, ainda, requerer documentação objetiva. A Sociedade Americana de Transtornos do Sono recomenda a prática de PSG em condições do sono relacionadas aos problemas respiratórios, narcolepsia, parassonias, síndrome das pernas inquietas, depressão com insônia, transtornos do ritmo circadiano, distúrbios neurológicos e movimento límbico periódico (KUSHIDA et al., 2005). Este exame resume-se a uma ferramenta de referência no diagnóstico dos distúrbios do sono que se desenvolve em laboratório por meio do registro de múltiplos canais que procedem à verificação de parâmetros fisiológicos como o EEG, EOG, EMG do mento e membros, ECG,

frequência cardíaca, teste de esforço respiratório, fluxo de ar e oximetria de pulso. Canais adicionais podem ser instalados em determinadas situações (CHESSON et al., 1997). Os principais resultados obtidos compreendem, no tempo total do sono, tempo de vigília, tempo total de registro, eficiência do sono, latência para o início do sono, latência para o sono REM e demais estágios e duração e proporções dos estágios do sono (DOUGLAS; THOMAS; JAN, 1992).

A literatura registra diversas dificuldades práticas e também quanto aos custos da PSG, que consiste em uma técnica aplicada em ambiente clínico, de forma trabalhosa e de alto custo em razão do equipamento especializado envolvido nos procedimentos, resultando, assim, em longas listas de espera (BEECROFT et al., 2008). Por isso, outras medidas objetivas não invasivas, menos dispendiosas e mais fáceis de serem utilizadas em ambientes não laboratoriais estão em andamento para substituição da PSG. Uma revisão sistemática de literatura encontrou nove métodos não invasivos como alternativas à PSG: *actigrafia (ACTG)*; *bed ACTG*; *bed occupancy sensor (BOS)*; *static charge sensitive bed (SCSB)*; sensores sem contato de movimento do corpo (braços e pálpebras); observações; *sleep switch device*; *watchPAT* e o *REMview*. A ACTG é o método mais amplamente utilizado nos mais variados tipos de populações. Os demais dispositivos ainda não foram suficientemente validados e permanecem no nível de protótipos (VAN DE WATER; HOLMES; HURLEY, 2011).

A ACTG é uma técnica utilizada para verificação do ciclo sono-vigília por meio de um dispositivo colocado no pulso. Trata-se de um método prático que permite avaliar os movimentos e obter informações como o tempo total do sono, tempo total acordado, número de despertares e latência para o sono. É bastante confiável para aplicação em indivíduos saudáveis em uma avaliação rotineira de insônia, distúrbios do ritmo circadiano, sonolência excessiva e pode ainda ser útil no acompanhamento de pessoas com síndrome das pernas inquietas (LITTNER et al., 2003).

Considerando todas essas vertentes, reforça-se que a avaliação da qualidade do sono por seus diversos métodos de abordagem tornou-se fundamental para o reconhecimento de problemas relacionados a essa temática. A

prevenção, a identificação de sinais e sintomas, bem como o diagnóstico e o tratamento dos distúrbios do sono constituem ações que auxiliam a manutenção da saúde física, cognitiva e emocional.

2.6 O TRABALHO DOCENTE

O trabalho docente, assim como todas as outras práticas laborais, ancora-se, sobremaneira, nos processos estabelecidos a partir de determinantes e condicionantes históricos e sociais. Dessa maneira, é fundamental compreender a inserção de suas facetas nos diferentes espaços de tempo para melhor entender sua evolução e sua realidade atual.

Dito isto, faz-se mister depreender alguns preceitos básicos para contextualizar o trabalho do professor e suas implicações na temática sono e qualidade de vida. Assim, em primeira instância, para melhor perceber as transformações no mundo laboral, é importante iluminar a etimologia da palavra trabalho.

Com origem na palavra latina *tripalium*, corresponde, primeiramente, a uma ferramenta de três pontas para utilizar na lavoura e, tempos depois, a um instrumento utilizado para punir condenados, que, ao perder a liberdade, eram submetidos à tortura. Nesse sentido, a conotação do termo remetia à ideia de sofrimento, castigo e desqualificação (CODÓ; SAMPAIO; HITOMI, 1995), reforçada por passagens bíblicas que enfatizam esse aspecto, associando a fadiga do trabalho diário à desobediência relatada no primeiro livro. Desse modo, valores culturais, mitos e crenças acabaram por produzir no homem uma percepção negativa do trabalho.

Marx, na tentativa de desmistificar o senso comum e conduzir a uma reflexão, afirma que o trabalho consiste em um processo entre o homem e a natureza, no qual o homem, por meio de sua ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza (MARX, 2002). É neste contexto que emerge como objeto de estudo nas análises de Marx, em sua obra *O capital*, a temática

“condições de trabalho e suas implicações para a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores”, em que abordou as condições de trabalho do operariado inglês a partir da primeira Revolução Industrial. Ao desvelar o conceito da mais-valia na dinâmica do desenvolvimento capitalista, Marx iniciou uma discussão acerca da exploração do trabalho assalariado e seus efeitos sobre as condições de trabalho (MARX, 2002).

As discussões sobre as condições de trabalho recrudesceram ao final do século XIX e início do século XX, com o estabelecimento da indústria como foco da produção capitalista, cenário em que surgem o taylorismo e o fordismo, novas formas de gestão do trabalho. O taylorismo originou-se da implementação da padronização de tarefas, ou seja, na criação de métodos que aumentariam a produtividade por meio de tarefas rotineiras e repetitivas. Chamou-se fordismo à racionalização da produção instituída por Henry Ford, em 1913, ao hierarquizar as tarefas para o aumento da produção e disponibilidade de produtos aos consumidores. Uma análise crítica acerca dos impactos da dupla taylorismo-fordismo permite inferir que se fundamentam na exploração do trabalhador, na fragmentação de sua identidade e na mecanização. Ademais, dicotomizaram o trabalho manual e o intelectual, fazendo esvaír-se o sentido da força produtiva exercida pelo indivíduo (LIMA; BRISOLA, 2014).

A partir da década de 1980, a atividade produtiva baseada no taylorismo sofreu algumas transformações. Surgiram ferramentas de gestão focadas na produção rápida e altamente rotativa, como o sistema *Just in time*, querendo dizer do aproveitamento máximo do tempo de trabalho, o sistema *Kanban* com a logística de reposição mínima e o *Kaizen*, buscando a melhoria contínua (LIMA; BRISOLA, 2014).

O processo de trabalho passa a ser visto como uma articulação entre produção, consumo e necessidades dos indivíduos, expressando suas bases mecanicistas cartesianas. O pensamento cartesiano, iniciado por René Descartes, privilegia a razão e a considera como base de todo o conhecimento. Tal paradigma divide o saber em especialidades, traz regras para o pensamento racional e influencia uma perspectiva reducionista e mecanicista. O cartesianismo

proporcionou avanços tecnológicos e científicos mediante a fragmentação de conhecimentos, que se impôs gradualmente na compreensão da realidade, até que, após séculos, principiassem a assomar “primeiro os limites, as insuficiências e as carências do pensamento simplificador”, até começar a delinear “o uno e os múltiplos” (MORIN, 2015, p. 6).

Surgem, ainda que de forma genérica, mas com crescente efeito, estudos sobre processo e condições de trabalho – estas já investigadas a partir dos anos 1920. Compreende-se por condições de trabalho fenômenos complexos de caráter multi e interdisciplinar (BORGES et al., 2013). Tal terminologia cursa com a análise dos problemas de saúde dos trabalhadores e “designa as circunstâncias em que o trabalhador mobiliza suas capacidades para obter os resultados almejados” (ASSUNÇÃO, 2003, p. 1013). Para sua apreciação, faz-se necessária a incorporação de elementos do trabalho em si e de seu entorno (RAMOS et al., 2002), que influenciam significativamente tanto as experiências laborativas quanto a dinâmica das relações de trabalho (RIBAS, 2003). Alguns autores implementaram uma classificação, para organizar as diversas tipologias de condições de trabalho, incluindo as seguintes dimensões: condições físicas e materiais, condições contratuais e jurídicas, processos e características da atividade e condições do ambiente sociogerencial (BORGES et al., 2015 *apud* SILVA; BORGES, 2015).

Em virtude da nova conformação que o trabalho foi assumindo, as organizações prestadoras de serviço – incluídas aí as instituições de ensino – foram crescendo em número e, sobretudo, em importância, sendo plenamente assimiladas pela sociedade. Sensíveis às defasagens diante das mudanças ocorridas também no âmbito da educação, os princípios das Diretrizes Curriculares da Educação Básica no Brasil consideram que o processo educativo, em lugar de representar uma atitude parcial, fragmentada e recortada da ação humana, com base apenas numa racionalidade estratégico-procedimental, deve mesclar o trabalho pedagógico com a vida humana em sua globalidade, tornando sua atuação eficaz pela articulação intersetorial com o estudante, a família, os órgãos do poder público e os diferentes segmentos da sociedade (BRASIL, 2013).

Há aspectos negativos nesse processo e, cada vez mais, um número considerável desses profissionais, os professores, estão perdendo o idealismo e o comprometimento com o trabalho que realizam, tornando-se descrentes, descomprometidos e omissos em relação às atividades desenvolvidas com a população. Percebe-se que parte da sociedade trata esses trabalhadores e as organizações escolares com desapontamento e descrédito, o que pode revelar, um sério problema social (CASTRO, 2010).

No que diz respeito ao professor, trata-se de discutir sua imagem social e pública, pois, ao mesmo tempo em que sobre ele repousam grandes expectativas de um futuro melhor pela via da escolarização, tem-se também a sua vinculação a uma escola de massas socialmente desvalorizada e desprestigiada (LEMOS, 2009). A relevância em desenvolver estudos sobre esses profissionais extrapola a simples análise de seu valor para a sociedade como uma via para a construção da cidadania e colabora para investir na prevenção e promoção da saúde do docente, assegurando, assim, sustentabilidade social (VEDOVATO; MONTEIRO, 2014).

Tem-se a educação como elemento propulsor do desenvolvimento de uma nação e as diversas camadas da sociedade reconhecem seu papel na formação de cidadãos. Embora não seja pré-condição para que o indivíduo seja cidadão, constitui-se em um meio fundamental de disseminação de ferramentas básicas para o exercício da cidadania (BYDŁOWSKI; LEFÈVRE; PEREIRA, 2011). Os conceitos de cidadania e educação devem ser compreendidos como processos de conquista ou construções permanentes, que variam de acordo com o tempo e o lugar (WANDERLEY, 2009).

O conceito de cidadania, depois de ralos esboços na Antiguidade, começou a ser construído na antiga Grécia, ramificando-se da democracia, da qual compartilha. Da participação do homem político nas *polis* às lutas na Revolução Francesa, extrai-se a definição de cidadania como um conjunto de direitos e deveres. As lutas incessantes pelos direitos do homem no exercício da cidadania garantiram grandes conquistas nos últimos três séculos, mesmo entre contestações e limitações. No século XVIII, tem-se o advento dos direitos civis:

manifestação do pensamento e expressão, locomoção, associação, integridade física e liberdade religiosa; no século XIX, ocorreram significativos avanços nos direitos políticos, como criar partidos, acatar decisões das majorias e respeitar as minorias, votar e ser votado; no século XX, os direitos sociais despontam com progressos nas áreas da saúde, educação, previdência, seguridade e trabalho (WANDERLEY, 2009).

Um conceito mais ampliado caracteriza a educação como uma ação inclusiva de todos os processos formativos que ocorrem nas diferentes manifestações do relacionamento humano (BYDLOWSKI; LEFÈVRE; PEREIRA, 2011). A educação apresenta como propósitos na sociedade democrática: estimular o discernimento dos cidadãos nas esferas política, econômica e social, cultivar competências cognitivas, técnicas e associativas para que os cidadãos sejam protagonistas em suas relações sociais com o Estado e mercado de trabalho, e desenvolver atividades que contribuam para o fortalecimento do capital social (VALDIVIESO, 2003). Para cooperar no alcance desses propósitos, pode-se recorrer a estratégias como: fortalecimento da sociedade civil na formulação de políticas educacionais, na sua organização e funcionamento, estímulo à participação ativa dos membros da comunidade e avaliação das instituições de ensino (WANDERLEY, 2009).

Em um estudo com 40 professores da rede pública da cidade de São Paulo a respeito da percepção de professores e alunos sobre o papel da escola na formação da cidadania, observou-se que todos os professores referiram-se à escola como um espaço no qual a cidadania deve ser ensinada por meio de métodos ativos e uso de diversas ferramentas pedagógicas. Concordaram, ainda, que essa tarefa é desafiadora e permeada por diversos aspectos, como: a realidade experienciada pelo aluno o conduz à formação de opinião prévia, pais despreparados para orientar seus filhos na formação da cidadania, nova configuração familiar e famílias desestruturadas (BYDLOWSKI; LEFÈVRE; PEREIRA, 2011).

Neste sentido, insere-se a instituição escolar que envolve tramas sociais e encontros e desencontros da vida nas mais diversas dimensões. A

escola é um modelo de grupo social organizado que viabiliza uma integração entre professores, pais ou responsáveis pelos alunos e comunidade, permitindo o exercício da cidadania (BYDLOWSKI; LEFÈVRE; PEREIRA, 2011). Nesse ambiente educativo, consolida-se o direito universal à educação como alicerce indispensável para o exercício pleno do direito à cidadania. É o espaço no qual o sujeito aprende a constituir e reconstituir sua identidade (BRASIL, 2013). Configura-se em um espaço democrático que deve abarcar o pluralismo de ideias com predomínio da liberdade para a construção de todas as condições necessárias à atuação consciente e competente do professor, qualificando-o para o papel que lhe cabe na qualidade de protagonista do processo educativo (BRASIL, 2009).

Ao contemplar a valorização profissional no contexto do sistema nacional articulado de educação, Vanelli (2009) reconhece que a qualidade dos ambientes escolares e, também, o modelo de gestão, as condições de trabalho pedagógico e funcional, a valorização do magistério com a reformulação das políticas acerca da remuneração e planos de carreira têm impacto direto no desempenho dos trabalhadores da educação e na qualidade de ensino. Todos os aspectos que permeiam este cenário imbricam-se com as condições do trabalho docente contingenciado por condições materiais de ordem institucional, social e econômica e devem conferir qualidade ao ensino. Isso se expressa já a partir do número de alunos, em quantidade tal, que permita ao professor prestar assistência individualizada, também em reconhecimento da especificidade da atividade de ensino e garantia aos docentes de plena dedicação às suas funções, acesso aos recursos didáticos, remuneração adequada à função, de modo a proporcionar acesso à qualificação profissional e aos bens culturais (UNESCO, 1966).

É essencial empreender uma reflexão acerca do significado e do sentido do trabalho docente. O trabalho do professor consiste em uma ação formada por uma função psicológica precisa e por condições concretas e prescritivas entrelaçadas aos aspectos culturais e históricos mais amplos (NOGUEIRA, 2012). Na sociedade capitalista, a partir da divisão social do trabalho e ampliação das relações de exploração do trabalhador, houve uma ruptura entre o significado e o sentido das ações, o que as tornou, alienadas. Desse modo, o

trabalho do professor configura-se como alienado quando o sentido não corresponder ao significado socialmente fixado. O significado é formado pela finalidade da ação de ensinar, isto é, tem função mediadora entre o aluno e os instrumentos culturais que possibilitarão uma ampliação da compreensão da realidade. O sentido relaciona-se ao trabalho realizado pelo professor, ao que o incita e o motiva a fazer o que faz. Logo um professor que opta pela carreira somente para garantir sua sobrevivência, ou seja, tendo em vista apenas seu salário, promove uma cisão entre o significado e o sentido de sua atividade. Essa alienação conduz à descaracterização da prática educativa escolar (BASSO, 1998; LEMOS, 2009).

A literatura registra que o professor é responsável direto pela qualidade do ensino, pela disciplina na sala de aula, pela motivação dos alunos e, sobretudo, pelo seu sucesso ou fracasso escolar (PINTO; GARCIA; LETICHEVSKY, 2006). Em um dos documentos mais completos sobre a profissionalização docente elaborado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) a respeito da “recomendação relativa à condição docente”, conceituou-se o termo docente como o que designa “todas as pessoas que nas escolas assumem a responsabilidade da educação dos alunos” (UNESCO, 1966, p. 5). Ainda projetou a expressão “condição docente” como posição social reconhecida na sociedade e inserida no contexto das especificidades e condições materiais de trabalho historicamente constituída, sendo que estas “devem favorecer, ao máximo, a eficácia do ensino e permitir-lhes dedicação total às suas tarefas profissionais” (UNESCO, 1966, p. 6). Toda essa questão também influenciou e influencia a atuação na docência.

Salienta-se que os papéis exercidos por profissionais de ensino – professor, educador, docente e mestre – dentro da sociedade escolar são frequentemente empregados como sinônimos; todavia, apresentam diferentes significados. Infere-se que, independentemente da terminologia utilizada, esses trabalhadores vivenciam semelhanças em relação ao ambiente e condições de trabalho, formação básica e público-alvo. Entretanto, alguns apontamentos revelam que o professor consiste em um profissional estritamente técnico com

função transmissora de conhecimentos, desvinculado do contexto social no qual os alunos se inserem, adotando um modelo de processo ensino-aprendizagem conteudista (ABREU NETO, 2015; FREIRE, 2002; LINS, 2016; NOGUEIRA et al., 2014).

Em contrapartida, o educador introduz significado ao conhecimento que ministra e orienta sua prática para a formação integral do ser humano com ferramentas que demonstram interesse, humildade, discernimento, atitude e compromisso, acercando-se das questões sobre família e sociedade. Exerce sua função, portanto, não apenas como prática social, mas, como ideal de vida (ABREU NETO, 2015; FREIRE, 2002; LINS, 2016; NOGUEIRA et al., 2014). Corroborando, Nogueira et al. (2014, p. 6) acrescentam que o educador “inicia sua função principal quando o foco é o compromisso de trabalhar com amor e paixão, buscando entender os anseios e as dificuldades do aluno, com foco nos valores importantes para a autonomia do ser humano”. Segundo o dicionário Aurélio, a palavra “mestre” significa “pessoa de grande qualidade, que domina muito bem uma profissão ou uma atividade”. Na mesma referência, docente pode ser definido como “relativo a professores, que ensina” (FERREIRA, 2016).

Em vista das diversas conceituações que permeiam o trabalho docente e das transformações da sociedade, desponta a necessidade do professor tornar-se um educador. A concepção de educador denota uma resposta social daqueles que buscam uma nova sociedade. Evidencia-se, assim, que o professor deve tornar-se um educador para promover mudanças, principalmente em relação a um novo olhar e agir para formar cidadãos conscientes de seu papel em uma sociedade em contínua construção (LINS, 2016).

Postula-se que uma das principais responsabilidades da carreira docente é a melhoria da qualidade da educação. Para tanto, as políticas governamentais devem garantir a concretização deste ensino de qualidade nas escolas, bem como assegurar que indivíduos com boas práticas educativas tornem-se futuros professores. Com base em padrões docentes implantados em outros países, estabeleceram-se referenciais para o Exame Nacional de Ingresso na Carreira Docente, destacando modelos de qualidade para a definição do perfil de um educador competente. Entre outros, citam-se: trabalhar em equipe,

conhecer as políticas educacionais e o projeto político pedagógico de sua instituição, avaliar e monitorar o processo ensino-aprendizagem, comunicar-se efetivamente com os responsáveis pelo aluno, selecionar recursos didáticos que facilitem o alcance dos objetivos de aprendizagem, conhecer o contexto e experiências de vida de seus alunos e dominar o conteúdo das disciplinas que leciona (BRASIL, 2010).

Por outro lado, é fundamental a integração entre o mundo do trabalho e as universidades para a formação de profissionais engajados com os pressupostos da política educacional vigente, professores com efetividade e comprometimento quanto ao processo ensino-aprendizado e à transformação da sociedade. As universidades nem sempre dispõem de recursos adequados para assegurar que seus graduandos sejam bons professores e o mercado de trabalho, por sua vez, necessita de uma nova atitude no recrutamento de professores de qualidade, de treinamento e de um compromisso genuíno em desvelar se esses novos profissionais serão, ou não, bem-sucedidos na carreira docente (CAREY, 2009).

A categoria de professores constitui um setor quantitativamente expressivo da população de trabalhadores brasileiros, além de sua importância na reprodução social já relatada anteriormente (SOUZA; LEITE, 2011). As pesquisas envolvendo a temática “trabalho e saúde dos professores” têm sido amplamente discutidas e estudadas, no entanto, grande parte reflete apenas a autopercepção desses profissionais, que têm o trabalho docente como uma atividade repetitiva, fragmentada e de ritmo intenso (ARAÚJO et al., 2005; DELCOR et al., 2004; LIMA; LIMA-FILHO, 2009; SILVA; SILVA, 2013; SILVANY NETO, 2000; SOUZA; LEITE, 2011).

Em sua revisão de literatura, Nogueira (2012) destaca que a maioria dos autores aborda os aspectos do trabalho docente de forma marginal, ocultando as verdadeiras dimensões da atividade laboral humana, convergindo conspicuamente com a ideia de trabalho como simples atividade de execução, despojada de habilidades, ajustes e circunstâncias. Já a exploração de teses e dissertações desenvolvida por Souza e Leite (2011) revelou que estudos sobre a

saúde dos professores concentram-se somente em apresentar sintomas das patologias e estabelecem orientações para promoção da saúde e prevenção das situações mórbidas que os rodeiam (estudos prescritivos), mostrando-se desvinculados do entorno social.

Daldon e Lancman (2013), em uma revisão bibliográfica e documental, permitiram concluir que as pesquisas atuais sobre a saúde docente conduzem a uma reflexão a respeito da efetividade das políticas governamentais em assegurar a esta categoria profissional condições e processos de trabalho dignos, prevenção de problemas de saúde associados ao trabalho e formas de intervenção capazes de reverter os elevados índices de adoecimento e acidentes.

Estudos que envolvem as condições de trabalho e sua relação com a saúde do professor inserem-se em uma temática mais ampla denominada saúde do trabalhador, que consiste em:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, Artigo 6º, Parágrafo 3º).

Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 25) também conceituaram a saúde do trabalhador como “um corpo de práticas teóricas interdisciplinares — técnicas, sociais, humanas — e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum”.

As atividades aplicadas à saúde laboral no Brasil são, historicamente, de existência mais ou menos recente: a expressão saúde do trabalhador começou a ser utilizada no final dos anos 1970, apontando para um campo de conhecimento que ainda se insistia em vincular a outra área ou programa já existente, como um desenvolvimento do que já se fazia na medicina do trabalho e na saúde ocupacional (VASCONCELLOS, 2007).

A princípio, as medidas eram de iniciativa privada, com serviços médicos gratuitos oferecidos pelos empregadores aos trabalhadores com

condições de saúde desfavoráveis (SALIBA; CORRÊA, 1995). Em junho de 1972, integrando o plano de valorização do trabalhador, o governo federal aprovou a Portaria n.º 3.237, que, além de tornar obrigatória a existência de serviços médicos, incorporou a criação de serviços de higiene e segurança em todas as empresas com mais de 100 trabalhadores (BITENCOURT; QUELHAS, 1998).

As discussões sobre a saúde do trabalhador começam, então, a extrapolar o enfoque reducionista de causa-efeito a compreender melhor o papel exercido pelo trabalho na determinação social do processo saúde-doença. Considera-se, então, a multicausalidade como mola propulsora dos problemas de saúde associados ao trabalho, ou seja, a contribuição de um conjunto de fatores na produção da doença, opondo-se ao modelo tradicional até então adotado pela medicina do trabalho e pela saúde ocupacional (GOMEZ; LACAZ, 2005).

Seguindo o percurso da reforma sanitária, após intensas mobilizações dos atores envolvidos, realizou-se, em 1986, a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, cujo objetivo foi a formulação de uma política nacional de saúde do trabalhador. A síntese das propostas e a necessidade de uma redefinição da área resultaram em sua incorporação na Constituição Federal de 1988, no capítulo da saúde, como atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) (VASCONCELLOS, 2007).

Em 1998, com a promulgação da Portaria n.º 3.120 do Ministério da Saúde, aprovou-se a instrução normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS (VigiSat), que compreendia um conjunto de ações contínuas e sistemáticas para a detecção dos determinantes e condicionantes dos problemas ocupacionais relacionados aos ambientes de trabalho (BRASIL, 1998). Um dos marcos para o fortalecimento da Política de Saúde do Trabalhador no Brasil conformou-se na criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), a partir da Portaria Ministerial 1.679/2002, com o intuito de fornecer suporte técnico especializado para garantir a efetividade das ações e serviços da rede SUS (BRASIL, 2002). Ainda em 2011, o Decreto nº 7.602 instituiu a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), que abarca em suas

colocações a promoção da saúde e prevenção de acidentes relacionados ao ambiente de trabalho, por meio da eliminação ou redução dos riscos (BRASIL, 2011).

Em 2012, com base na Portaria n.º 1.823/2012 do Ministério da Saúde, estabeleceu-se a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que reforça a adoção de ações de atenção integral à saúde, com finalidade de instituir diretrizes, princípios, estratégias articuladas nas três esferas governamentais, avaliação e monitoramento e financiamento para o “desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade” (BRASIL, 2012).

Apesar dos numerosos avanços obtidos no decorrer de quase trinta anos nesta área, constata-se que as políticas nacionais ainda não se efetivam plenamente, na prática. Alguns fatores contribuíram para este resultado, como:

[...] deficiências históricas na efetivação das políticas públicas e sociais no país; baixa cobertura do sistema de proteção social; fragmentação do sistema de seguridade social; a nova configuração do mundo do trabalho e o modelo de atenção com o qual se habituaram a atuar os que militam no setor (GOMEZ; LACAZ, 2005, p.798).

A execução do trabalho consiste em um constante rearranjo de regras, na transgressão de procedimentos e na quebra de instruções para obter sucesso nas atividades e tarefas prescritas. Para se tornar competente no trabalho, requer-se um envolvimento total da subjetividade do trabalhador, que vai desde a aceitação do fracasso ou do sucesso até a contaminação das relações do ambiente doméstico com o trabalho. Assim, o trabalho é um mediador na construção da saúde mental, podendo corroborar a instauração de doenças psíquicas ou ser fonte geradora de prazer (DEJOURS, 2013).

O sofrimento não implica na presença de uma doença mental, pois os indivíduos conseguem se proteger e defender-se. A doença é uma condição de sofrimento insuportável, quando o trabalho exigido não permite aos sujeitos,

individual e coletivo, criarem mecanismos para que o sofrimento seja subvertido em prazer. As enfermidades surgem quando o trabalhador exauriu-se de suas possibilidades intelectuais e psicoafetivas para manejar as imposições da organização e percebe que não existem estratégias possíveis para a transformação ou adaptação de sua realidade no trabalho (LANCMAN; UCHIDA, 2003).

As questões nucleares que produzem sofrimento e culminam na depreciação da saúde física e psicológica do professor apresentam raízes na desvalorização e descrédito acerca de seu trabalho. O contexto social atual produziu mudanças na profissão docente e, concomitantemente, modificaram-se as expectativas, o apoio e o julgamento sobre esses profissionais. Embora a educação do ser humano para o exercício da cidadania e transformação da sociedade seja resultado de esforços articulados entre escola, família e sociedade, compreende-se que a responsabilidade educacional e os possíveis problemas sociais relacionados ao ambiente escolar são, em grande parte, atribuídos ao professor, mesmo quando seu compromisso real e capacidade para evitá-los é muito limitada (ESTEVE, 1999).

O veículo habitual do reconhecimento do trabalho docente concentra-se nas percepções subjetivas da sociedade em lugar de fundamentar-se em uma razão clara. O saber, a vocação e a abnegação antes aquilatados ao profissional que optava por trilhar a carreira docente foram ultrapassados e hoje o *status* social do professor estabelece-se a partir de seu nível de renda salarial. O sentimento de perseguição que permeia o trabalho docente advém de uma sociedade que impõe profundas mudanças em sua profissão, desconsiderando a capacidade individual do profissional para implementá-la (ESTEVE, 1999). A criação de vínculo na relação professor-aluno e a afetividade essenciais como mediadores do processo ensino-aprendizagem desintegram-se diante de inúmeras impossibilidades que invadem o cotidiano desses profissionais (CODO; GAZZOTTI, 2000).

Cada vez mais esta categoria profissional demonstra sinais de exaustão e desenvolvimento de doenças. Muitos optam pela alienação emocional

do trabalho e outros reconhecem que não apresentam um desempenho satisfatório. O sentimento negativo que permeia o ambiente educacional promove o estabelecimento de patologias, contribui para o aumento do número de professores afastados e aponta para uma intolerância à realidade que conflita entre o real e o ideal (ASSIS, 2008). Há mais de cinco décadas já se detectava uma deturpação do ensino brasileiro a partir da afirmação que denunciava uma situação educacional semelhante a uma pirâmide, cuja base não apresenta solidez e é tão tênue que se afila, aproximando-se de um obelisco, ao invés de uma pirâmide (TEIXEIRA, 1957). Essa degeneração da eficácia do trabalho docente pode ser elucidada a partir de três aspectos:

1. professores que deixam de atuar com qualidade porque sua personalidade fica afetada.
2. professores que se inibem e rotinizam seu trabalho profissional como mecanismo de defesa ante as condições em que exercem o magistério.
3. professores que não acabam de traçar uma linha clara de atuação, operando com uma conduta flutuante, impregnada de contradições, que não acaba de responder às transformações exigidas pela mudança do contexto social do magistério (ESTEVE, 1999, p.102).

Esteve (1999) contribuiu sobremaneira com o tema a partir de seus estudos com professores desenvolvidos na Universidade de Málaga, Espanha. Ele cunhou o termo *mal-estar docente* para designar um fenômeno de desolamento ou incômodo indefinido que acomete a personalidade do professor como resultado das condições psicológicas e sociais em que exerce a docência. Foram identificadas algumas consequências deste estado, como: insatisfação, inibição, transferência do local de trabalho, abandono da profissão, absenteísmo, esgotamento, ansiedade, estresse, depreciação do ego, neuroses reativas e depressão. As possíveis causas do *mal-estar docente* foram categorizadas em fatores primários, os quais atuam diretamente sobre o professor em sala de aula e fatores secundários, referentes às condições de trabalho e ao contexto em que se exerce a docência (ESTEVE, 1999).

A grande contribuição de Esteve foi analisar o trabalho do professor de forma contextualizada, na organização do trabalho e em seu entorno

social (SOUZA; LEITE, 2011). Com base nesse olhar, o mal-estar docente passa a ser visto como uma doença social provocada pela falta de apoio da sociedade ao professor, fazendo emergir as discussões sobre as condições de trabalho e saúde dos professores.

As condições de trabalho docente podem ser classificadas em condições de emprego e condições objetivas da realização do processo de trabalho (OLIVEIRA; ASSUNÇÃO, 2010). As condições de emprego remetem aos fatores relacionados à carreira docente com destaque para: salário, jornada de trabalho, tipos de contrato e formação continuada. As condições do processo de trabalho referem-se às condições materiais que oferecem suporte ao trabalho do professor (espaço físico, equipamentos, material didático, entre outros) (OLIVEIRA; DUARTE, 2011).

No que se refere aos problemas relacionados às condições de trabalho do professor, destacam-se nos estudos: carga horária elevada (BANNAL; UKAWA; TAMAKOSHI, 2015a; PEREIRA et al., 2014c), remuneração e benefícios insuficientes, condições de ruído e temperatura inadequadas, carência de ofertas de crescimento e aperfeiçoamento profissional pela instituição (OLIVEIRA; ASSUNÇÃO, 2010; PEREIRA et al., 2014b), superlotação das salas, cansaço físico (ZACCHI, 2004), complexidade das tarefas desenvolvidas e falta de recursos materiais, problemas sociofamiliares dos alunos, ritmos intensos, multiplicidade e simultaneidade de tarefas, posturas desconfortáveis, pouca valorização do trabalho, burocratização, dificuldades nas relações familiares (CARNEIRO, 2001; DELCOR et al., 2004; SILVANY NETO et al., 2000), altas demandas (ARAÚJO; DELCOR, 2006), exposição ao pó de giz, ventilação inadequada, dificuldades para carregar o material didático (ARAÚJO et al., 2005), falta de concursos públicos e crescimento da contratação temporária (MASCARELLO; BARROS, 2007), número insuficiente de servidores (SUZIN, 2005), desgaste nos deslocamentos entre os locais de trabalho (GOMES, 2002), má higiene e limpeza escolar (LIMA, 2000) e violência contra o professor (GERBERICH et al., 2014; LEVANDOSKI, 2011; NESELLO et al., 2014; TIESMAN et al., 2013).

A violência no ambiente escolar apresenta um efeito devastador na saúde do professor, comprometendo, sobremaneira, a saúde física, mental e o seu desempenho profissional (FERREIRA; LATORRE; GIANNINI, 2011; GALAND; LECOCQ; PHILIPPOT, 2007; WILSON; DOUGLAS; LYON, 2011). Compreende-se por violência escolar os comportamentos agressivos e antissociais, envolvendo conflitos interpessoais, danos ao patrimônio, atos criminosos, marginalizações, discriminações, entre outros praticados pela comunidade escolar, entre a própria comunidade escolar (alunos, professores, funcionários, familiares e estranhos à escola) e no ambiente escolar (STELKO-PEREIRA; WILLIAMS, 2010). Nessa vertente, Dzuka e Dalbert (2007) definem a violência contra o professor como um comportamento agressivo, repetitivo e intencional, praticado por estudantes em determinado período de tempo, com o objetivo de prejudicar o docente (DZUKA; DALBERT, 2007).

No Brasil, a literatura que versa sobre essa temática ainda é lacônica; uma revisão sistemática detectou apenas cinco artigos quantitativos, com delineamento transversal, que relacionaram violência escolar e professores, dos quais apenas três explicitaram dados de prevalência (NESELLO et al., 2014). Na primeira investigação, identificou-se que 87,3% dos professores pesquisados de 14 cidades do Estado do Paraná vivem ou já vivenciaram algum episódio referente a atos de violência no ambiente escolar (LEVANDOSKI, 2011). Na segunda, estimou-se que 74% dos professores da rede municipal de ensino de Belo Horizonte já sofreram episódios de violência envolvendo alunos (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006), e a terceira, também entre professores de Belo Horizonte, apresentou uma taxa de absenteísmo de 75,38% relacionada a problemas vocais que foram associados a exposição a situações de violência praticadas por estudantes, mais de uma vez (MEDEIROS; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2012).

As estratégias instituídas pelos professores na tentativa de driblar as precárias condições de trabalho podem ocasionar alterações na saúde e gerar doenças quando as possibilidades de construir novas formas de trabalho não podem mais ser tecidas. O processo saúde-doença pode ser reproduzido tanto no campo individual, na singularidade do corpo e na relação subjetiva do ser com o

meio, quanto pode ser referenciado a um meio social, histórico, político e cultural presente no mundo do trabalho. A saúde do professor é resultante da interação deste em todos os seus meios de socialização, incluindo o trabalho, marcado por intensas lutas para superar as deficiências dos protocolos e normas na realização das tarefas propostas (MASCARELLO; BARROS, 2007).

Os estudos que versam sobre trabalho docente e saúde intensificaram-se a partir da década de 1960 na Europa e, no Brasil, a partir de 1970. Na década de 1980, diversos autores enfatizaram, em suas reflexões sobre a educação, os efeitos deletérios do trabalho sobre a figura do docente e buscaram razões para explicar o adoecimento, trazendo à tona um trabalhador desconhecido e um processo de trabalho obscuro tanto para o profissional quanto para a sociedade (MARTÍNEZ; KOHEN; VALLES, 1997).

Problemas de saúde que podem ser explicados pelas condições de trabalho incluem a síndrome de *burnout*, exaustão emocional, despersonalização, ansiedade (TABELEÃO; TOMASI; NEVES, 2011; ZHANG et al., 2014), depressão (ALMEIDA, 2012; BATISTA; CARLOTTO; MOREIRA, 2013), alcoolismo (GOMES, 2002), distúrbios vocais (ARAÚJO; LIMA; PORTO, 2011; MEDEIROS; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2012), dor musculoesquelética (RIBEIRO et al., 2011), sedentarismo (CHAMBERS; BELCHER, 1993), distúrbios do sono (CHAMBERS; BELCHER, 1993; MEREY et al., 2013; PARK et al., 2013), entre outros.

O desgaste provocado pelas condições de trabalho e a instauração de processos patológicos produzem afastamentos e elevados índices de absenteísmo, contribuindo, assim, para um retrocesso na educação e formação de cidadãos, além do impacto na vida do professor e em todo seu entorno. As principais causas de afastamento do trabalho entre professores identificadas em um estudo em Belo Horizonte foram agrupadas em: transtornos mentais e comportamentais (15,3%), doenças do aparelho respiratório (12,2%), doenças do sistema osteomuscular (11,5%), doenças do aparelho circulatório (4,5%), doenças do sistema nervoso (1,4%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (1,0%). Esses dados não exibem uma medida real da situação de saúde do

professorado, porém podem fornecer subsídios sobre essas situações de adoecimento que requerem maior aprofundamento e análise (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

Nesse contexto, insere-se o conceito de cargas de trabalho, que pode ser definido como “relação funcional entre as exigências do trabalho e as capacidades biológicas e psicológicas do trabalhador em respondê-las” (FRUTUOSO; CRUZ, 2005, p.34). Estas podem originar-se do desgaste profissional decorrente de demandas psicobiológicas referentes à organização e processos de trabalho (FACCHINI et al., 1993). As cargas de trabalho denotam, então, uma experiência subjetiva do trabalhador em relação ao efeito das demandas laborativas sobre sua saúde (DINIZ; GUIMARÃES, 2004). Classificam-se conforme a perspectiva de materialidade interna ou externa que assumem diante do corpo do trabalhador. As cargas externas são passíveis de observação no ambiente de trabalho e agrupam-se em: físicas (ruídos, vibrações, calor, frio, umidade, radiações), químicas (vapores, poeiras, fumaças, gases, produtos químicos), biológicas (exposição a vírus, bactérias, fungos e parasitas) e mecânicas (instrumentos e ferramentas em condições inapropriadas). Já as internas caracterizam-se pela manifestação por meio de doenças ou distúrbios e reúnem-se em fisiológicas (esforço físico, posturas inadequadas) e psíquicas (situações geradoras de tensão e estresse) (KIRCHHOF, 2011).

O trabalho docente tem sido marcado por uma elevação nas cargas de trabalho decorrente das novas exigências do mercado e de mudanças na organização do trabalho, no que diz respeito tanto ao volume de trabalho, precariedade das condições de ensino, complexidade das questões existentes em sala de aula com as quais o professor deve lidar, quanto às expectativas sociais sobre ele impostas (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006).

Mesmo diante dos desafios que se interpõem no trabalho docente, alguns estudos contestam o conceito do sofrimento do professor por particularidades da profissão, de maneira generalizada (PEDRO, 2007; PEDRO, 2011; SECO, 2002). Moreira (2005), em uma pesquisa sobre motivação e comprometimento no trabalho docente, destacou recompensas intrínsecas e

extrínsecas relacionadas à profissão. Entre as intrínsecas, foram reportados pelos profissionais a satisfação em trabalhar com um público jovem, a possibilidade de influenciá-los positivamente e a obtenção dos objetivos de aprendizagem propostos. As fontes de satisfação extrínsecas mais verbalizadas foram a estabilidade profissional, férias ou feriados prolongados, nível de prestígio na sociedade, incentivo à qualificação profissional e salário. Ressalta-se que as recompensas intrínsecas foram mais enfatizadas que as extrínsecas.

Nesse sentido, Pedro (2011) sugere que a percepção da satisfação profissional compreende a integração entre quatro dimensões: alunos, dimensão sociopolítica, relações interpessoais/institucionais, estabilidade e realização pessoal. Capelo e Pocinho (2014) registraram que a eficácia instrucional e de relacionamentos interpessoais constituem preditores da satisfação no trabalho dos professores. Já Rebolo e Oliveira-Bueno (2014) consideraram que o bem-estar docente deriva da percepção positiva que o professor faz de si próprio e das condições existentes para que suas atividades laborais sejam desenvolvidas. Tal percepção requer esforços por parte do professor e condições de trabalho que recompensem esse investimento (REBOLO; OLIVEIRA-BUENO, 2014), inferência esta corroborada por Alves-Mazzoti et al. (2016), que desvelaram as ideias de dedicação e luta evidenciadas nas representações da identidade docente.

Percebe-se que as informações condensadas nesta seção reafirmam que a prática docente é bastante complexa, abarcando desde questões macro, como a globalização e as transformações paradigmáticas no mundo do trabalho, até o cotidiano em sala de aula, perpassando significativamente os determinantes e condicionantes históricos e sociais. As análises que demonstram o acometimento da saúde docente pela vida laboral já estão bem divulgadas. Entretanto são escassos os estudos que contribuem com o arcabouço teórico para estabelecer a relação causal entre trabalho e doença e a associação entre os fatores envolvidos no processo de desgaste e a melhor estratégia a ser adotada para, além de produzir conhecimento novo, promover uma prática transformadora.

2.7 TRABALHO DOCENTE E SONO

O trabalho docente apresenta, como exposto no subitem anterior, peculiaridades que podem refletir na qualidade de vida e capacidade laboral desses profissionais. Ao discorrer sobre a qualidade de vida, inevitavelmente surgem questões relacionadas ao sono.

A expressão qualidade de vida tornou-se polissêmica e abrange a complexidade das inter-relações do ser humano com o meio ambiente. Emergiu em um contexto de manifestação de descontentamento e críticas a uma sociedade centrada no ilimitado estímulo ao crescimento econômico, que ocasiona prejuízos à saúde e ao ambiente (MUSSCHENGA, 1997). Na década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu que a qualidade de vida apresentava repercussão na saúde dos indivíduos e postulou três aspectos essenciais para a avaliação de seus parâmetros: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. O desenvolvimento desses elementos possibilitou a elaboração de uma definição para o termo como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995, p.1).

Nahas (2006) considerou a qualidade de vida como a percepção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros exógenos e endógenos. Entre os endógenos constam os hábitos de vida e alimentares, hereditariedade, atividade física habitual, controle de estresse, relacionamentos sociais e comportamento preventivo. Já os exógenos incorporam a segurança, assistência médica, moradia, meio-ambiente, educação, transporte, opções de lazer e condições de trabalho.

No trabalho, essa conceituação deve incorporar os aspectos subjetivos (sentimentos, percepção, bem-estar e satisfação) e os objetivos (recursos materiais disponíveis, salários e carreira) (ASSIS, 2008). Codo e Gazzotti (2000) afirmam que a depreciação dos aspectos objetivos é motivo de sofrimento, e as questões subjetivas podem refletir na saúde dos docentes. A noção de

qualidade de vida transita entre dois enfoques: por um lado, relaciona-se a modo, condições e estilo de vida; por outro, vincula-se à saúde, à capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades ou condições mórbidas (ASSIS, 2008).

O estilo de vida representa um conjunto de ações adaptativas às tensões do cotidiano. Uma análise do contexto social e aspectos subjetivos relacionados ao estilo de vida auxiliam na compreensão das decisões pessoais referentes aos cuidados com o corpo, filosofia de vida, comportamentos aditivos, lazer e trabalho. Este conceito passou a ser adotado para compreender as condições de saúde, em que o modo de vida tem importante contribuição (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2012; TEIXEIRA et al., 2006).

As circunstâncias de saúde que refletem o estilo de vida e afetam o bem-estar e a qualidade de vida são denominadas condições de saúde. Tal terminologia foi incorporada pela OMS em 2003 e denota respostas sociais que podem ser reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas. Podem, ainda, ser classificadas em condições agudas – condições de saúde de curto prazo, crônicas – condições de curso longo ou permanente e eventos agudos – somatório das condições agudas e da agudização das condições crônicas (MENDES, 2015).

No que tange à intersecção entre as condições de trabalho e a qualidade do sono, compreende-se que a maioria dos adultos passa um terço de seu dia envolvida com o trabalho e o outro terço, dormindo. Não obstante, permanece limitada a compreensão sobre a relação entre as experiências no trabalho e a qualidade do sono (BURGARD; AILSHIRE, 2009). Já se sabe que o sono é um dos mais importantes mecanismos de recuperação para o ser humano, posto cotidianamente diante das infundáveis demandas e dos estresses da vida, além de ser um pré-requisito para um bom desempenho nas atividades laborais (CROPLEY; DIJK; STANLEY, 2006). É legítimo considerar as alterações do padrão de sono em determinadas populações como consequência do ritmo de vida um tanto frenético, já que muitos problemas do sono relacionam-se aos comportamentos e respostas inadequadas aos desafios e pressões cotidianas,

decorrentes do contexto social no qual os indivíduos interagem de forma cada vez mais intensa nas sociedades contemporâneas (ALMEIDA, 2012).

Os desgastes e os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho docente têm conduzido parcela considerável de professores ao colapso por motivos como estresse, depressão, síndrome do pânico, esgotamento físico e mental e outras doenças decorrentes da profissão (POMIECINSKI; POMIECINSKI, 2014). A má qualidade do sono torna-se, assim, uma via de mão dupla para os acometimentos mórbidos, já que pode ser tanto a causa dos principais problemas de saúde evidenciados entre esses profissionais quanto consequência, quando as patologias já se instalaram.

As respostas fisiológicas decorrentes das experiências com as situações adversas no trabalho envolvem a liberação dos neurotransmissores adrenalina e noradrenalina, responsáveis pelo aumento da frequência cardíaca e elevação da pressão arterial. Outra resposta ao estresse inclui a elevação dos níveis de cortisol sérico, um hormônio produzido pela glândula adrenal, com efeito anti-inflamatório, imunossupressor e metabólico (GUYTON; HALL, 2006). Em curto período, tais respostas proporcionam benefícios ao organismo por prepará-lo para o enfrentamento das adversidades. Todavia, em longo prazo, podem conduzir aos efeitos deletérios à saúde, como hipertensão arterial (WIERNIK et al., 2013), distúrbios do sono (ROCHA, 2013), imunossupressão (PHILIP; KIM; VIJAYAN, 2012) e outras alterações metabólicas (PEJOVIC et al., 2013).

Uma das teorias mais influentes das últimas décadas utilizada na investigação do estresse no trabalho e sua associação com desfechos na saúde é o modelo demanda-controle formulado por Karasek e Theorell (1990). Esses autores sugerem que elevados riscos à saúde são mais prevalentes entre pessoas que apresentam altas demandas psicológicas no trabalho associadas a escassa amplitude de decisão (baixo controle). Esse fato pode conduzir aos efeitos nocivos na saúde física e psicológica do trabalhador, incluindo prejuízos ao sono, em razão de um processo denominado ruminação. Pode-se conceituar a ruminação das questões do trabalho como uma variedade de pensamentos que persevera além do ambiente laborativo (MARTIN; TESSER, 1996). Tal fenômeno

pode apresentar-se associado a alguns estados psicológicos como ansiedade, raiva, depressão e outros sintomas negativos. Quando associado a pior qualidade do sono, constitui-se em indicativo de elevados níveis de fadiga. Todavia pode induzir aos efeitos positivos quando esses pensamentos são sobre tarefas concluídas com sucesso aumentando, assim, a autoeficácia e bem-estar do profissional (QUERSTRET; CROPLEY, 2012).

Um estudo prospectivo entre trabalhadores holandeses demonstrou que aqueles expostos às altas demandas de trabalho reportaram pior qualidade do sono e as queixas sobre problemas com o sono aumentaram significativamente no decorrer dos anos de seguimento. Ademais, revelou-se que a elevada capacidade de decisão (alto controle) nem sempre é um indicativo benéfico, pois frequentemente gera grandes demandas de serviço, as quais requerem longas horas de trabalho, interferindo na recuperação e no sono dos trabalhadores (LANGE et al., 2009).

Atualmente observa-se crescente interesse na área da saúde pelo desenvolvimento de pesquisas sobre alterações do sono do trabalhador, porém são incipientes as pesquisas em grupos de trabalhadores específicos, como o dos professores. A curta duração do sono afeta 30% dos trabalhadores americanos, aproximadamente 40 milhões de pessoas (LUCKHAUPT; TAK; CALVERT, 2010). Na China, os profissionais da categoria designada “colarinho azul” (trabalhadores do comércio, operadores de máquinas, trabalhadores de montagem e trabalhadores manuais) apresentaram pior qualidade do sono e menor duração deste em relação às demais categorias analisadas (SUN et al., 2015). Em um grupo de caminhoneiros americanos, grande parte referiu que nunca (9%) ou raramente (30%) apresenta uma boa noite de sono (LEMKE et al., 2015). Uma investigação entre bombeiros e profissionais do atendimento pré-hospitalar evidenciou que quase 70% apresentavam problemas com o sono (MEHRDAD; HAGHIGHI; ESFAHANI, 2013). A incapacidade para o trabalho permaneceu fortemente associada aos problemas do sono entre agentes penitenciários ingleses (WALKER et al., 2015).

A curta duração do sono associada às longas jornadas de trabalho relacionou-se com a formação de pensamentos suicidas entre trabalhadores coreanos (YOON et al., 2015). Na Suécia, em uma pesquisa com 1.523 policiais, encontrou-se associação entre as mudanças organizacionais (alterações nas funções, redução dos efetivos, relocação, mudança de parceiros de trabalho, alterações de supervisores e mudanças de escritório) e impactos na saúde subjetiva, estresse laboral, sono, sonolência e recuperação (GREUBEL; KECKLUND, 2011).

As variáveis de condições de trabalho mais frequentemente associadas ao desfecho qualidade do sono evidenciadas na literatura compreendem: longas jornadas (NAKASHIMA et al., 2011; NAKATA, 2011), elevadas demandas, ausência de suporte social (ÅKERSTEDT et al., 2002), baixo poder decisório (EDMÉ et al., 2011), fadiga mental (ÅKERSTEDT et al., 2004), violência e *bullying* (ERIKSEN et al., 2008), estresse (ÅKERSTEDT et al., 2012), ausência de recompensa pelo esforço dedicado (RUGULIES et al., 2009), insegurança (BURGARD; AILSHIRE, 2009), trabalho em turnos alternados (FISCHER, 2004; MELAMED; OKSENBERG, 2002), salários insuficientes (GREENBERG, 2006) e situações de injustiça nas organizações (ELOVAINIO et al., 2009). Compreender como esses fatores estão associados à qualidade do sono torna-se uma tarefa importante para esclarecer os efeitos que poderão acarretar na saúde do trabalhador, no caso, na dos professores.

No contexto escolar, algumas características peculiares do trabalho docente podem contribuir para alterações do padrão do sono. As deficiências organizacionais e de processo de trabalho, condições estruturais e materiais inadequadas, condições ambientais impróprias e outros aspectos negativos do contexto já apresentaram associação com problemas de saúde (ARAÚJO et al., 2003; SILVANY NETO et al., 2000).

Na literatura internacional e entre os poucos estudos registrados que versam sobre a qualidade do sono entre professores, observou-se, em uma investigação na Inglaterra, que não houve diferenças estatísticas entre os 98 professores com altas e baixas demandas laborais em relação ao tempo de sono referido (CROPLEY; DIJK; STANLEY, 2006). Em Portugal, dos 604 professores

participantes de uma pesquisa, 14,3% apresentavam dificuldades para adormecer, 28,7% tinham dificuldades em manter o sono, 19,7% acordavam demasiadamente cedo e 20,7% afirmaram não ter um sono reparador (ALMEIDA, 2012). Em um estudo para investigar a associação entre longas jornadas de trabalho e o estresse psicológico em uma amostra de 522 professores japoneses, a qualidade do sono associou-se às jornadas superiores a 40 horas semanais, particularmente entre homens (BANNAI; UKAWA; TAMAKOSHI, 2015a).

No Brasil, pesquisas sobre o sono de professores são ainda mais raras e, com exceção de um (VALLE, 2011), não investigaram fatores associados à má qualidade do sono. Em um desses estudos, com 98 professores do ensino médio, mostrou-se que as atividades profissionais representavam uma forte influência no ciclo sono-vigília (SOUZA et al., 2012). Em outro, concluiu-se que 20,9% dos entrevistados não conseguiam dormir bem após o trabalho durante a noite, e que a média de sono por noite era de 6,8 horas (VEDOVATO; MONTEIRO, 2008). Araújo et al. (2005), em suas análises sobre o mal-estar docente, apontaram que a insônia constituiu-se em uma das queixas mais prevalentes relacionadas à saúde mental. Na Bahia, em uma investigação sobre condições de trabalho e saúde docente, encontrou-se elevada proporção de queixas de doenças, sendo a insônia referida por 18% dos participantes (SILVANY NETO et al., 2000). Em Mato Grosso do Sul, apontou-se que a insônia afetava 29,1% dos professores universitários entrevistados (LIMA; LIMA-FILHO, 2009). Corroborando tais achados, identificou-se, no interior de Minas Gerais, que mais da metade dos professores do ensino fundamental ao médio apresentavam má qualidade do sono e esta associou-se ao estresse tanto físico quanto psicológico (VALLE, 2011).

Evidencia-se, assim, uma intrínseca associação entre as condições de trabalho e o seu reflexo na saúde dos professores, além dos aspectos relacionados ao estilo de vida, que podem promover ocorrência de doenças crônicas. Incluem-se nesse universo os distúrbios do sono e todos os seus efeitos prejudiciais à condição física e mental dessa população que apresenta condições de labor peculiares e geradoras de tais agravos (SANTOS; MARQUES, 2013).

3 *Justificativa*



O professor — atualmente chamado de trabalhador do ensino — é reconhecido, em sua mais significativa função, como uma figura-chave por criar possibilidades para a construção do conhecimento e ampliação da capacidade intelectual desde a tenra idade. Esse profissional, muito respeitado nos tempos de outrora, viu seu valor sofrer abalos com o passar dos anos. Sua trajetória profissional vem sendo desmoralizada pelo sistema e desencorajada pelas condições precárias de trabalho apresentadas anteriormente.

Tais condições podem contribuir para práticas e comportamentos que elevam o risco à saúde e, de modo mais amplo, podem impactar toda a sociedade pelos possíveis efeitos deletérios na formação de cidadãos. Ademais, a visão holística necessária a todos os profissionais exige a base educacional, que, muitas vezes, não se articula no ambiente escolar e compromete, inexoravelmente, a qualidade do trabalho desenvolvido em diversas áreas. Essas questões tornam ainda, de forma progressiva, a sua atividade laboral cada vez menos apazível e mais desmotivadora, acelerando a ambiguidade prazer-sofrimento no trabalho.

O trabalho docente, conforme exposto, pode ocasionar diversos prejuízos à qualidade de vida, aí inclusa a qualidade do sono. Buscou-se, então, desenvolver uma intercessão entre a qualidade do sono e as condições laborativas a que esses profissionais estão submetidos. Assim, espera-se estabelecer uma relação entre esses elementos para viabilizar a identificação dessas condições de trabalho, bem como da situação de saúde e da qualidade do sono dos professores e, contribuir para a organização de políticas e estratégias de enfrentamento aos agravos à saúde dessa categoria profissional e, conseqüentemente, refletir em toda a sociedade.

Os vários estudos analisados até aqui esclarecem numerosos aspectos sobre o sono, trazendo contribuições que reforçam a interferência das condições de trabalho na qualidade do sono e no estabelecimento de transtornos associados a essa temática. No entanto, as pesquisas que versam sobre a qualidade do sono entre professores são lacônicas e, ainda, incipientes. Entre os poucos estudos encontrados na literatura que analisaram a qualidade do sono de

professores ou fatores associados, a maioria pontuou o sono em seus objetivos, entretanto, não desenvolveram análises ajustadas por variáveis potenciais confundidoras (BANNAI; UKAWA; TAMAKOSHI, 2015b; CROPLEY; DIJK; STANLEY, 2006; FERREIRA et al., 2010; PEREIRA et al., 2014c; PETERSEN et al., 2013; SOUZA et al., 2004; SOUZA et al., 2014; SOUZA et al., 2012; VALLE, 2011), sendo que os demais o abordaram em suas variáveis independentes. No cenário nacional, identificaram-se seis (FERREIRA et al., 2010; SOUZA et al., 2004; SOUZA et al., 2014; SOUZA et al., 2012; VALLE, 2011). Salieta-se que nenhum estudo analisou a qualidade do sono como desfecho para condições de trabalho de professores.

A proposição deste estudo surgiu da constatação de que é significativa a análise da qualidade do sono entre docentes — tema pouco explorado na literatura — e que são desconhecidos programas destinados à promoção e prevenção da qualidade do sono, bem como tratamento dos distúrbios entre esses trabalhadores, criando uma lacuna que pode proporcionar prejuízos à saúde e à qualidade de vida e de trabalho desses indivíduos, refletindo, assim, na sociedade. Para tanto, questiona-se: Qual a relação entre a qualidade do sono e fatores associados entre professores da rede pública estadual de Londrina (PR)?

Este estudo buscou identificar se determinadas condições de trabalho e a violência sofrida no ambiente escolar associam-se à má qualidade do sono entre professores, independentemente de condições de saúde, estilo de vida e características sociodemográficas.

4 Objetivos

4.1 OBJETIVO GERAL

- ▶ Analisar a qualidade do sono e fatores associados em professores da rede pública estadual de Londrina-PR.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Caracterizar a qualidade do sono segundo variáveis sociodemográficas, estilo de vida, condições de saúde e características do trabalho entre professores;
- ▶ Verificar a associação entre qualidade do sono e condições de trabalho dos professores;
- ▶ Verificar a associação entre a qualidade do sono e a percepção de violência contra os professores.

5 Métodos

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Conforme explicitado anteriormente, o presente estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado “Pró-Mestre: saúde, estilo de vida e trabalho de professores da rede pública do Paraná”. Nesse sentido, realizou-se um estudo epidemiológico de delineamento transversal com análises dos fatores associados à qualidade do sono de professores da rede pública estadual de Londrina, no Estado do Paraná.

As investigações transversais caracterizam-se pela verificação de fator e efeito no mesmo momento histórico. São desenhos epidemiológicos que produzem “instantâneos” da real situação de saúde em um dado momento. As vantagens dos estudos transversais relacionam-se com a prontidão para tirar conclusões de forma rápida e com baixos custos em termos logísticos, evitando, assim, as comuns perdas de seguimento nos estudos longitudinais (ROUQUARYOL, 2003).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida em escolas da rede pública estadual do município de Londrina, no norte do Paraná, com população estimada, em 2014, de 543.003 habitantes e extensão territorial de 1.652.568 km². O Índice de Desenvolvimento Humano, dado de 2010, é de 0,778 e estima-se que 83,25% da população esteja alfabetizada (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014a).

A rede estadual de ensino de Londrina conta, atualmente, com 49.405 estudantes matriculados (PARANÁ, 2015a) e 3 mil professores (PARANÁ, 2015b) alocados em 73 escolas (PARANÁ, 2015c). As modalidades de ensino nessas escolas correspondem às etapas constitutivas da educação básica previstas na Lei 9.394/96 (BRASIL, 1996a): educação infantil, ensino fundamental, ensino médio, educação profissionalizante (nível técnico), educação de jovens e adultos e educação especial (PARANÁ, 2015a).

Para melhor viabilidade do projeto, foram selecionadas 20 escolas com o maior número de professores atuantes no município. Tais estabelecimentos apresentavam mais de mil estudantes matriculados e um quadro de professores de, no mínimo, 60 integrantes. Nessa seleção, buscou-se contemplar todas as regiões geográficas da cidade, ficando assim a distribuição: sete escolas na região central, seis na região norte, três na região oeste, duas ao leste e duas ao sul de Londrina.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido nas escolas selecionadas com professores do ensino fundamental e do ensino médio. Não se realizou processo amostral. Todos os professores que preenchiam os critérios de inclusão foram convidados a compor a população desta investigação.

5.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na população de estudo professores que preenchiam os seguintes critérios: apresentar vínculo definitivo ou temporário com o Estado; atuantes no ensino regular fundamental (6º ao 9º ano) ou médio da educação básica; responsáveis pela disciplina ministrada e, não readaptados ou afastados de função.

Para melhor compreensão, considerou-se como professor readaptado ou afastado de função aquele que, por recomendação médica, pode ser retirado temporariamente de sua função ou, em caráter definitivo, readaptado, desde que, na vigência dessas situações, ele permaneça no trabalho executando atividades que não comprometam sua saúde (PARANÁ, 2015).

Especificamente para a análise da violência, incluíram-se somente professores com tempo de profissão superior a um ano e os que não estiveram de licença nem afastados por motivo de saúde por mais de 30 dias nos 12 meses

anteriores à pesquisa em razão do menor tempo de exposição ao fator a analisar. Assim, o número de participantes na análise desta variável difere do de outras, ressaltando-se que o banco de dados sobre a violência é quantitativamente distinto daquele a respeito das condições de trabalho.

5.3.2 PERDAS

Caracterizaram-se como perdas professores que recusaram participar, aqueles cujo contato não foi possível após cinco tentativas e os afastados por motivo de licença e que não retornaram ao trabalho em até 51 dias após o início da coleta dos dados na sua referida escola de atuação. Também foram consideradas perdas participantes cuja escala do sono não estava completamente preenchida.

Considerando a multiplicidade de análises dos dados (explicadas mais adiante), o número de perdas está explicitado na seção de resultados do presente estudo.

5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

5.4.1 PRÓ-MESTRE

O trabalho maior, do qual emergiu esta tese, foi composto por dois instrumentos de coleta de dados: um formulário de entrevista e um questionário autoaplicável (Anexo A), construídos a partir de referenciais sobre os diversos temas investigados pelo Pró-Mestre e aperfeiçoados após teste piloto, descrito a seguir.

O formulário constituiu-se de 256 questões organizadas em sete blocos. O primeiro bloco continha questões a respeito das características do trabalho; o segundo, informações antropométricas; o terceiro contemplava variáveis sobre hábitos de vida; o quarto, conhecimentos em saúde; o quinto,

condições de saúde; o sexto, capacidade para o trabalho e o sétimo era composto por questões relacionadas à violência. Algumas escalas foram inseridas para subsidiar a avaliação de questões relacionadas à percepção em relação ao perfil do ambiente e condições de trabalho – Escala Perfil do Ambiente e Condições de Trabalho (NAHAS et al., 2009); ao letramento em saúde – *Newest Vital Sign* (MARTINS; ANDRADE, 2014; WEISS et al., 2005); à qualidade do sono - *Pittsburgh Sleep Quality Index* (BERTOLAZI et al., 2011; BUYSSE et al., 1989), e a respeito da capacidade para o trabalho – Índice de Capacidade para o Trabalho (MARTINEZ; LATORRE; FISCHER, 2009; TUOMI et al., 1994) (Anexo A).

Já o questionário, com 80 questões, abordou aspectos sociodemográficos, questões de saúde autorreferida, estresse – *Demand Control Support Questionnaire* (ALVES et al., 2004; THEORELL et al., 1988), síndrome de *Burnout* – *Maslach Burnout Inventory* (CARLOTTO; CÂMARA, 2004; MASLACH; JACKSON, 1981) e satisfação no trabalho – *Occupational Stress Scale* (ROBERTSON; COOPER; WILLIAMS, 1990; SWAN; MORAES; COOPER, 1993) (Anexo A).

Para reduzir o tempo de aplicação do formulário e garantir a privacidade nas respostas do professor, foram utilizados cartões de apoio. Previamente à entrevista, entregava-se o cartão de apoio ao professor e sua utilização era devidamente esclarecida. O cartão incluía algumas questões que deveriam ser respondidas e as possibilidades de respostas numeradas. Assim, após a pergunta do entrevistador, o professor poderia apontar a resposta no cartão ou apenas referir seu número (Figura 2).

FIGURA 2 – Cartão de apoio utilizado na coleta de dados do Pró-Mestre. Londrina (PR), 2012-2013

Cartões de Apoio

PRÓ Mestre

Saúde, estilo de vida e trabalho de professores da rede estadual de Londrina
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Londrina

BLOCO 5. Pergunta 9

Frequência que tomou medicamento para dormir			
1	2	3	4
Nenhuma no último mês	Menos de 1 vez/semana	1 ou 2 vezes/semana	3 ou mais vezes/semana

Fonte: Material elaborado pela equipe do Pró-Mestre.

5.4.2 QUALIDADE DO SONO

Para a análise da qualidade do sono, utilizou-se o PSQI, proposto por Buysse et al. (1989). Essa escala foi validada no Brasil e apresentou elevada consistência interna com um coeficiente de confiabilidade (Alfa de Cronbach) de 0,82 (BERTOLAZI et al., 2011). Tem por finalidade avaliar subjetivamente a qualidade do sono em relação ao último mês e apresenta 19 questões divididas em sete componentes: qualidade subjetiva do sono; latência para o sono; duração do sono; eficiência habitual do sono; transtornos do sono; uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna (BERTOLAZI et al., 2011; BUYSSE et al., 1989). Cada componente apresenta um escore que varia de 0 a 3, sendo que zero indica nenhuma dificuldade e três indica elevada dificuldade. A soma de todos os componentes resulta em um escore total que varia de 0 a 21 pontos. Escores superiores a cinco pontos indicam pior qualidade do sono (BERTOLAZI et al., 2011; BUYSSE et al., 1989).

O PSQI apresenta-se inserido no quinto bloco do formulário de entrevista do Pró-Mestre (condições de saúde). As questões inerentes ao PSQI do instrumento de coleta de dados compreendem (Quadro 2): questões 1, 2, 3, 4, 7 (a-i; l), 8, 9, 10 e 11. Para complementar as informações sobre o sono, foram inseridas duas questões sobre o cochilo (5 e 6) e ronco (12 e 13), porém, tais variáveis não foram objeto de análise da presente pesquisa (Anexo A).

QUADRO 2 – Questões sobre o sono do formulário de entrevista do Pró-Mestre, Londrina (PR), 2012-2013

Agora farei perguntas referentes aos seus hábitos de sono **DURANTE O ÚLTIMO MÊS SOMENTE.**

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?	Hora usual de deitar: _____			PS1 (HH:mm)	
2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?	Nº de minutos: _____			PS2 (min.)	
3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?	Hora usual de levantar: _____			PS3 (HH:mm)	
4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (anotar o total de horas e minutos se houver)	Horas de sono por noite: _____			PS4 (HH:mm)	
5. Com que frequência você costuma dormir ou cochilar durante o dia após o almoço? (Ler as alternativas para o entrevistado)	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana 3 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana 4 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana	Se NUNCA , pular para questão 7		PS5	
6 Quanto tempo dura o seu sono ou cochilo após o almoço? _____ minutos				PS6	
7. Durante o último mês com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	Nenhuma no último mês	Menos de 1 x semana	1 ou 2x semana	3 ou mais x semana	
a) Não conseguiu adormecer em até 30 min.	0	1	2	3	PS7 A
b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo (antes do que deveria)	0	1	2	3	PS7 B
c) Precisou levantar para ir ao banheiro	0	1	2	3	PS7 C
d) Não conseguiu respirar confortavelmente	0	1	2	3	PS7 D
e) Tossiu ou roncou forte	0	1	2	3	PS7 E
f) Sentiu muito frio	0	1	2	3	PS7 F
g) Sentiu muito calor	0	1	2	3	PS7 G
h) Teve sonhos ruins	0	1	2	3	PS7 H
i) Teve dor	0	1	2	3	PS7 I
j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva: _____				PS7 J	
l) Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão	0	1	2	3	PS7 L
8. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral? (LER AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO)	1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa	3 <input type="checkbox"/> Ruim 4 <input type="checkbox"/> Muito ruim		PS 8	
9. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudá-lo(a) a dormir? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Nenhuma no último mês 2 <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana 3 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana 4 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana			PS 9	
10. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Nenhuma no último mês 2 <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana 3 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana 4 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana			PS 10	
11. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (sua atividades habituais)? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Um problema leve 3 <input type="checkbox"/> Um problema razoável 4 <input type="checkbox"/> Um problema muito grande			PS 11	
12. Já lhe disseram que você ronca todas ou quase todas as noites:	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para a 14		PS 12	
13. Se SIM , isso ocorre pelo menos há 12 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não			PS 13	

O cálculo dos componentes, conforme proposto por Buysse et al. (1989) está demonstrado no Quadro 3.

QUADRO 3 – Questões que compõem cada componente do *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) e cálculo das pontuações

COMPONENTE	CÁLCULO																														
1. QUALIDADE SUBJETIVA DO SONO	<p>EXAMINA APENAS A QUESTÃO 8, SEGUINDO O ESCORE:</p> <table> <thead> <tr> <th>RESPOSTA</th> <th>PONTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Muito boa</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Boa</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ruim</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Muito</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	RESPOSTA	PONTOS	Muito boa	0	Boa	1	Ruim	2	Muito	3																				
RESPOSTA	PONTOS																														
Muito boa	0																														
Boa	1																														
Ruim	2																														
Muito	3																														
2. LATÊNCIA PARA O SONO	<p>EXAMINA QUESTÕES 2 E 7A:</p> <p>a) Para questão 2, pontuar segundo o escore:</p> <table> <thead> <tr> <th>RESPOSTA</th> <th>PONTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 15 minutos</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>16-30 minutos</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>31-60 minutos</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>>60 minutos</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>b) Para questão 7a, pontuar segundo escore:</p> <table> <thead> <tr> <th>RESPOSTA</th> <th>PONTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma no último mês</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Menos de 1x na semana</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1 ou 2x semana</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 ou mais x semana</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>c) Soma-se o escore das questões 2 e 7a;</p> <p>d) Com base no resultado, verifica-se o valor do componente 2 no seguinte escore:</p> <table> <thead> <tr> <th>SOMA DE QUESTÕES 2 E 7A</th> <th>PONTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1-2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3-4</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5-6</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	RESPOSTA	PONTOS	≤ 15 minutos	0	16-30 minutos	1	31-60 minutos	2	>60 minutos	3	RESPOSTA	PONTOS	Nenhuma no último mês	0	Menos de 1x na semana	1	1 ou 2x semana	2	3 ou mais x semana	3	SOMA DE QUESTÕES 2 E 7A	PONTOS	0	0	1-2	1	3-4	2	5-6	3
RESPOSTA	PONTOS																														
≤ 15 minutos	0																														
16-30 minutos	1																														
31-60 minutos	2																														
>60 minutos	3																														
RESPOSTA	PONTOS																														
Nenhuma no último mês	0																														
Menos de 1x na semana	1																														
1 ou 2x semana	2																														
3 ou mais x semana	3																														
SOMA DE QUESTÕES 2 E 7A	PONTOS																														
0	0																														
1-2	1																														
3-4	2																														
5-6	3																														
3. DURAÇÃO DO SONO	<p>EXAMINA APENAS A QUESTÃO 4 SEGUINDO O ESCORE:</p> <table> <thead> <tr> <th>RESPOSTA</th> <th>PONTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>> 7 horas</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>6-7 horas</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5 -6 horas</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>< 5 horas</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	RESPOSTA	PONTOS	> 7 horas	0	6-7 horas	1	5 -6 horas	2	< 5 horas	3																				
RESPOSTA	PONTOS																														
> 7 horas	0																														
6-7 horas	1																														
5 -6 horas	2																														
< 5 horas	3																														

Continua...

Continuação...

COMPONENTE	CÁLCULO																				
<p>4. EFICIÊNCIA HABITUAL DO SONO</p>	<p>Examina apenas a questão 8 seguindo o escore:</p> <p>a) Escrever aqui o número de horas dormidas (questão 4): ____</p> <p>b) Calcular o número de horas gastas na cama: hora que acorda (questão 3) – hora que deita (questão 1);</p> <p>c) Calcular a eficiência habitual do sono como se segue: (número de horas dormidas/número de horas gastas na cama) x 100 = Eficiência habitual do sono (%) (____ / ____) x 100 = ____ %</p> <p>d) Atribuir pontuação ao componente conforme escore:</p> <table border="1" data-bbox="690 865 1307 1039"> <thead> <tr> <th>EFICIÊNCIA HABITUAL DO SONO (%)</th> <th>PONTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>> 85%</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>75-84%</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>65-74%</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>< 65%</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	EFICIÊNCIA HABITUAL DO SONO (%)	PONTOS	> 85%	0	75-84%	1	65-74%	2	< 65%	3										
EFICIÊNCIA HABITUAL DO SONO (%)	PONTOS																				
> 85%	0																				
75-84%	1																				
65-74%	2																				
< 65%	3																				
<p>5. TRANSTORNOS DO SONO</p>	<p>a) Examina as questões de 7B-7I e 7L e, atribui escore para cada questão como segue:</p> <table border="1" data-bbox="747 1186 1291 1360"> <thead> <tr> <th>RESPOSTA</th> <th>PONTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma no último mês</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Menos de 1x na semana</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1 ou 2x semana</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 ou mais x semana</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>b) Somar as pontuações das questões 7B-7L;</p> <p>c) Atribuir pontuação ao componente conforme escore:</p> <table border="1" data-bbox="706 1480 1291 1621"> <thead> <tr> <th>SOMA DAS QUESTÕES 7B – 7L</th> <th>PONTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1-9</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>10-18</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>19-27</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	RESPOSTA	PONTOS	Nenhuma no último mês	0	Menos de 1x na semana	1	1 ou 2x semana	2	3 ou mais x semana	3	SOMA DAS QUESTÕES 7B – 7L	PONTOS	0	0	1-9	1	10-18	2	19-27	3
RESPOSTA	PONTOS																				
Nenhuma no último mês	0																				
Menos de 1x na semana	1																				
1 ou 2x semana	2																				
3 ou mais x semana	3																				
SOMA DAS QUESTÕES 7B – 7L	PONTOS																				
0	0																				
1-9	1																				
10-18	2																				
19-27	3																				
<p>6. USO DE MEDICAMENTOS PARA DORMIR</p>	<p>EXAMINA QUESTÃO 9 E ATRIBUI PONTOS CONFORME ESCORE:</p> <table border="1" data-bbox="747 1726 1291 1900"> <thead> <tr> <th>RESPOSTA</th> <th>PONTOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nenhuma no último mês</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Menos de 1x na semana</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1 ou 2x semana</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3 ou mais x semana</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	RESPOSTA	PONTOS	Nenhuma no último mês	0	Menos de 1x na semana	1	1 ou 2x semana	2	3 ou mais x semana	3										
RESPOSTA	PONTOS																				
Nenhuma no último mês	0																				
Menos de 1x na semana	1																				
1 ou 2x semana	2																				
3 ou mais x semana	3																				

Continua...

forma coletiva” (PARANÁ, 2004). Esse momento corresponde a 20% da carga horária do regime de trabalho docente (PARANÁ, 2004).

Essa etapa possibilitou adequar os instrumentos e a forma de abordagem à realidade e linguagem dos profissionais da área. Os resultados da testagem foram, posteriormente, apresentados aos participantes.

5.6 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Os entrevistadores que formaram a equipe de coleta de dados eram alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) dos cursos de doutorado e mestrado, alunos da graduação em enfermagem e medicina também da UEL e alunos de uma instituição privada de ensino superior.

Todos os entrevistadores participaram de um treinamento sobre a aplicação dos instrumentos com vistas à apresentação do projeto e ao esclarecimento de dúvidas a respeito dos objetivos e do método a ser observado. Além disso, disponibilizou-se a cada entrevistador um manual elaborado com informações referentes a todos os procedimentos de coleta, desde a abordagem ao professor até o correto preenchimento e recolhimento dos instrumentos (Anexo B).

5.7 COLETA DOS DADOS

O período da coleta de dados deu-se durante agosto de 2012 a junho de 2013.

Constituíram-se duas equipes de coleta formadas por um agendador, dois coordenadores e oito entrevistadores. Aos agendadores atribuíram-se as funções de: realizar o primeiro contato com os diretores das escolas; agendar o momento de sensibilização coletiva com os professores nos intervalos de cada turno; executar a sensibilização dos sujeitos com a preleção dos

objetivos e da metodologia do Pró-Mestre, com entrega de panfletos e exposição de um pôster na sala dos professores; proceder ao agendamento das entrevistas, desde que aprovadas pelos participantes; reagendar as entrevistas não realizadas no horário marcado por até cinco tentativas, após, considerar como perda e disponibilizar aos entrevistadores as informações sobre o agendamento. Os coordenadores ficaram responsáveis pelas seguintes tarefas: apoiar as atividades do agendador e participar delas; coordenar a equipe de quatro entrevistadores de modo a organizá-los nos horários previamente agendados; receber, conferir e codificar os formulários, questionários e Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de seus entrevistados. Aos entrevistadores competiu conduzir as entrevistas nos horários e locais agendados e entregar os instrumentos aos coordenadores. Excepcionalmente, agendadores e coordenadores de equipe realizaram entrevistas.

Estipulou-se um período de 21 dias para a coleta de dados em cada escola. Após 15 e 30 dias do encerramento da coleta, retornou-se a todas as escolas para verificar o regresso de professores que se encontravam em licença e incluí-los na pesquisa.

As entrevistas tiveram duração aproximada de 40 minutos, ou seja, uma hora-atividade do professor e os professores que lecionavam em mais de uma escola pesquisada responderam apenas uma vez. Ao término de cada entrevista, entregou-se o questionário ao participante e, caso o professor não concluísse o preenchimento naquele momento, poderia entregar o questionário em local apropriado indicado pelo pesquisador (caixa lacrada na coordenação da escola ou envelope timbrado lacrado deixado na direção da escola, para posterior coleta pela equipe).

5.8 VARIÁVEIS E CATEGORIZAÇÃO

5.8.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

QUADRO 4 – Operacionalização das variáveis sociodemográficas

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO ORIGINAL	CATEGORIAS
SOCIODEMOGRÁFICA	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feminino ▪ Masculino 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feminino ▪ Masculino
	Idade	Em anos completos obtida entre a data de nascimento do professor e a data de realização da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análises Descritiva e Bivariadas: <ul style="list-style-type: none"> 18-33 34-42 43-49 50-68 ▪ Análises Multivariadas: <ul style="list-style-type: none"> Variável contínua
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Solteiro (a) ▪ União consensual ▪ Casado (a) ▪ Separado (a) / Divorciado (a) ▪ Viúvo (a) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Com companheiro ▪ Sem companheiro
	Raça/cor Autorreferida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amarela ▪ Branca ▪ Indígena ▪ Parda ▪ Preta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Branca ▪ Não branca
	Grau de Instrução	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Magistério ▪ Bacharel e Licenciatura ▪ Pós-graduação (especialização) ▪ Pós-graduação (mestrado) ▪ Pós-graduação (doutorado) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Graduação ▪ Pós-graduação lato sensu ▪ Pós-graduação stricto sensu
	Renda Familiar Mensal (R\$)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De 500,00 a 1.500,00 ▪ De 1.501,00 a 2.000,00 ▪ De 2.001,00 a 3.000,00 ▪ De 3.001,00 a 5.000,00 ▪ De 5.001,00 a 7.000,00 ▪ Acima de 7.000,00 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3.000,00 ▪ de 3.001,00 a 5.000,00 ▪ Acima de 5.000,00

5.8.2 VARIÁVEIS DE ESTILO DE VIDA

QUADRO 5 – Operacionalização das variáveis de estilo de vida

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO ORIGINAL	CATEGORIAS
ESTILO DE VIDA	Prática de atividade física no lazer ao menos uma vez na semana	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não
	Tabagismo atual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fumante ▪ Ex-fumante ▪ Não fumante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não
	Consumo de álcool	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não consome bebida alcoólica ▪ Consome bebida alcoólica uma vez por semana ou menos ▪ Consome bebida alcoólica de duas a seis vezes por semana ▪ Consome bebida alcoólica diariamente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ANÁLISES DESCRITIVAS ▪ Não consome bebida alcoólica ▪ Consome bebida alcoólica uma vez por semana ou menos ▪ Consome bebida alcoólica de duas a seis vezes por semana ▪ Consome bebida alcoólica diariamente ▪ ANÁLISES BIVARIADAS E MULTIVARIADAS ▪ Consome uma vez por semana ou menos ▪ Consome duas vezes por semana ou mais
	Consumo de café	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não consome ▪ Consome de duas a três vezes por mês ou de uma a três vezes por semana ▪ Consome de quatro a seis vezes por semana ▪ Consome de uma a três vezes por dia ▪ Consome mais de três vezes por dia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ANÁLISES DESCRITIVAS ▪ Não consome ▪ Consome de duas a três vezes por mês ou de uma a três vezes por semana ▪ Consome de quatro a seis vezes por semana ▪ Consome de uma a três vezes por dia ▪ Consome mais de três vezes por dia ▪ ANÁLISES BIVARIADAS E MULTIVARIADAS ▪ Consumo eventual (consumo até seis vezes por semana) ▪ Consumo frequente (consumo diário: uma a três vezes por dia; mais de três vezes por dia)

5.8.3 VARIÁVEIS DE QUALIDADE DO SONO

Para facilitar a compreensão, as variáveis relativas à qualidade do sono estão apresentadas nos sete componentes propostos por BUYSSSE et al. (1989): qualidade subjetiva do sono, latência para o sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, transtornos do sono, uso de medicação para dormir e disfunções diurnas.

▶ **QUALIDADE SUBJETIVA DO SONO**

- Muito boa
- Boa
- Ruim
- Muito ruim

▶ **LATÊNCIA PARA O SONO**

- Quantidade de tempo (em minutos) que levou para dormir à noite:
 - ≤15 minutos
 - 16-30 minutos
 - 31-60 minutos
 - >60 minutos
- Frequência com que apresentou dificuldade de dormir porque não conseguiu adormecer em até 30 minutos:
 - Nenhuma no último mês
 - Menos de uma vez por semana
 - Uma ou duas vezes por semana
 - Três ou mais vezes por semana

▶ **DURAÇÃO DO SONO**

- >7 horas
- 6-7 horas

- 5-6 horas
- <5 horas

▶ **EFICIÊNCIA HABITUAL DO SONO**

- Número de horas dormidas
- Número de horas gastas na cama (hora que deita e hora que acorda)
- Para o cálculo da eficiência habitual do sono (%) (número de horas dormidas/número de horas gastas na cama x100):
 - >85%
 - 75-84%
 - 65-74%
 - <65%

▶ **TRANSTORNOS DO SONO**

A frequência com que o professor apresentou dificuldades de dormir pelos motivos a seguir descritos foi categorizada em: nenhuma no último mês, menos de uma vez por semana, uma ou duas vezes por semana e três ou mais vezes por semana.

- Acordou no meio da noite ou de manhã cedo (antes do que deveria)
- Precisou levantar para ir ao banheiro
- Não conseguiu respirar confortavelmente
- Tossiu ou roncou forte
- Sentiu muito frio
- Sentiu muito calor
- Teve sonhos ruins
- Teve dor
- Outras razões

▶ **USO DE MEDICAÇÃO PARA DORMIR**

- Frequência com que tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para dormir:
 - Nenhuma no último mês
 - Menos de uma vez por semana
 - Uma ou duas vezes por semana
 - Três ou mais vezes por semana

▶ **DISFUNÇÕES DIURNAS**

- Frequência com que apresentou dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social:
 - Nenhuma no último mês
 - Menos de uma vez por semana
 - Uma ou duas vezes por semana
 - Três ou mais vezes por semana

- Durante o último mês, quão problemático foi manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as atividades habituais:
 - Nenhuma dificuldade
 - Um problema leve
 - Um problema razoável
 - Um problema muito grande

5.8.4 VARIÁVEIS DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

QUADRO 6 – Operacionalização das variáveis de condições de saúde

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO ORIGINAL	CATEGORIAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE	Diagnóstico médico de hipertensão arterial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não
	Diagnóstico médico de diabetes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não
	Diagnóstico médico de depressão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não
	Diagnóstico médico de ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não
	Diagnóstico médico de dor crônica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim ▪ Não 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sim*** ▪ Não

***A variável dor crônica foi organizada nos seguintes agrupamentos: costas e bacia (pelve, costas, acima da cintura e costas região lombar); membros superiores (braços e ombros); membros inferiores (pés, pernas e joelhos); peito e abdômen; cabeça e nuca (cabeça, face e/ou boca, pescoço e nuca).

5.8.5 VARIÁVEIS DE CONDIÇÕES DE TRABALHO

QUADRO 7 – Operacionalização das variáveis de condições de trabalho

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO ORIGINAL	CATEGORIAS
CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO	Número de vínculos de trabalho como professor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Um vínculo ▪ Dois vínculos ▪ Três vínculos ▪ Acima de três 	Análises Bivariadas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 ▪ 2 ▪ 3 Análises Multivariadas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 2 vínculos
	Tipo de contrato	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estatutário/concursado (QPM) ▪ Contrato por tempo determinado (PSS) ▪ Consolidação das leis de trabalho (CLT) ▪ Outros 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estatutário ▪ Não estatutário
	Turnos de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manhã (M) ▪ Tarde (T) ▪ Noite (N) 	Por períodos <ul style="list-style-type: none"> ▪ M ▪ T ▪ N ▪ M e T ▪ M e N ▪ T e N ▪ M, T e N
	Carga horária semanal (Horas por semana)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Horas por semana relatadas pelo professor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ≥ 50 horas ▪ 40-49 horas ▪ 30-39 horas ▪ < 30 horas
PERCEPÇÕES SOBRE ASPECTOS E CARGAS DE TRABALHO	Remuneração em relação ao trabalho realizado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruim ▪ Regular ▪ Bom/boa ▪ Excelente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bom/excelente ▪ Ruim/regular
	Quantidade de alunos por sala de aula	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruim ▪ Regular ▪ Bom/boa ▪ Excelente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bom/excelente ▪ Ruim/regular

Continua...

...continuação

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO ORIGINAL	CATEGORIAS
PERCEPÇÕES SOBRE ASPECTOS E CARGAS DE TRABALHO	Equilíbrio entre a vida pessoal e profissional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruim ▪ Regular ▪ Bom/boa ▪ Excelente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bom/excelente ▪ Ruim/regular
	Relacionamento com superiores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruim ▪ Regular ▪ Bom/boa ▪ Excelente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bom/excelente ▪ Ruim/regular
	Relacionamento com colegas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruim ▪ Regular ▪ Bom/boa ▪ Excelente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bom/excelente ▪ Ruim/regular
	Relacionamento com alunos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ruim ▪ Regular ▪ Bom/boa ▪ Excelente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bom/excelente ▪ Ruim/regular
	Ritmo e intensidade do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Não afeta • Afeta pouco • Afeta muito 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Afeta ▶ Não afeta
	Número de tarefas realizadas no trabalho e a atenção e responsabilidade que elas exigem	<ul style="list-style-type: none"> • Não afeta • Afeta pouco • Afeta muito 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Afeta ▶ Não afeta
	Tempo disponível para o preparo das atividades	<ul style="list-style-type: none"> • Não afeta • Afeta pouco • Afeta muito 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Afeta ▶ Não afeta
	Exposição aos ruídos dentro da sala de aula	<ul style="list-style-type: none"> • Não afeta • Afeta pouco • Afeta muito 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Afeta ▶ Não afeta
	Tempo disponível para o lazer e família	<ul style="list-style-type: none"> • Suficiente • Regular • Insuficiente 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Suficiente ▶ Insuficiente/regular

Continua...
...conclusão

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CONTEÚDO ORIGINAL	CATEGORIAS
VIOLÊNCIA VIVENCIADA PELO PROFESSOR NO AMBIENTE ESCOLAR	Receber insultos ou gozações dos alunos; Sentir-se exposto a situações humilhantes e constrangedoras, como insultos ou gozações de outros professores, funcionários ou superiores; ser ameaçado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não ▪ Sim, há menos de 12 meses ▪ Sim, há mais de 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência psicológica** ▪ Sim ▪ Não
	Sofrer agressão física ou tentativa de agressão física (corporal ou com objetos/mobília)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não ▪ Sim, há menos de 12 meses ▪ Sim, há mais de 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência física** ▪ Sim ▪ Não
	Sofrer agressão ou tentativa de agressão com faca ou outro objeto cortante; Sofrer agressão ou tentativa de agressão com arma de fogo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não ▪ Sim, há menos de 12 meses ▪ Sim, há mais de 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Violência com arma branca ou de fogo** ▪ Sim ▪ Não

** Optou-se por classificar os tipos de agressão e selecionar apenas os relatos ocorridos nos últimos 12 meses considerando-se o tempo de exposição à violência.

5.8.6 VARIÁVEL DEPENDENTE

Considerou-se a *qualidade do sono* como variável dependente, verificada por meio do PSQI. Os escores superiores a cinco pontos caracterizaram a pior qualidade do sono entre os professores (BUYSSE et al., 1989).

5.8.7 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

▶ **VARIÁVEL SOCIODEMOGRÁFICA:**

- Grau de instrução

▶ **VARIÁVEIS DE CONDIÇÕES DE SAÚDE:**

- Hipertensão arterial
- Diabetes

▶ **CONDIÇÕES DE TRABALHO:**

- Remuneração em relação ao trabalho realizado
- Quantidade de alunos por sala de aula
- Equilíbrio entre a vida pessoal e profissional
- Relacionamento com superiores, colegas, alunos e pais
- Ritmo e intensidade do trabalho
- Número de tarefas realizadas no trabalho e a atenção e responsabilidade que elas exigem
- Tempo disponível para o preparo das atividades
- Exposição aos ruídos dentro da sala de aula
- Tempo disponível para lazer e família
- Número de vínculos de trabalho como professor
- Tipo de contrato
- Turnos de trabalho
- Carga horária semanal
- Violência física
- Violência com arma branca ou de fogo
- Violência psicológica

5.8.8 VARIÁVEIS DE AJUSTE

Selecionaram-se variáveis de ajuste fundamentadas na revisão de literatura para identificar indicadores de má qualidade do sono em professores e na população geral. Ainda foram consideradas as variáveis relevantes às análises sobre a qualidade do sono e sua associação com as condições de trabalho e com a violência.

▶ **AS VARIÁVEIS DE AJUSTE SOCIODEMOGRÁFICAS UTILIZADAS FORAM:**

- Sexo
- Idade
- Situação conjugal
- Renda familiar mensal
- Raça/cor autorreferida

▶ **AS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA:**

- Prática de atividade física no lazer
- Tabagismo
- Consumo de álcool
- Consumo de café

▶ **QUANTO ÀS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE:**

- Relato de diagnóstico médico de *depressão*
- Relato de diagnóstico médico de *ansiedade*
- Relato de diagnóstico médico de *dor crônica*

Para melhor compreensão, a variável *dor crônica* foi organizada nos seguintes agrupamentos: costas e pelve (pelve, costas acima da cintura e

costas região lombar); membros superiores (braço e ombro); membros inferiores (pés, pernas e joelho); peito e abdômen; cabeça e nuca (cabeça, face e/ou boca, pescoço e nuca).

► **VARIÁVEIS DE CONDIÇÕES DE TRABALHO:**

- Remuneração em relação ao trabalho realizado
- Quantidade de alunos por sala de aula
- Ritmo e intensidade do trabalho
- Número de tarefas realizadas no trabalho e a atenção e responsabilidade que elas exigem
- Tempo disponível para o preparo das atividades
- Exposição aos ruídos dentro da sala de aula
- Número de vínculos de trabalho
- Sofrer violência física ou psicológica
- Tempo para lazer e família
- Equilíbrio entre a vida pessoal e profissional
- Relacionamento com superiores, colegas, alunos e pais de alunos

5.9 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram duplamente digitados no programa Epi Info[®], versão 3.5.4. e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*[®], versão 19.0. Utilizou-se regressão de Poisson tanto nas análises bivariadas quanto na de múltiplos fatores, na qual se empregaram modelos de ajuste progressivos por blocos de variáveis para identificar as associações com os desfechos *condições de trabalho e violência contra o professor no ambiente*

escolar. O nível de significância adotado foi de 5% com apresentação do p -valor, razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança (IC) de 95%.

Para inclusão nos modelos de regressão, selecionaram-se as variáveis independentes pela significância estatística nas análises bivariadas ($p < 0,20$) ou porque apresentavam importância epidemiológica para ocorrência do desfecho pesquisado.

5.9.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO E QUALIDADE DO SONO

Inseriram-se nesta análise ajustada para verificação da associação entre as condições de trabalho e a qualidade do sono entre professores as seguintes variáveis que apresentaram significância estatística nas análises brutas ou importância epidemiológica para o desfecho analisado: *remuneração em relação ao trabalho realizado, quantidade de alunos por sala de aula, ritmo e intensidade do trabalho, número de tarefas realizadas no trabalho e a atenção e responsabilidade que elas exigem, tempo disponível para o preparo das atividades, exposição aos ruídos dentro da sala de aula, número de vínculos ≥ 2 , sofrer violência física ou psicológica nos últimos 12 meses, tempo para lazer e família, equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e o relacionamento com superiores, colegas, alunos e pais de alunos*.

Assim, construíram-se quatro modelos, abaixo exemplificados.

- ▶ **MODELO 1:** ajustado por variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e renda familiar mensal);
- ▶ **MODELO 2:** ajustado por variáveis do modelo 1 e adicionadas variáveis de estilo de vida (*prática de atividade física, tabagismo atual, consumo de álcool e consumo de café*);
- ▶ **MODELO 3:** ajustado por variáveis do modelo 1, do modelo 2 e acrescentadas variáveis de condições de saúde (*depressão, ansiedade e dor crônica*);

- ▶ **MODELO 4:** ajustado por todas as demais condições de trabalho.

5.9.2 VIOLÊNCIA CONTRA O PROFESSOR NO AMBIENTE ESCOLAR E QUALIDADE DO SONO

Para avaliar o comportamento das associações entre a qualidade do sono e a violência contra o professor no ambiente escolar, elaboraram-se também quatro modelos de ajuste:

- ▶ **MODELO 1:** ajustado por variáveis sociodemográficas (*sexo, idade e raça/cor autorreferida*);
- ▶ **MODELO 2:** ajustado por variáveis do modelo 1 mais variáveis relacionadas ao estilo de vida (*prática de atividade física no lazer, tabagismo, consumo de álcool e café*);
- ▶ **MODELO 3:** ajustado por variáveis do modelo 1, do modelo 2 e inclusão de variáveis relacionadas às condições de trabalho. Para a inclusão das variáveis de condições de trabalho, selecionaram-se, primeiramente, aquelas que permaneceram estatisticamente significativas para a pior qualidade do sono nas análises brutas com condições de trabalho anteriormente descritas: *remuneração, quantidade de alunos por sala de aula, ritmo e intensidade do trabalho, número de tarefas realizadas e a atenção e responsabilidade que elas exigem, tempo disponível para o preparo das atividades, tempo para lazer e família e equilíbrio entre a vida pessoal e profissional*. Após novas análises de regressão ajustadas entre essas variáveis, permaneceram associadas à pior qualidade do sono, compondo, portanto, este modelo, apenas as variáveis *remuneração e o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional*;
- ▶ **MODELO 4:** ajustado por variáveis do modelo 1, do modelo 2, do modelo 3 e acrescentadas variáveis de condições de saúde (*diagnóstico médico de depressão, ansiedade e dor crônica*).

5.10 ASPECTOS ÉTICOS

Para se viabilizar a coleta de dados, os aspectos éticos foram observados de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelecia diretrizes e normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos à época de submissão ao comitê de ética (BRASIL, 1996b).

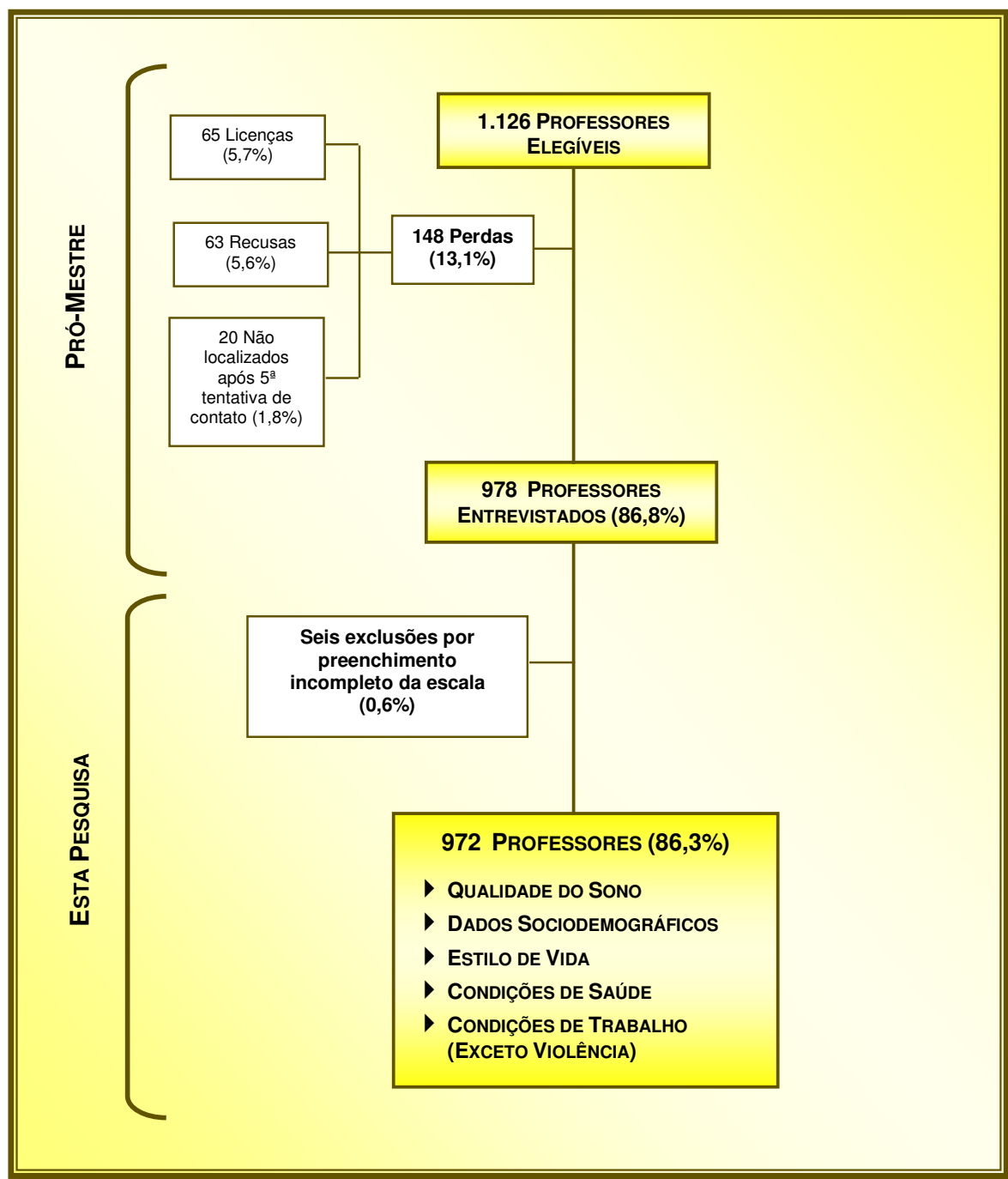
Com base nessa resolução, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL sob o parecer nº 22.562/2012 e CAAE nº 01817412900005231 (Anexo C). Foram obtidas, previamente às coletas, a autorização do Núcleo Regional de Educação de Londrina (Anexo D) e a declaração de ciência da Secretaria Municipal de Educação de Londrina (Anexo E), bem como a assinatura do TCLE por todos os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa (Apêndice A).

6 Resultados

Neste capítulo, apresentam-se as informações advindas dos dados coletados e das inferências estatísticas procedidas para delimitação dos objetivos propostos. Preliminarmente, discorre-se sobre a caracterização sociodemográfica, de estilo de vida e condições de saúde dos sujeitos da pesquisa. Na sequência, revelam-se as características do sono dos professores participantes. Procedese, então, as exposições das análises do sono, condições de saúde e estilo de vida. Por fim, detalha-se a relação entre o sono e as condições de trabalho desses profissionais.

Dos 1.126 professores elegíveis para o estudo, 65 foram excluídos (estavam em licenças) e 83 foram considerados perdas (20 não foram localizados, e 63 recusaram-se a participar do estudo). Para a presente análise, não foram considerados seis professores com formulários incompletos para as questões referentes ao sono. Assim a população deste estudo constituiu-se de 972 (86,3%) professores. A maioria dos procedimentos analíticos foi desenvolvida com esta população em relação à qualidade do sono, dados sociodemográficos, estilo de vida, condições de saúde e condições de trabalho (Figura 3).

FIGURA 3 – Fluxograma da população pesquisada. Londrina (PR), 2012-2013



6.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

6.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ESTILO DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE

Entre as características gerais da população analisada, detectou-se frequência maior de mulheres (68,3%), com média de idade de 41,5 anos (desvio padrão de 9,9, idade mínima de 19 e máxima de 68 anos), raça/cor autorreferida branca (74,5%), com renda familiar mensal de até R\$ 5 mil (59,3%) e situação conjugal com companheiro(a) (59,1%). Notou-se ainda que, em relação à formação acadêmica, 87,5% concluíram cursos de pós-graduação (Tabela 1).

TABELA 1 – Caracterização sociodemográfica dos professores da rede estadual de Londrina (n=972), 2012-2013

VARIÁVEIS	n	%
SEXO		
Masculino	308	31,7
Feminino	664	68,3
IDADE (ANOS)		
18-33	254	26,1
34-42	271	27,9
43-49	225	23,1
50-68	222	22,9
ESTADO CIVIL (n=963)*		
Sem companheiro(a)	393	40,8
Com companheiro(a)	570	59,2
RAÇA/COR (n=962)*		
Branca	717	74,5
Não branca	245	25,5
GRAU DE INSTRUÇÃO (n=951)*		
Graduação	119	12,5
Pós-Graduação <i>lato sensu</i>	697	73,3
Pós-Graduação <i>stricto sensu</i>	135	14,2
RENDA FAMILIAR MENSAL (R\$) (n=964)*		
Até 3000	239	24,8
3001-5000	333	34,5
Acima de 5000	392	40,7

* Total inferior à população de estudo por ausência de respostas.

Com relação ao estilo de vida, mais da metade dos participantes (52,9%) referiram inatividade física e 8,0% admitiram o hábito do tabagismo (Tabela 2).

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, metade não consumia (50,5%), cerca de 40% o faziam uma vez por semana ou menos, 9,3% duas a seis vezes por semana e quase 1% diariamente (Tabela 2).

Observou-se, quanto ao consumo de café, que aproximadamente metade referiu uma frequência diária até três vezes, 20,9% mais de três vezes ao dia, 7,4% de quatro a seis vezes por semana e 10,9% três vezes por semana ou menos. O não consumo desta bebida foi mencionado por 14,5% (Tabela 2).

TABELA 2 – Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação às variáveis de estilo de vida (n=972), 2012-2013

VARIÁVEIS	n	%
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA		
Sim	458	47,1
Não	514	52,9
TABAGISMO ATUAL		
Não	894	92,0
Sim	78	8,0
CONSUMO DE ÁLCOOL		
Não consome	491	50,5
1 vez por semana ou menos	383	39,4
De 2 a 6 vezes na semana	90	9,3
Diário	8	0,8
CONSUMO DE CAFÉ		
Não consome	141	14,5
De 3 vezes por semana ou menos	106	10,9
De 4 a 6 vezes por semana	72	7,4
Diário, de 1 a 3 vezes por dia	450	46,3
Diário, mais de 3 vezes por dia	203	20,9

Verificou-se, entre as condições de saúde investigadas, que 15,2% declararam diagnóstico médico para hipertensão arterial, 4,4% para diabetes, 15,4% para depressão e 25,1% para ansiedade (Tabela 3). No que concerne à dor

crônica, 42,1% especificaram tal problema de saúde (Tabela 3). A prevalência das regiões mais acometidas está explicitada na Tabela 4.

TABELA 3 – Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação às condições de saúde (n=972), 2012-2013

VARIÁVEIS	n	%
HIPERTENSÃO ARTERIAL		
Não	824	84,8
Sim	148	15,2
DIABETES		
Não	929	95,6
Sim	43	4,4
DEPRESSÃO		
Não	822	84,6
Sim	150	15,4
ANSIEDADE		
Não	728	74,9
Sim	244	25,1
DOR CRÔNICA		
Não	562	57,9
Sim	410	42,1

TABELA 4 – Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação ao local da dor crônica (n=972), 2012-2013

VARIÁVEIS	n	%
COSTAS E PELVE		
Não	829	85,3
Sim	143	14,7
MEMBROS SUPERIORES		
Não	845	86,9
Sim	127	13,1
MEMBROS INFERIORES		
Não	852	87,6
Sim	120	12,4
PEITO E ABDÔMEN		
Não	946	97,3
Sim	26	2,7
CABEÇA E NUCA		
Não	828	85,2
Sim	144	14,8
EM OUTROS LOCAIS		
Não	921	94,7
Sim	51	5,3

6.1.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO

As características da atividade laboral docente revelaram que a maioria apresentava vínculo efetivo (68,6%), trabalhava em mais de dois turnos (80,7%) com jornada superior a 40 horas semanais (55,4%). O turno de trabalho referido predominante foi manhã e tarde (38,4%) (Tabela 5).

TABELA 5 – Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação às características do trabalho (n=972), 2012-2013

VARIÁVEIS	n	%
VÍNCULO		
Não estatutário	305	31,4
Estatutário	667	68,6
NÚMERO DE PERÍODO/TURNO		
Um	187	19,2
Dois	623	64,1
Três	162	16,7
TORNOS DE TRABALHO		
Manhã	94	9,7
Tarde	68	7,0
Noite	25	2,6
Manhã e tarde	373	38,4
Manhã e noite	181	18,6
Tarde e noite	69	7,0
Manhã, tarde e noite	162	16,7
CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)		
≥50	133	13,7
40-49	406	41,8
30-39	226	23,2
<30	207	21,3
NÚMERO DE VÍNCULOS		
1	264	27,2
2	418	43,0
3	290	29,8

A Tabela 6 sumariza a percepção dos professores acerca dos relacionamentos, aspectos e cargas de trabalho e violência sofrida no ambiente escolar. Observou-se uma percepção positiva desses trabalhadores quanto aos relacionamentos com superiores (92,3%), colegas (95,9%) e alunos (85,6%). O relacionamento com pais de alunos mostrou-se negativo, pois 78,9% consideraram-no ruim ou regular. A remuneração em relação ao trabalho realizado e a quantidade de alunos por sala de aula foi referida como ruim ou regular por 62,9% e 68,6%, respectivamente. Todas as cargas de trabalho investigadas afetavam os trabalhadores, contudo, o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e o tempo para lazer e família obtiveram respostas favoráveis. Ainda, a violência contra o professor no ambiente escolar foi citada por 64,4%.

TABELA 6 – Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação a percepções sobre relacionamentos, aspectos e cargas de trabalho e violência sofrida (n=972), 2012-2013

VARIÁVEIS	n	%
RELACIONAMENTO COM SUPERIORES		
Bom/excelente	897	92,3
Ruim/regular	75	7,7
RELACIONAMENTO COM COLEGAS (PROFESSORES) (n=907)*		
Bom/excelente	870	95,9
Ruim/regular	37	4,1
RELACIONAMENTO COM ALUNOS (n=888)*		
Bom/excelente	751	85,6
Ruim/regular	137	15,4
RELACIONAMENTO COM PAIS DE ALUNOS (n=650)*		
Bom/excelente	137	21,1
Ruim/regular	513	78,9
REMUNERAÇÃO EM RELAÇÃO AO TRABALHO REALIZADO (n=971)*		
Bom/excelente	360	37,1
Ruim/regular	611	62,9
EQUILÍBRIO ENTRE A VIDA PROFISSIONAL E PESSOAL		
Bom/excelente	700	72,0
Ruim/regular	272	28,0

Continua...
...conclusão

TEMPO PARA LAZER E FAMÍLIA		
Suficiente	746	76,7
Insuficiente/regular	226	23,3
QUANTIDADE DE ALUNOS POR SALA DE AULA		
Bom/excelente	305	31,4
Ruim/regular	667	68,6
EXPOSIÇÃO AOS RUÍDOS DENTRO DA SALA DE AULA		
Não afeta	50	5,1
Afeta	922	94,9
RITMO E INTENSIDADE DO TRABALHO		
Não afeta	119	12,2
Afeta	853	87,8
NÚMERO DE TAREFAS REALIZADAS NO TRABALHO E A ATENÇÃO E RESPONSABILIDADE QUE ELAS EXIGEM		
Não afeta	149	15,3
Afeta	822	84,7
TEMPO DISPONÍVEL PARA O PREPARO DAS ATIVIDADES		
Não afeta	107	11,0
Afeta	865	89,0
SOFRER VIOLÊNCIA FÍSICA OU PSICOLÓGICA		
Não	346	35,6
Sim	626	64,4

* Total inferior à população de estudo por ausência de respostas.

6.2 QUALIDADE DO SONO

A prevalência de pior qualidade do sono (PSQI>5) foi de 54,3% (n=528). Alguns componentes da referida escala que obtiveram as piores pontuações contribuíram para tal prevalência. Evidenciaram-se problemas para manter o ânimo nas atividades habituais em cerca de metade dos entrevistados (41,6%). Verificou-se que 37,6% pontuaram dificuldades mais frequentes para dormir por não adormecer em até 30 minutos. A percepção sobre a qualidade do sono foi considerada ruim ou muito ruim por 28,6%. A média de horas de sono relatadas durante o último mês foi 6,7 horas (DP=1,2), com 26,7% referindo

duração do sono por noite inferior a 7 horas. Ainda, 17,5% relataram apresentar dificuldades para ficar acordado enquanto dirigiam, comiam ou participavam de uma atividade social e, 12,9% revelaram uso frequente de medicação para dormir (Tabela 7).

TABELA 7 – Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação à qualidade do sono (n=972), 2012-2013

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
QUALIDADE DO SONO						
Muito boa	43	14,0	106	16,0	149	15,4
Boa	186	60,4	359	54,0	545	56,0
Ruim	63	20,5	155	23,5	218	22,5
Muito ruim	16	5,1	44	6,5	60	6,1
TEMPO PARA ADORMECER (MINUTOS)						
≤15	183	59,4	405	61,0	588	60,5
16-30	88	28,6	169	25,2	257	26,4
31-60	30	9,7	70	10,8	100	10,3
>60	7	2,3	20	3,0	27	2,8
DIFICULDADE PARA DORMIR POR NÃO ADORMECER EM ATÉ 30 MINUTOS						
Nenhuma	126	40,9	264	39,5	390	40,1
Menos de 1 vez na semana	71	23,1	145	21,8	216	22,2
De 1 a 2 vezes na semana	64	20,7	126	19,0	190	19,5
3 ou mais vezes na semana	47	15,3	129	19,6	176	18,2
DURAÇÃO DO SONO POR NOITE (HORAS)						
>7	82	26,6	308	46,4	390	40,1
6-7	121	39,3	202	30,4	323	33,2
5-6	81	26,3	110	16,6	191	19,7
<5	24	7,8	44	6,6	68	7,0
EFICIÊNCIA DO SONO (%)						
> 85	276	89,6	568	85,5	844	86,8
75-84	23	7,5	69	10,4	92	9,5
65-74	6	1,9	9	1,4	15	1,5
< 65	3	1,0	18	2,7	21	2,2

Continua...
...conclusão

USO DE MEDICAÇÃO PARA DORMIR						
Nenhuma	272	88,3	534	80,1	806	82,7
Menos de 1 vez na semana	7	2,3	33	5,1	40	4,2
De 1 a 2 vezes na semana	12	3,9	20	3,0	32	3,3
3 ou mais vezes na semana	17	5,5	77	11,8	94	9,8
DIFICULDADE PARA FICAR ACORDADO						
Nenhuma	184	59,7	394	59,5	578	59,6
Menos de 1 vez na semana	70	22,7	153	22,9	223	22,8
De 1 a 2 vezes na semana	42	13,6	75	11,2	117	12,0
3 ou mais vezes na semana	12	3,9	42	6,4	54	5,6
PROBLEMAS PARA MANTER O ÂNIMO						
Nenhuma dificuldade	92	29,9	132	19,9	224	23,1
Problema leve	115	37,4	228	34,2	343	35,1
Problema razoável	83	26,9	227	34,4	310	32,1
Problema muito grande	18	5,8	77	11,5	95	9,7

As mulheres apresentaram piores pontuações do PSQI em comparação aos homens em todos os componentes: qualidade do sono ruim ou muito ruim (20,4%); adormecer em tempo superior a 30 minutos (9,2%); dificuldades para dormir por não adormecer em até 30 minutos uma vez por semana ou mais (26,2%); eficiência do sono inferior a 75% (2,7%); uso de medicamentos para dormir uma ou mais vezes na semana (9,9%); dificuldades para permanecer acordado uma ou mais vezes na semana (12,0%); problemas para manter o ânimo nas atividades habituais (31,2%) e duração do sono inferior a seis horas (15,8%) (Tabela 7). Associaram-se estatisticamente ao sexo feminino o uso frequente de medicamentos para dormir e problemas para manter o ânimo nas atividades habituais.

Entre os eventos que dificultaram o sono dos professores destacaram-se: acordar no meio da noite (71,8%), ir ao banheiro (59,4%) e sensação de calor (51,0%) (Tabela 8). Outras razões prejudicaram o sono da população estudada e foram referidas por 40,7%. Dentre estas, foram descritos

pela maioria: nervosismo, ansiedade, tensão ou cansaço (21,5%) e problemas relacionados ao trabalho (4,1%).

TABELA 8 – Caracterização e frequência dos eventos que dificultaram o sono de professores da rede estadual de Londrina (PR) (n=972), 2012-2013

EVENTOS DIFICULTADORES DO SONO	NENHUMA		MENOS DE 1 VEZ NA SEMANA		1 OU 2 VEZES NA SEMANA		3 OU MAIS VEZES NA SEMANA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ACORDAR NO MEIO DA NOITE	274	28,2	183	18,8	228	23,5	287	29,5
IR AO BANHEIRO	394	40,5	220	22,5	165	17,0	193	20,0
DIFICULDADE EM RESPIRAR	721	74,1	93	9,6	80	8,2	78	8,1
TOSSIR OU RONCAR FORTE	687	70,8	107	11,0	71	7,2	107	11,0
SENTIR FRIO	715	73,4	165	17,0	66	6,8	26	2,8
SENTIR CALOR	476	49,2	151	15,5	187	19,1	158	16,2
TER PESADELOS	598	61,5	200	20,6	121	12,4	53	5,5
TER DOR	617	63,3	142	14,7	111	11,5	102	10,4
OUTRAS RAZÕES	576	59,2	92	9,5	136	14,0	168	17,3

6.2.1 QUALIDADE DO SONO, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ESTILO DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE

Na análise não ajustada das características sociodemográficas com o PSQI, verificou-se que apenas a menor renda familiar (até R\$ 5 mil) associou-se de forma significativa à pior qualidade do sono (Tabela 9).

TABELA 9 – Caracterização sociodemográfica dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação à qualidade do sono (n=972), 2012-2013

VARIÁVEIS	QUALIDADE DO SONO				RP (IC95%)
	MELHOR		PIOR		
	n	%	n	%	
SEXO					
Masculino	136	44,2	172	55,8	Referência
Feminino	308	46,4	356	53,6	0,98 (0,94-1,03)
IDADE (ANOS)					
18-33	119	46,9	135	53,1	Referência
34-42	123	45,4	148	54,6	1,01 (0,95-1,07)
43-49	102	45,3	123	54,7	1,01 (0,95-1,07)
50-68	100	45,0	122	55,0	1,01 (0,95-1,07)
ESTADO CIVIL (n=963)*					
Sem companheiro(a)	176	44,8	217	55,2	Referência
Com companheiro(a)	263	46,1	307	53,9	0,99 (0,95-1,03)
RAÇA/COR (n=962)*					
Branca	327	45,6	390	54,4	Referência
Não branca	112	45,7	133	54,3	0,99 (0,95-1,05)
GRAU DE INSTRUÇÃO (n=951)*					
Graduação	52	43,7	67	56,3	Referência
Pós-Graduação <i>lato sensu</i>	316	45,3	381	54,7	0,99 (0,93-1,05)
Pós-Graduação <i>stricto sensu</i>	66	48,9	69	51,1	0,97 (0,89-1,05)
RENDA FAMILIAR MENSAL (R\$) (n=964)*					
Até 3.000	92	38,5	147	61,5	Referência
3001-5.000	146	43,8	187	56,2	0,97 (0,92-1,02)
Acima de 5.000	203	51,8	189	48,2	0,92 (0,87-0,97)**

RP= Razão de Prevalência.

*Total inferior à população de estudo por ausência de respostas.

**p<0,05

Entre as variáveis de estilo de vida, observou-se que a pior qualidade do sono associou-se de forma significativa apenas com a inatividade física (Tabela 10).

TABELA 10 – Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação às variáveis de estilo de vida e resultado qualidade do sono (n=972), 2012-2013

VARIÁVEIS	QUALIDADE DO SONO				RP (IC95%)
	MELHOR		PIOR		
	n	%	n	%	
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA					
Sim	232	50,7	226	49,3	Referência
Não	212	41,2	302	58,8	1,06 (1,02-1,11) [†]
TABAGISMO ATUAL					
Não	415	46,4	479	53,6	Referência
Sim	29	37,2	49	62,8	1,06 (0,99-1,14)
CONSUMO DE ÁLCOOL					
1 vez por semana ou menos	405	46,3	469	53,7	Referência
2 vezes por semana ou mais	39	39,8	59	60,2	1,04 (0,98-1,11)
CONSUMO DE CAFÉ					
eventual ou não consome	132	41,1	187	58,6	Referência
Frequente	312	47,8	341	52,2	0,96 (0,92-1,001)

RP= Razão de Prevalência por Poisson com Robustez.

[†]p<0,01.

A Tabela 11 retrata a análise bivariada entre a pior qualidade do sono e variáveis de condições de saúde. Destaca-se que quase todas as condições investigadas apresentaram significância estatística, excetuando-se os sujeitos que relataram diagnóstico médico de diabetes. Contudo, a presença de depressão, ansiedade e dor crônica correlacionaram mais intensamente. Todos os tipos de dor associaram-se à pior qualidade do sono (Tabela 12).

TABELA 11 – Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação às condições de saúde e qualidade do sono (n=972), 2012-2013

VARIÁVEIS	QUALIDADE DO SONO				RP (IC95%)
	MELHOR		PIOR		
	n	%	n	%	
HIPERTENSÃO ARTERIAL					
Não	389	47,2	435	52,8	Referência
Sim	55	37,2	93	62,8	1,07 (1,01-1,12)*
DIABETES					
Não	428	46,1	501	53,9	Referência
Sim	16	37,2	27	62,8	1,06 (0,96-1,16)
DEPRESSÃO					
Não	413	50,2	409	49,8	Referência
Sim	31	20,7	119	79,3	1,19 (1,15-1,25)‡
ANSIEDADE					
Não	383	52,6	345	47,4	Referência
Sim	61	25,0	183	75,0	1,19 (1,14-1,23)‡
DOR CRÔNICA					
Não	301	53,4	262	46,6	Referência
Sim	144	35,2	265	64,8	1,12 (1,08-1,17)‡

RP= Razão de Prevalência.

*p<0,05;

‡p<0,001.

TABELA 12 – Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação ao local da dor crônica e qualidade do sono (n=972), 2012-2013

DOR CRÔNICA POR LOCALIZAÇÃO NO CORPO*	QUALIDADE DO SONO				RP (IC95%)
	MELHOR		PIOR		
	n	%	n	%	
COSTAS E PELVE					
Não	396	47,8	433	52,2	Referência
Sim	48	33,6	95	66,4	1,09 (1,04-1,15) [‡]
MEMBROS SUPERIORES					
Não	404	47,8	441	52,2	Referência
Sim	40	31,5	87	68,7	1,11 (1,05-1,17) [‡]
MEMBROS INFERIORES					
Não	409	48,0	443	52,0	Referência
Sim	35	29,2	85	70,8	1,12 (1,07-1,18) [‡]
PEITO E ABDÔMEN					
Não	439	46,4	507	53,6	Referência
Sim	5	19,2	21	80,8	1,18 (1,08-1,28) [‡]
CABEÇA E NUCA					
Não	397	47,9	431	52,1	Referência
Sim	47	32,6	97	67,4	1,10 (1,05-1,16) [‡]
EM OUTROS LOCAIS					
Não	431	46,8	490	53,2	Referência
Sim	13	25,5	38	74,5	1,14 (1,06-1,22) [‡]

RP= Razão de Prevalência.

[‡]p≤0,001.

6.2.2 QUALIDADE DO SONO E CONDIÇÕES DE TRABALHO

Entre as características do trabalho docente, constatou-se que apenas apresentar três vínculos de trabalho associou-se de forma significativa à pior qualidade do sono (Tabela 13).

TABELA 13 – Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação a características do trabalho e qualidade do sono (n=972), 2012-2013

VARIÁVEIS	QUALIDADE DO SONO				RP (IC95%)
	MELHOR		PIOR		
	n	%	n	%	
VÍNCULO					
Não estatutário	139	45,6	166	54,4	1,00 (0,96-1,05)
Estatutário	305	45,7	362	54,3	Referência
NÚMERO DE PERÍODO/TURNO					
Um	93	49,7	94	50,3	Referência
Dois	279	44,8	344	55,2	1,03 (0,98-1,09)
Três	72	44,4	90	55,6	1,03 (0,97-1,11)
TURNOS DE TRABALHO					
Manhã	45	47,9	49	52,1	1,03 (0,93-1,15)
Noite	12	48,0	13	52,0	1,03 (0,89-1,20)
Manhã e tarde	173	46,4	200	53,6	1,04 (0,96-1,14)
Manhã e noite	77	42,5	104	57,5	1,07 (0,98-1,17)
Tarde e noite	29	42,0	40	60,0	1,07 (0,96-1,19)
Manhã, tarde e noite	72	44,4	90	55,6	1,06 (0,96-1,16)
Tarde	36	52,9	32	47,1	Referência
CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)					
≥50	67	50,4	66	49,6	0,97 (0,90-1,04)
40-49	182	44,8	224	55,2	1,00 (0,95-1,06)
30-39	101	44,7	125	55,3	1,01 (0,95-1,07)
<30	94	45,4	113	54,6	Referência
NÚMERO DE VÍNCULOS					
1	134	50,8	130	49,2	Referência
2	187	44,7	231	55,3	1,04 (0,98-1,09)
3	123	42,2	167	57,6	1,05 (1,00-1,11)*

RP= Razão de Prevalência.

*p<0,05.

Nas análises bivariadas entre a qualidade do sono e a percepção dos entrevistados quanto aos aspectos do perfil do ambiente e condições de trabalho considerados ruim/regular, associaram-se à pior qualidade do sono a remuneração em relação ao trabalho realizado, o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal e a quantidade de alunos por sala de aula. O tempo para lazer e família descrito como insuficiente/regular pelos professores foi, de modo similar, estatisticamente significativo nessa associação. Quanto às cargas que afetam o trabalho do professor, o ritmo e intensidade do trabalho, número de tarefas realizadas e a atenção e responsabilidade que elas exigem e o tempo disponível para o preparo das atividades também apresentaram associação estatística para pior qualidade do sono. Ainda, ter sofrido violência física ou psicológica no ambiente escolar demonstrou associação com a pior qualidade do sono (Tabela 14).

TABELA 14 – Distribuição dos professores da rede estadual de Londrina (PR) com relação a percepções sobre relacionamentos, aspectos e cargas de trabalho e qualidade do sono, 2012-2013

VARIÁVEIS	QUALIDADE DO SONO				RP (IC95%)
	MELHOR		PIOR		
	n	%	n	%	
RELACIONAMENTO COM SUPERIORES					
Bom/excelente	417	46,5	480	53,5	Referência
Ruim/regular	27	36,0	48	64,0	1,07 (0,99-1,14)
RELACIONAMENTO COM COLEGAS (PROFESSORES)					
Bom/excelente	428	45,8	507	54,2	Referência
Ruim/regular	16	43,2	21	56,8	1,02 (0,92-1,13)
RELACIONAMENTO COM ALUNOS					
Bom/excelente	402	46,2	468	53,8	Referência
Ruim/regular	42	41,2	60	58,8	1,03 (0,97-1,10)
RELACIONAMENTO COM PAIS DE ALUNOS					
Bom/excelente	240	46,8	273	53,2	Referência
Ruim/regular	55	40,1	82	59,9	1,04 (0,98-1,11)

Continua...

...conclusão

REMUNERAÇÃO EM RELAÇÃO AO TRABALHO REALIZADO					
Bom/excelente	193	53,6	167	46,4	Referência
Ruim/regular	251	41,1	360	58,9	1,08 (1,04-1,13) [†]
EQUILÍBRIO ENTRE A VIDA PROFISSIONAL E PESSOAL					
Bom/excelente	362	51,7	338	48,3	Referência
Ruim/regular	82	30,1	190	69,9	1,14 (1,10-1,19) [†]
TEMPO PARA LAZER E FAMÍLIA					
Suficiente	133	58,8	93	41,2	Referência
Insuficiente/regular	311	41,7	435	58,3	1,12 (1,07-118) [†]
QUANTIDADE DE ALUNOS POR SALA DE AULA					
Bom/excelente	155	50,8	150	49,2	Referência
Ruim/regular	289	43,3	378	56,7	1,05 (1,004-1,09)*
EXPOSIÇÃO AOS RUÍDOS DENTRO DA SALA DE AULA					
Não afeta	29	58,0	21	42,0	Referência
Afeta	415	45,0	507	55,0	1,09 (0,99-1,20)
RITMO E INTENSIDADE DO TRABALHO					
Não afeta	71	59,7	48	40,3	Referência
Afeta	373	43,7	480	56,3	1,11 (1,04-1,19) [‡]
NÚMERO DE TAREFAS REALIZADAS NO TRABALHO E A ATENÇÃO E RESPONSABILIDADE QUE ELAS EXIGEM					
Não afeta	86	57,7	63	42,3	Referência
Afeta	357	43,4	465	56,6	1,10 (1,04-1,17) [‡]
TEMPO DISPONÍVEL PARA O PREPARO DAS ATIVIDADES					
Não afeta	61	57,0	46	43,0	Referência
Afeta	383	44,3	482	55,7	1,09 (1,02-1,17)*
SOFRER VIOLÊNCIA FÍSICA OU PSICOLÓGICA					
Não	195	56,4	151	43,6	Referência
Sim	249	39,8	377	60,2	1,27 (1,15-1,40) [†]

RP= Razão de Prevalência.

*p<0,05; †p<0,01; ‡p<0,001.

Na Tabela 15 observa-se o comportamento de cada uma das variáveis de condições de trabalho, que demonstraram associação com a pior qualidade do sono nas análises bivariadas ou que apresentam relevância epidemiológica para o desfecho em questão, com a inclusão das variáveis de ajuste.

Após análises ajustadas por variáveis de condições de saúde, foram observadas associações entre a pior qualidade do sono e a percepção negativa sobre remuneração, ritmo e intensidade do trabalho, número de tarefas realizadas e tempo disponível para o preparo das atividades. Essas características perderam, porém, significância quando ajustadas pelas demais condições de trabalho, no último modelo (Tabela 15).

No modelo 4, após o ajuste pelas variáveis de confusão e pelas demais condições de trabalho, permaneceram associadas à pior qualidade do sono: ter sofrido violência física ou psicológica no trabalho como professor, tempo para lazer e para a família insuficiente ou regular e o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional regular ou ruim (Tabela 15).

TABELA 15 – Modelos de ajuste progressivo para associação entre condições de trabalho e pior qualidade do sono em professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013

CONDIÇÕES DE TRABALHO	n	%	RP BRUTA (IC95%)	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3	MODELO 4
Remuneração em relação ao trabalho realizado ruim/regular	360	58,9	1,08 (1,04-1,13) [†]	1,07 (1,03-1,12) [†]	1,07 (1,03-1,12) [†]	1,06 (1,02-1,11) [†]	1,04 (0,99-1,09)
Quantidade de alunos por sala de aula ruim/regular	378	56,7	1,05 (1,00-1,09)*	1,04 (1,00-1,09)*	1,04 (1,00-1,09)*	1,03 (0,99-1,08)	-
Ritmo e intensidade do trabalho afetam o trabalho	480	56,3	1,11 (1,04-1,19) [†]	1,12 (1,04-1,19) [†]	1,12 (1,05-1,19) [†]	1,08 (1,01-1,15)*	1,02 (0,95-1,09)
Número de tarefas realizadas no trabalho e a atenção e responsabilidade que elas exigem afetam o trabalho	465	56,6	1,10 (1,04-1,17) [†]	1,09 (1,03-1,16) [†]	1,10 (1,04-1,17) [†]	1,09 (1,03-1,15) [†]	1,04 (0,98-1,11)
Tempo disponível para o preparo das atividades afeta o trabalho	482	55,7	1,09 (1,02-1,17)*	1,10 (1,03-1,18) [†]	1,10 (1,03-1,18) [†]	1,09 (1,02-1,16)*	1,01 (0,94-1,09)
Exposição aos ruídos dentro da sala de aula afeta o trabalho	507	55,0	1,09 (0,99-1,20)	-	-	-	-
Nº de vínculos de trabalho ≥ 2	398	50,5	1,05 (0,99-1,09)	-	-	-	-
Sofrer violência física ou psicológica nos últimos 12 meses	337	60,2	1,11 (1,07-1,16) [†]	1,11 (1,06-1,16) [†]	1,11 (1,06-1,16) [†]	1,07 (1,03-1,12) [†]	1,05 (1,01-1,10)*
Tempo para lazer e família insuficiente/regular	435	58,3	1,12 (1,07-1,18) [†]	1,12 (1,05-1,18) [†]	1,12 (1,06-1,18) [†]	1,10 (1,05-1,15) [†]	1,06 (1,00-1,11)*

Continua...

									...conclusão
Equilíbrio entre a vida pessoal e profissional ruim/regular	190	69,9	1,14 (1,10-1,19) [‡]	1,15 (1,10-1,19) [‡]	1,14 (1,10-1,19) [‡]	1,11 (1,06-1,15) [‡]	1,08 (1,03-1,13) [‡]		
Relacionamento com superiores ruim/regular.	48	64,0	1,07 (0,99-1,14)	-	-	-	-		
Relacionamento com colegas ruim/regular.	21	56,8	1,01 (0,92-1,13)	-	-	-	-		
Relacionamento com alunos ruim/regular.	60	58,8	1,03 (0,97-1,10)	-	-	-	-		
Relacionamento com pais ruim/regular.	82	59,9	1,04 (0,98-1,11)	-	-	-	-		

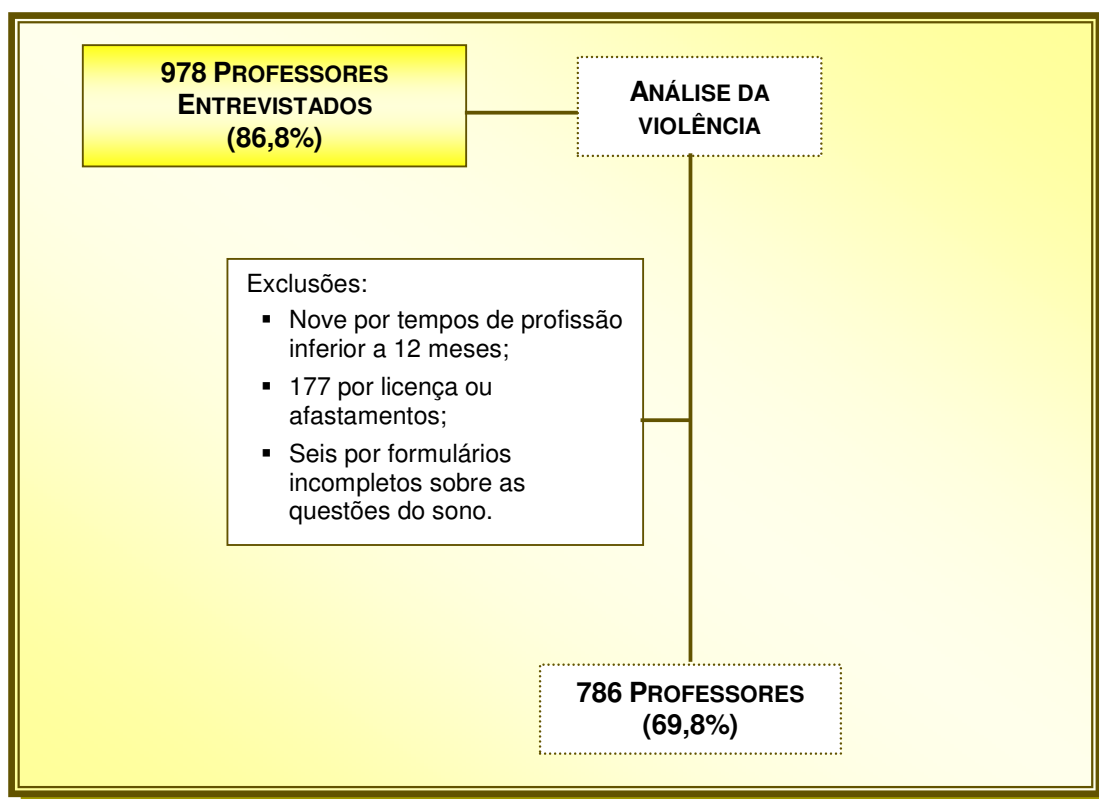
RP= Razão de Prevalência. *p<0,05; †p<0,01; ‡p<0,001; **Regressão de Poisson: Modelo 1** – sexo, idade [variável contínua], estado civil e renda mensal; **Modelo 2** – Modelo 1 + prática de atividade física, uso de tabaco, álcool e café; **Modelo 3** – Modelo 2 + presença de depressão, dor crônica e ansiedade; **Modelo 4** – Modelo 3 + remuneração em relação ao trabalho realizado, quantidade de alunos por sala de aula, ritmo e intensidade do trabalho, número de tarefas realizadas no trabalho e a atenção e responsabilidade que elas exigem, tempo disponível para o preparo das atividades, exposições a ruídos dentro da sala de aula, número de vínculos, sofrer violência física ou psicológica nos últimos 12 meses, tempo para lazer e família, equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, relacionamento com superiores, colegas, alunos e pais.

6.2.3 QUALIDADE DO SONO E VIOLÊNCIA AMBIENTE ESCOLAR

Por ser a violência contra os professores um tema epidemiologicamente relevante e que se mostrou associado à pior qualidade do sono na presente investigação, buscou-se explorar melhor esta condição de trabalho.

Para apreciação desses dados, conforme exposto anteriormente, considerando o tempo de exposição à violência, excluíram-se do total de entrevistados (n=972) 192 docentes, sendo nove por apresentarem tempo de profissão inferior a 12 meses e 177 por permanecerem em licença ou afastados por motivo de saúde por mais de 30 dias nos 12 meses anteriores à pesquisa. Assim, a população desta análise constituiu-se de 786 (69,8%) professores (Figura 4).

FIGURA 4 – Fluxograma da população pesquisada para análise da violência contra o professor no ambiente escolar. Londrina (PR), 2012-2013



A violência psicológica foi a mais relatada pelos entrevistados (64,1%), seguida pela violência física (7,7%) e com armas (1,1%). Os resultados da análise da associação de violência no ambiente escolar contra professores e qualidade do sono estão apresentados na Tabela 16. Todos os tipos de violência permaneceram associados à pior qualidade do sono após ajustes por variáveis do último modelo.

TABELA 16 – Associação entre percepção de violência no ambiente escolar nos últimos 12 meses e pior qualidade do sono em professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013

TIPOS DE VIOLÊNCIA	n	%	RP BRUTA (IC95%)	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3	MODELO 4
VIOLÊNCIA FÍSICA	40	67,8	1,08 (1,004- 1,17)*	1,09 (1,02- 1,19)*	1,09 (1,01- 1,18)*	1,08 (1,004- 1,16)*	1,08 (1,001- 1,16)*
VIOLÊNCIA COM ARMA BRANCA E/OU ARMA DE FOGO	9	100,0	1,30 (1,27- 1,33)†	1,32 (1,28- 1,36)‡	1,31 (1,25- 1,39)‡	1,29 (1,21- 1,38)‡	1,22 (1,12- 1,33)‡
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	294	58,9	1,09 (1,04- 1,15)†	1,10 (1,05- 1,15)†	1,09 (1,04- 1,15)†	1,07 (1,02- 1,13)†	1,06 (1,01- 1,11)*

*p<0,05; †p<0,01; ‡p<0,001; **Regressão de Poisson: Modelo 1** – Variáveis sociodemográficas (sexo, idade [variável contínua] e raça/cor [branca e não branca]); **Modelo 2** – Modelo 1 + Estilo de vida (prática de atividade física, consumo de álcool, café e tabaco); **Modelo 3** – Modelo 2 + Remuneração em relação ao trabalho realizado e equilíbrio entre a vida pessoal e profissional; **Modelo 4** – Modelo 3 + diagnóstico médico de depressão, dor e ansiedade.

A violência psicológica, além de mais prevalente, mostrou associação com a pior qualidade do sono. Para compreender melhor essa relação, seus tipos específicos estão detalhados na Tabela 17. Verificou-se que somente insultos e gozações de alunos mantiveram associação com o sono de maneira independente das variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e condições de saúde. Sentir-se humilhado ou constrangido por colegas ou superiores e ser ameaçado não permaneceu associado à pior qualidade do sono após a inclusão dos modelos de ajuste na análise.

TABELA 17 – Associação entre percepção de violência psicológica no ambiente escolar nos últimos 12 meses e pior qualidade do sono em professores da rede estadual de ensino de Londrina (PR), 2012-2013

TIPOS DE VIOLÊNCIA	n	%	RP BRUTA (IC95%)	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3	MODELO 4
INSULTOS E GOZAÇÕES DE ALUNOS	254	58,4	1,07 (1,02-1,12) [†]	1,07 (1,02-1,12) [†]	1,07 (1,02-1,12) [†]	1,05 (1,01-1,10)*	1,05 (1,004-1,09)*
HUMILHAÇÃO E CONSTRAINGIMENTO	88	63,8	1,08 (1,02-1,14) [†]	1,08 (1,02-1,14) [†]	1,07 (1,02-1,13)*	1,06 (1,003-1,12)*	1,04 (0,99-1,09)
AMEAÇAS	105	62,5	1,07 (1,02-1,13)*	1,07 (1,02-1,13) [†]	1,08 (1,02-1,13) [†]	1,06 (1,002-1,11)*	1,04 (0,99-1,09)

*p<0,05; [†]p<0,01; [‡]p<0,001. **Regressão de Poisson: Modelo 1** – Variáveis sociodemográficas (sexo, idade [variável contínua] e raça/cor [branco e não branco]); **Modelo 2** – Modelo 1 + Estilo de vida (prática de atividade física, consumo de álcool, café e tabaco); **Modelo 3** – Modelo 2 + Remuneração em relação ao trabalho realizado e equilíbrio entre a vida pessoal e profissional; **Modelo 4** – Modelo 3 + variáveis depressão, dor e ansiedade (se possui, com diagnóstico médico).

7 Discussão

7.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O Pró-Mestre consiste em um estudo pioneiro no Estado do Paraná que pode acrescentar evidências às investigações já desenvolvidas no Brasil e no mundo acerca do estado de saúde e estilo de vida de professores da educação básica em relação aos aspectos do processo de trabalho e da saúde desses profissionais. Trata-se de uma categoria de trabalhadores vulnerável e exposta a numerosas condições adversas, especialmente referentes ao trabalho. Ademais, refere-se a um recorte populacional com importante papel na sociedade brasileira, engajado na construção do conhecimento e na formação de cidadãos. A inquirição sobre a qualidade do sono entre docentes, parte integrante da pesquisa maior citada, também apresenta ineditismo no referido estado e pode fornecer subsídios para a implementação de ações na educação. Esta investigação compôs-se de uma amostra expressiva de professores e objetivou analisar, nesses indivíduos, a qualidade do sono e averiguar fatores a ela associados.

Entre as considerações metodológicas deste estudo, destacam-se como fortalezas o tamanho da população para análise da qualidade do sono entre professores e a baixa proporção de recusas em participar. O uso de um instrumento subjetivo para avaliação do sono (PSQI) poderia constituir-se em uma limitação da pesquisa. Entretanto, deve-se levar em conta que a qualidade do sono é, em grande parte, subjetiva e escalas como o PSQI têm importante papel nessa investigação (BUYSSSE et al., 1989). Uma limitação, com efeito, é a natureza seccional do estudo, que não permite avaliar a temporalidade das relações na maior parte dos fenômenos observados, impedindo avaliar se algumas variáveis relacionadas ao trabalho ocorrem anteriormente ao desfecho qualidade do sono. Outro fator limitante, especificamente na análise da violência, foi a ausência de reconhecimento e caracterização do agressor, exceto para as variáveis *insultos ou gozações de alunos e sentir-se humilhado ou constrangido por colegas ou superiores*. É importante destacar também que os professores readaptados de função ou em licença não compuseram a amostra final, o que pode subestimar a real situação do problema.

Ainda, infere-se que os dados da presente investigação não podem ser generalizados para docentes que atuam somente em escolas pequenas ou em regiões rurais. Entretanto, destaca-se o fato de os professores estudados terem representado cerca de 70% dos atuantes no ensino regular fundamental e médio e apresentarem características semelhantes às da maioria dos professores de outras localidades brasileiras, o que torna tais resultados passíveis de extrapolações para outras populações de professores que atuam em contextos semelhantes.

7.2 DELINEANDO O PERFIL DOS PROFESSORES

7.2.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ESTILO DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE

Os resultados da presente análise apontam para um grupo de docentes predominantemente do sexo feminino (68,3%), a exemplo de outros estudos que avaliaram essa população, e que também confirmaram a maior frequência de mulheres (AKINBODE et al., 2014; BAUER et al., 2007; CHONG; CHAN, 2010; SILVANY NETO et al., 2000; PEREIRA, et al., 2014a; SANTOS; MARQUES, 2013; VALLE, 2011; VEDOVATO; MONTEIRO, 2008, 2014). Um inquérito internacional sobre ensino e aprendizagem (*Teaching and Learning International Survey-TALIS*), desenvolvido em mais de 30 países com professores dos anos finais do ensino fundamental e médio de escolas públicas e privadas, identificou que a maioria dos professores era do sexo feminino, exceto no Japão. De fato, revelou-se que pelo menos dois terços dos professores eram mulheres e, no Brasil, esse dado correspondia a 71,1%, aproximando-se dos achados da presente investigação (ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2014).

A profissão docente ainda é permeada por questões de gênero, que refletem o contexto histórico, político e social sobre o qual ocorreu a feminização do magistério. Nesse sentido, os homens distanciaram-se do magistério, possivelmente pelos baixos salários e por novas oportunidades de trabalhos mais rentáveis e, em consequência, as mulheres assumiram suas vagas

no setor da educação, ainda hoje desprestigiado. Devem-se considerar também as representações sociais que aproximaram o ofício da educação da continuidade do cuidado maternal domiciliar. Assim, a entrada das mulheres no trabalho docente foi-se consolidando progressivamente e as relações de gênero foram se vinculando à instituição escolar (RABELO, 2015). Observa-se, no entanto, que os homens estão, de modo gradual, retomando ao trabalho docente. De acordo com dados do Censo Escolar da Educação Básica, desenvolvido com mais de um milhão de professores brasileiros, à medida que avança o nível de educação, aumenta a inserção de homens no magistério. A participação das mulheres variou de 98% no ensino de crianças nas creches para 64,4% no ensino médio e 46,7% no profissionalizante (BRASIL, 2009).

A média de idade dos professores avaliados (41,5 anos) mostra afinidade com a maioria dos estudos que pesquisaram essa população (ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, 2014; PEREIRA, et al., 2014c; SANTOS; MARQUES, 2013; VALLE, 2011; VEDOVATO; MONTEIRO, 2008, 2014), apresentando-se superior aos resultados de Silvano Neto et al. (2000) (34,7 anos) e Delcor et al. (2004) (34,5 anos). Identificou-se, em outras investigações que apresentaram a faixa etária predominante, que a idade dos professores variou de 30 (BANNAI; UKAWA; TAMAKOSHI, 2015b) a 60 anos (AKINBODE et al., 2014). Pressupõe-se assim que esses profissionais ingressam jovens na profissão e permanecem até sua aposentadoria ou possíveis afastamentos por limitações físicas ou mentais. Quanto à situação conjugal, os professores representaram uma população que vivia principalmente com companheiro (59,2%). Tal frequência foi similar a outros estudos entre docentes (BANNAI; UKAWA; TAMAKOSHI, 2015b; DELCOR et al., 2004; SILVANO NETO et al., 2000; SANTOS; MARQUES, 2013; VALLE, 2011; VEDOVATO; MONTEIRO, 2008, 2014).

O percentual de professores que se autodeclararam da raça/cor branca (74,5%) também ratifica os resultados de outros estudos (GERBERICH et al., 2014; TIESMAN et al., 2013; WEI et al., 2013) e mostra-se superior à população geral brasileira, em que os brancos representam 47,5% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Quanto ao grau de

instrução, a população de docentes investigada revelou maior qualificação que a identificada em outros estudos com professores em anos anteriores à realização da presente pesquisa (MEDEIROS; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2012; PEREIRA et al., 2014a; REIS et al., 2005; WILSON; DOUGLAS; LYON, 2011), comparando-se à qualificação observada entre professores universitários, cuja função requer titulações mais elevadas (LIMA; LIMA-FILHO, 2009). A elevada escolaridade entre os professores advém, provavelmente, da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, em 1996, que passou a exigir, nas escolas públicas e privadas, nível superior para todos os professores que atuam no ensino básico, estimulando, assim, uma formação de docentes com mais escolaridade (BRASIL, 1996). Há também que se destacar os incentivos salariais que o próprio sistema educacional paranaense oferece aos que buscam qualificar-se (PARANÁ, 2015). Assim é possível afirmar que os resultados sociodemográficos observados equiparam-se à maioria das pesquisas conduzidas com esse grupo populacional tanto no cenário nacional quanto no internacional.

A respeito do estilo de vida, observou-se que cerca de metade dos professores referiu a prática de atividade física no tempo livre pelo menos uma vez por semana e tal achado pode ser considerado inferior aos de outros estudos com professores (CHAMBERS; BELCHER, 1993; MEDEIROS; ASSUNÇÃO; BARRETO, 2012; VEDOVATO; MONTEIRO, 2014) e com outras populações (CONRY et al., 2011; SOLTANI et al., 2012; SPÖRNDLY-NEES et al., 2014). Tal contexto aponta para a necessidade de adoção de estratégias que estimulem a prática de atividade física na população pesquisada, uma vez que baixos níveis de atividade física, associados ao excesso de movimentação no trabalho, concorrem para o desenvolvimento de doenças crônicas entre os professores (PERBELLINI; ZONZIN; BALDO, 2009).

Os fumantes atuais representaram 8,0% dos professores avaliados, proporção semelhante à obtida no estudo Vigitel (BRASIL, 2015) em pesquisa por telefone nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, que variou entre 2,9% em Macapá e 12,8% em Porto Alegre. Já a Pesquisa Nacional de Saúde, que investigou características de saúde da população brasileira, publicou

prevalência um pouco maior (15,0%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014b). A prevalência obtida entre os professores entrevistados pode se relacionar à restrição ao uso do cigarro no ambiente escolar e encontrou similaridade com outros estudos que abordaram a mesma população (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; REIS et al., 2005; SILVA; SILVA, 2013; VEDOVATO; MONTEIRO, 2008). Além disso, sabe-se que, quanto maior o nível de escolaridade, menor a frequência desse hábito (BRASIL, 2015; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014b). O uso do tabaco é reconhecido como o principal fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças crônicas e constiu-se em líder global entre as causas de morte evitáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). O estabelecimento de estratégias para o enfrentamento desse hábito poderá contribuir para a melhoria da qualidade de vida, tanto dos docentes quanto da população em geral, dado que as condutas do professor podem apresentar influência sobre os estudantes e, conseqüentemente, sobre a sociedade.

Entre os professores investigados, metade referiu não consumir bebidas alcóolicas, aproximadamente 40% referiram que o faziam no máximo uma vez por semana e menos de 1% relatou consumo diário. A comparação desses achados com outros estudos é um tanto complexa quando se considera a diversidade de parâmetros metodológicos utilizados na avaliação desse hábito. A prevalência de professoras islandesas que referiram consumo de álcool no mínimo uma vez por semana (16%) foi inferior à da presente pesquisa (GUNNARSDOTTIR et al., 2006). Outros estudos entre professores não indicaram a frequência da ingestão de bebidas alcóolicas. Vedovato e Monteiro (2008) e Reis et al. (2005) destacaram prevalências de 27,5% e 22,0% entre professores paulistas e baianos, respectivamente, mas não reportaram a frequência. Conclui-se que o consumo na atual pesquisa aparenta ser maior que nos demais estudos. Em outras populações de trabalhadores, comparando com os dados dos professores analisados, observou-se taxa menor de consumo, pelo menos uma vez por semana, entre enfermeiros (21,2%) (OLIVEIRA et al., 2013). Quanto ao consumo diário, o resultado encontrado no presente estudo foi similar ao observado entre profissionais de saúde (0,8%) (PRETTO; PASTORE; ASSUNÇÃO, 2014) e

técnicos administrativos (1%) (LOPES, 2011). Ainda, o presente resultado mostrou-se similar ao de pesquisa de Laranjeira et al. (2010), em que cerca de 50% da população brasileira referiu abster-se desse hábito. Os efeitos do álcool, quanto ao benefício cardiovascular e à segurança, permanecem controversos. Entretanto, considerando o impacto negativo de seu consumo abusivo na sociedade, recomenda-se aos que têm o hábito do consumo do álcool que não ultrapassem 30 gramas diárias para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, de preferência não habitualmente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013). Já a OMS inferiu que não há um nível seguro na ingestão de álcool e, se a pessoa ingere, já está exposta aos problemas de saúde, especialmente se bebe mais de duas doses por dia ou, pelo menos, dois dias na semana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Percebeu-se, ainda, um elevado percentual de consumo de café entre os profissionais deste estudo (cerca de 70% o faziam diariamente). Esse resultado revelou-se superior ao referido por professores nigerianos (22,5%) (AKINBODE et al., 2014) e americanos (43,4%) (GILLAN et al., 2013), inferior aos belgas (94,7%) (VAN HOUTTE et al., 2012), assemelhando-se a uma amostra de docentes do Nordeste brasileiro (75,8%) (PENAFORT, 2008). Deve-se salientar que o café foi relacionado como o segundo alimento mais consumido entre os brasileiros e o Brasil sustenta a posição de maior produtor e exportador deste produto no *ranking* internacional (SOUZA et al., 2013). Já se previa, portanto, elevada proporção de consumidores dessa substância na presente investigação. Em uma revisão sistemática, concluiu-se que o consumo de três a quatro xícaras de café por dia não representa um risco significativo à saúde. Entretanto, a ingestão de cafeína associou-se ao aumento da latência para o sono, redução de sua duração e piora da qualidade (CLARK; LANDOLT, 2016). Além do hábito cultural do brasileiro de consumir café, talvez o elevado consumo observado nesta pesquisa deve-se, também, à contribuição desse produto na manutenção do estado de alerta e, conseqüentemente, na melhora do desempenho desses profissionais em suas atividades laborativas (FERRÉ, 2008).

As condições de saúde autorreferidas mais prevalentes entre os professores entrevistados foram: dor crônica (42,1%), ansiedade (25,1%),

depressão (15,4%) e hipertensão (15,2%). Os locais de dores mais reportados foram: cabeça e nuca (14,8%), costas e pelve (14,7%), membros superiores (13,1%) e inferiores (12,4%). Os problemas de saúde apontados aproximam-se dos dados obtidos em outras pesquisas e os relacionados à saúde mental constituem os mais abordados em estudos sobre professores (BAUER et al., 2007; CEZAR-VAZ et al., 2015; DELCOR et al., 2004; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; REIS et al., 2005; TANG; LEKA; MACLENNAN, 2013). Presume-se que o trabalho docente, haja vista as suas características, conduz os profissionais a um maior risco de adoecimento por problemas mentais e físicos.

Na Alemanha, os problemas de saúde mental apresentaram uma proporção de 29,8% e o impacto do ambiente escolar na saúde mental dos docentes foi comparado ao de trabalhar em hospital psiquiátrico (BAUER et al., 2007). Em uma investigação francesa, demonstrou-se que professores apresentam maior risco para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e de dor crônica nas regiões das costas, articulações e cabeça. A hipertensão também foi citada, porém observaram-se valores inferiores à presente pesquisa (KOVES-MAFÉTY et al., 2006). Salienta-se que as diferenças políticas, sociais e culturais podem interferir na percepção das limitações físicas e mentais por professores, fato já verificado por Tang, Leka e MacLennan (2013) em seu trabalho sobre condições de saúde entre professores de países ocidentais e orientais.

Em um estudo sobre condições de trabalho e saúde docente em sete países da América Latina também se destacaram dados compatíveis com os presentes resultados em relação às queixas de dores nas costas. Concluiu-se, ainda, que outras questões afetavam a saúde dos participantes, como angústia, insônia e dificuldades de concentração. O perfil patológico dos docentes latino-americanos permitiu identificar: problemas associados às exigências ergonômicas (enfermidades na coluna e lombalgia); problemas de saúde mental (estresse e depressão) e problemas de saúde geral (hipertensão, resfriados frequentes e gastrite) (FABARA GARZÓN, 2010). Entre professores americanos e chineses, a ansiedade e a depressão também foram mais frequentes (CHEN et al., 2010; MAHAN et al., 2010).

No cenário nacional, um estudo documental registrou que 92% dos atendimentos de saúde e perícia médica dos servidores municipais de Belo Horizonte geraram afastamentos, 84% dos quais se concentravam na categoria dos professores. As principais causas referiram-se aos transtornos psíquicos (15%), doenças do aparelho respiratório (12%) e acometimentos do sistema osteomuscular (11%), entre os quais se registram as queixas de dor crônica (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005). Os mesmos autores, em outra análise, explicitaram elevada prevalência de transtornos mentais entre professores do Ensino Fundamental (50,3%) (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006).

Uma revisão de literatura sobre condições de trabalho e saúde de professores baianos demonstrou que os três principais grupos de queixas de saúde que despontaram em estudos epidemiológicos entre 1996 e 2007 foram problemas vocais, osteomusculares e de saúde mental. Destacou-se que os docentes com elevadas exigências no trabalho também apresentavam mais queixas de doenças (CARVALHO, 2009). Outra investigação, também na Bahia, constatou proporções de professores com queixas de saúde superiores às observadas na atual pesquisa em relação a dores nas pernas (47,1%) e costas (45,0%) e inferior quanto à hipertensão (9,8%). Outros aspectos importantes relacionaram-se às queixas de rouquidão (49,4%), cansaço mental (39,6%) e nervosismo (25,3%) (SILVANY NETO et al., 2000). Entre docentes paulistas, a estimativa de depressão (11%) (ASSIS, 2008) assemelhou-se à observada na presente pesquisa e 28% dos professores de um município do Sul do Brasil informaram o uso de antidepressivos (SUZIN, 2005). Nesse último estudo referido, os dados sobre dor foram mais elevados, quando comparados aos da presente inquirição, com 60% revelando dores na coluna cervical, 56% nos membros superiores e 40% nos membros inferiores (SUZIN, 2005).

Percebe-se que, na literatura correlata, no campo educacional, a dor crônica associou-se ao sexo feminino, fatores psicossociais e condições de trabalho e foi mais frequente entre docentes que iniciam a carreira ainda jovens (CARVALHO; ALEXANDRE, 2006; FERNANDES; ROCHA; FAGUNDES, 2011; KORKMAZ; CAVLAK; TELCI, 2011; YUE et al., 2014) e tais achados coincidem com as principais prevalências sociodemográficas desta pesquisa. A predisposição

feminina à dor crônica pode advir da sobrecarga física decorrente do trabalho e do acúmulo de tarefas domésticas. Quanto aos docentes com pouco tempo de carreira, talvez a questão de conseguirem aumentar sua carga de trabalho favoreça a instalação de sintomas osteomusculares (CARVALHO; ALEXANDRE, 2006). As alterações do estado mental são comuns em pacientes com dor crônica, podendo esta ser tanto a causa quanto a consequência desses agravos (POOLE et al., 2009; VELLY et al., 2011).

As condições de saúde da população estudada reforçam que o processo de trabalho precisa ser revisto em relação aos investimentos na saúde ocupacional e à implementação de estratégias que minimizem as adversidades enfrentadas pelos docentes. As queixas de saúde relatadas por essa categoria profissional contribuem para reflexões que extrapolam os aspectos físicos e psicológicos, pois, muitas vezes, relacionam-se às características laborativas. Importa ainda ponderar que a exclusão de professores afastados ou readaptados de função pode subestimar essa análise, pois permanecem no trabalho os mais saudáveis ou que melhor adaptam-se às condições impostas pela profissão. Salienta-se também que algumas doenças, especialmente a hipertensão arterial e diabetes, podem ter sido subestimadas, pois muitos podem desconhecer que têm a doença.

7.3 QUALIDADE DO SONO DOS PROFESSORES

A prevalência de qualidade ruim do sono foi de 54,3% entre os professores investigados. Outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento para avaliação da qualidade do sono (PSQI) encontraram prevalências semelhantes de pior qualidade do sono entre professores, porém em amostras de menor tamanho. Em uma pesquisa com 165 professores da rede pública do interior de Minas Gerais, verificou-se prevalência de qualidade ruim no padrão de sono em 46,7% (VALLE, 2011). Em estudo de Souza et al. (2012) observou-se, entre 98 professores da rede pública e privada de Natal (RN), a prevalência de 51%. Em uma investigação entre professores japoneses, identificou-se a prevalência de problemas relacionados ao sono equivalente a 41,5% entre

homens e 44,4% entre mulheres (BANNAL; UKAWA; TAMAKOSHI, 2015b). Investigadores britânicos, utilizando um instrumento distinto ao da presente pesquisa, observaram na referida população prevalência de 58,5% quanto à dificuldade para dormir (CHAMBERS; BELCHER, 1993).

Ainda que seja elevada, a prevalência de pior qualidade do sono entre os professores do presente estudo pode ser considerada semelhante às observadas em outras populações, como estudantes trabalhadores (52%) (PEREIRA et al., 2011), estudantes universitários (54%) (ARAÚJO et al., 2013), trabalhadores de uma companhia de telecomunicações (53,4% para mulheres e 40,3% para homens) (DOI; MINOWA, 2003) ou considerada baixa em relação à prevalência entre músicos (71,4%) (PEREIRA et al., 2010) e enfermeiros (74%) (ROCHA, 2013), profissionais que mais frequentemente trabalham à noite. Assim, observando-se apenas os dados de prevalência, segundo este instrumento, a população de professores parece não ser especialmente vulnerável aos distúrbios do sono quando comparada às outras populações.

7.3.1 AS INTERFACES ENTRE A QUALIDADE DO SONO E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ESTILO DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE

Nas análises bivariadas, associaram-se à pior qualidade do sono a renda familiar mensal (até R\$ 5 mil), inatividade física no lazer, dor crônica e relatos de diagnóstico de depressão e ansiedade. Esses achados corroboram os de outras pesquisas, porém com outras populações, para condições socioeconômicas mais baixas (ANDERS et al., 2013; TAKAHASHI et al., 2014), presença de comorbidades (PARK, et al., 2013), ansiedade, depressão e dor crônica (ANDERS et al., 2013; MORPHY et al., 2007) e inatividade física (NAKASHIMA et al., 2011; WENNMANN et al., 2014).

A renda familiar mensal consiste em um dado pouco estável e difícil de ser comparado temporal e espacialmente. Na associação entre a qualidade do sono e condições socioeconômicas, observa-se que problemas do

sono autorreferidos já demonstraram associação com condições socioeconômicas mais baixas em estudos de base populacional (GOODIN; MCGUIRE; SMITH, 2010; NOMURA et al., 2010; PATEL et al., 2010). Arber, Bote e Meadows (2009), em um estudo transversal entre 8 mil britânicos, detectaram forte associação entre problemas do sono e quatro medidas socioeconômicas: baixo rendimento familiar mensal, baixa qualificação educacional, habitar em moradia alugada e não ter emprego remunerado. Ainda, explicaram a interferência dessas variáveis no sono a partir de quatro dimensões: desvantagens estruturais: viver em circunstâncias adversas produz efeitos na qualidade do sono (moradias pequenas, superlotação nas casas e proximidade de vizinhos resultam em perturbações noturnas pelo excesso de ruídos e comportamentos antissociais); estresse psicológico: aumento de preocupações e ansiedade, observado em populações menos privilegiadas, provoca impacto negativo no sono; estilo de vida: baixas condições socioeconômicas relacionam-se aos comportamentos individuais deletérios à saúde (tabagismo, consumo de álcool e inatividade física), que, por sua vez, comprometem a qualidade do sono; conhecimento e educação para adoção de estratégias que promovam o sono saudável: nível educacional inferior pode associar-se com menor acesso ao conhecimento sobre práticas de higiene do sono e estratégias para seu aprimoramento. Uma revisão sistemática que explorou o sono entre adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos evidenciou uma tendência de jovens pobres e com situação social inferior manifestarem curta duração e má qualidade do sono (FELDEN et al., 2015).

Embora o sono e a atividade física sejam regulados por mecanismos fisiológicos completamente distintos, são crescentes as evidências das relações entre esses comportamentos. Algumas teorias explicam tal interseção. Os mecanismos termorreguladores auxiliam na indução do sono, pois compreende-se que o sono é deflagrado a partir de uma redução da temperatura corporal. Logo o exercício físico, por aumentar a dissipação de calor, cria uma condição capaz de facilitar esse processo. As concentrações endógenas de melatonina também são influenciadas pela prática de atividade física; no entanto, devem ser consideradas as condições de iluminação e período do dia em que se realizam os exercícios, ou seja, a prática deve ser evitada algumas horas antes do

momento de dormir (ATKINSON; DAVENNE, 2007; STEPANSKI; WYATT, 2003). A teoria da conservação de energia postula que o exercício promove o sono pelo aumento do gasto energético na vigília (MARTINS; MELLO; TUFIK, 2001). Baron, Reid e Zee (2013) em estudos com idosos com insônia, concluíram que realizar atividades físicas durante o dia não se associa com o sono da noite correspondente; por outro lado, o sono noturno prediz o desempenho para a atividade física do dia seguinte. Em contraposição, as evidências resumidas por uma metanálise indicam que os benefícios dos exercícios físicos para o sono são percebidos imediatamente à sua prática e, além disso, a atividade física apresenta impacto positivo sobre o sono em medidas objetivas (KREDLOW et al., 2015).

Além da interrupção do sono conduzir a uma diminuição no desejo de exercitar-se, também pode promover aumento da dor (ONEN et al., 2001). A privação do sono produz aumento da resposta ao estímulo doloroso e prejuízos no funcionamento do sistema de inibição endógena da dor (LAUTENBACHER; KUNDERMANN; KRIEG, 2006; SMITH; EDWARDS; MCCANN, 2007). Acredita-se que a modulação da dor e a regulação do ciclo sono-vigília compartilhem os mesmos sistemas neurobiológicos, em especial a neurotransmissão serotoninérgica central (FOO; MASON, 2003). Corroborando, Lautenbacher, Kundermann e Krieg (2006), em uma revisão sistemática, apresentaram três conclusões relevantes: a dor promove uma excitação exacerbada e prejudica o sono; privação e interrupções do sono aumentam a sensibilidade e a vulnerabilidade à dor e há um círculo vicioso entre os distúrbios do sono e a dor crônica, em que o aumento de um provoca o mesmo efeito no outro. Além disso, alguns estudos sobre dor crônica já demonstraram a relação bidirecional entre dor e sono (O'BRIEN et al., 2010, 2011). A dor intensa experimentada durante o dia pode explicar a qualidade de sono ruim na noite subsequente e esta, por sua vez, pode associar-se com o aumento da dor no dia seguinte (AFFLECK et al., 1996; RAYMOND et al., 2001).

Há evidências científicas que sustentam haver associação entre o sono e o comportamento emocional e, mais precisamente, entre o sono, a ansiedade e a depressão. Os sintomas depressivos são considerados fatores de

risco relevantes para a insônia e, inversamente, distúrbios do sono são muito comuns entre pacientes deprimidos (FORD; KAMEROW, 1989; LACRUZ et al., 2016). Uma metanálise mostrou, recentemente, que os distúrbios do sono podem conduzir à depressão (BAGLIONI et al., 2011). Em uma revisão sistemática com estudos de coorte, verificou-se que os distúrbios do sono associam-se bidirecionalmente à ansiedade e depressão (ALVARO; ROBERTS; HARRIS, 2013). Diversos mecanismos tentam explicar tal associação. Estruturas cerebrais e neurotransmissores comuns têm sido associados à insônia, ansiedade e depressão (LESCH et al., 1996; NESTLER; CARLEZON, 2006). Batterham et al. (2012) sugeriram que, em resposta aos distúrbios do sono, os fatores inflamatórios elevam-se e associaram esse achado ao diagnóstico de ansiedade e depressão. Outra hipótese propôs ainda que fatores comuns (genéticos, familiares, sociais e ambientais) podem contribuir, de forma independente, para o desenvolvimento da insônia, ansiedade e depressão (KANEITA et al., 2009).

7.3.2 QUALIDADE DO SONO E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOCENTE

Nos estudos que avaliaram o sono entre professores, já foram demonstradas associações entre má qualidade do sono e estresse (PETERSEN et al., 2013; VALLE, 2011), altas demandas de trabalho (CROPLEY; DIJK; STANLEY, 2006; RIVERO RODRÍGUEZ; CRUZ FLORES, 2008; VEDOVATO; MONTEIRO, 2008), maior tempo na profissão (PEREIRA et al., 2014a), horário de trabalho matutino (SOUZA et al., 2014), síndrome de *burnout* (INOCENTE, 2005), transtornos mentais (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; INOCENTE, 2005), jornadas superiores a 40 horas semanais (BANNAI; UKAWA; TAMAKOSHI, 2015a; 2015b), tarefas repetitivas (RIVERO RODRÍGUEZ; CRUZ FLORES, 2008), insatisfação no trabalho (MEREY et al., 2013; PEREIRA et al., 2014a), capacidade para o trabalho (VEDOVATO; MONTEIRO, 2014), cansaço (GARRICK et al., 2014) e fadiga vocal (BUENO; SERVILHA, 2011; FERREIRA et al., 2010). Demonstra-se, portanto, a ausência de pesquisas com docentes as quais tenham explorado a inter-relação entre o padrão de sono e as variáveis para as quais se encontrou associação na presente pesquisa.

Nas principais análises deste estudo, ao contrário do que se esperava, algumas condições de trabalho não se mostraram associadas à má qualidade do sono, como exposição aos ruídos dentro da sala de aula, maior número de vínculos de trabalho como professor e percepção negativa sobre relacionamentos com superiores, colegas, alunos e pais de alunos. Percebe-se que talvez a relação entre o sono e esses fatores possa ser explicada por outras variáveis relacionadas ao trabalho. O maior número de vínculos, por exemplo, expõe o profissional da educação a uma exacerbação de diversos fatores ocupacionais geradores de estresse. Os relacionamentos nos quais o professor envolve-se no ambiente escolar também podem desencadear estresse ocupacional e, quanto mais extensa sua jornada de trabalho, maior será sua exposição a essas experiências, situação que pode ser propulsora de problemas do sono. Também a exposição aos ruídos excessivos dentro da sala de aula associa-se à fadiga cognitiva e desgastes vocais (KRISTIANSEN et al., 2014).

Fisiologicamente o estresse provoca desequilíbrio crônico do eixo pituitário-adrenal, conduzindo à hiperatividade. Como consequência, presume-se que haja hiperestimulação do sistema nervoso e redução da duração e qualidade do sono (SCULTHORPE; DOUGLASS, 2010). Além disso, as longas jornadas de trabalho na docência podem reduzir o tempo do professor para suas atividades pessoais, incluindo o tempo do sono. Jansen et al. (2003) argumentam que trabalhadores com extensas jornadas necessitam de mais horas para recuperar-se da fadiga induzida pelo trabalho. Tal condição provocada pelo trabalho requer, além de sono de qualidade, a adoção de outras atividades de relaxamento, como tempo para descanso, leitura e família (VIRTANEN et al., 2009). Em suma, depreende-se que essas variáveis podem refletir-se nas percepções negativas relatadas pelos professores da presente pesquisa sobre o tempo para lazer e família e o equilíbrio entre sua vida pessoal e profissional ou, ainda, refletir-se nas queixas de ansiedade e depressão, haja vista que já se constatou a relação entre estas e aqueles aspectos do trabalho (CHEN et al., 2010; MEDEIROS; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2008; MAHAN et al., 2010).

Prosseguindo na análise multivariada, observou-se que algumas condições de trabalho mostraram-se relevantes para a má qualidade do sono,

porém, paulatinamente, perderam a associação conforme a inclusão de variáveis de ajuste. A percepção negativa sobre a quantidade de alunos por sala de aula permaneceu associada à pior qualidade do sono, independentemente das características sociodemográficas e de estilo de vida, perdendo a significância quando ajustada por variáveis de condições de saúde. É possível que as condições de saúde expliquem melhor a relação entre tal aspecto e o sono que essa percepção de condição de trabalho em si.

O Plano Nacional de Educação aborda a questão do número de alunos por sala de aula. Entretanto, os limites ainda não estão claramente definidos, produzindo superlotação de salas e falhas no desenvolvimento da prática pedagógica. Compreende-se que este aspecto do trabalho pode contribuir para o sofrimento dos professores – pois se sentem incapazes de proporcionar uma educação de qualidade no atendimento às necessidades individuais de cada estudante (FREITAS; FACAS, 2013) – além de colaborar para o aumento do nível de estresse e *burnout* com a sobrecarga de trabalho a que são submetidos (SALTIJERAL; RAMOS, 2015). A sobrecarga, em si, não gera o estresse. A problemática advém da perda de autonomia do professor e, conseqüentemente, as alternativas para lidar com essa situação tornam-se restritas (CODÓ; SORATTO; VASQUES-MENEZES, 2004). As possíveis formas de enfrentamento dessa condição estariam relacionadas com a delimitação das atividades do trabalho no próprio ambiente de trabalho (correção de provas, trabalhos, elaboração de aulas, por exemplo), atividades que, quando invadem o ambiente privado, podem comprometer a adoção de um estilo de vida saudável por esses profissionais.

As percepções negativas dos professores a respeito de remuneração, ritmo e intensidade do trabalho, número de tarefas realizadas e a atenção e responsabilidade que elas exigem e o tempo disponível para o preparo das atividades associaram-se, nas análises bivariadas, com a pior qualidade do sono e, na análise multivariada, associaram-se de forma independente das variáveis sociodemográficas, estilo de vida e condições de saúde; entretanto, perderam a significância estatística quando ajustadas pelas demais condições de trabalho.

A insatisfação dos docentes brasileiros com os salários reflete-se na pesquisa de Alves e Pinto (2011), em que se demonstrou que, em termos salariais, os professores da Educação Básica ocuparam a 27ª colocação entre 32 profissionais com nível de formação semelhante. Considerando que a remuneração consiste em um aspecto fundamental para qualquer profissão e que essa categoria profissional auferia rendimentos que estão abaixo daqueles obtidos por profissionais de formação equivalente, compreende-se a adoção de um ritmo mais intenso de trabalho, iniciando-se muito cedo, podendo estender-se até à noite, em razão de dupla ou tripla jornada. No curso desse ritmo frenético, desrespeitam-se horários, perdem-se horas de sono, prejudica-se a alimentação e não há tempo para o lazer. Requerem-se elevados níveis de atenção e concentração para a realização das tarefas e, quando a rotina se torna desprovida de significação, ou o trabalho não é reconhecido, ou é uma fonte de ameaças à integridade física ou psíquica, propulsiona sofrimento ao professor.

Outrossim, um ponto que torna a rotina dos professores ainda mais intensa são as atividades extraclasse (correção de trabalhos, preparo de aulas e outras atividades). Estas podem aumentar a jornada de trabalho e, conseqüentemente, sobrecarregar esses profissionais, intensificando a atividade docente. Embora a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394/96) garanta uma carga horária específica para o desenvolvimento das atividades extraclasse (BRASIL, 1996), na prática isso não ocorre. Muitos fatores podem concorrer para essa situação: o baixo poder político-administrativo da categoria de professores, o conformismo com o descaso social quanto aos profissionais da educação ou ainda o intuito de não causar prejuízos aos estudantes e sobrecarregar ainda mais o sistema educacional deficitário (SANTOS; MARQUES, 2013).

Em alguns estudos entre professores também se encontraram elevadas prevalências em relação a essas condições de trabalho. Entretanto não foram identificadas análises de associações destas à qualidade do sono. Um estudo entre professores japoneses constatou que as principais cargas de trabalho quantitativas e qualitativas que se associaram à fadiga foram: pressão, interrupções constantes, exigências físicas elevadas e levar trabalho para casa

(SHIMIZU et al., 2011). Cezar-Vaz et al. (2015), em suas investigações sobre saúde mental de professores da rede básica de ensino no Sul do Brasil, identificaram cinco principais causas de condições de trabalho estressantes: salário inadequado, material de trabalho insuficiente ou inadequado, tamanho da classe inadequado para o número de alunos, excesso de atividades e levar trabalho para casa. Entre professores de Florianópolis (SC), as questões que apresentaram maiores percentuais de professores insatisfeitos relacionaram-se a remuneração e benefícios, condição de ruído e temperatura e crescimento e aperfeiçoamento (PEREIRA et al., 2014b). Marchiori, Barros e Oliveira (2005) constataram que, além dos baixos salários, outros fatores contribuem para a tensão e o cansaço dos professores, como ritmo intenso de trabalho e número excessivo de alunos em sala de aula.

Esses aspectos das condições de trabalho podem influenciar, sobremaneira, o padrão de sono. De acordo com pesquisas prévias, a diminuição da duração do sono foi associada aos dias de trabalho mais longos e maiores cargas (DAHLGREN; KECKLUND; ÅKERSTEDT, 2015), bem como ao trabalho além da jornada estabelecida (ÅKERSTEDT et al., 2002; ANSIAU et al., 2008). O impacto do ambiente laboral no sono dos trabalhadores também já foi detectado em diversos estudos prospectivos, sendo os aspectos psicossociais e os efeitos da jornada de trabalho as variáveis mais abordadas (LINTON et al., 2015). Outro estudo prospectivo apresentou resultados confluentes com os anteriores; contudo enfatizou que, assim como as elevadas demandas do trabalho predizem distúrbios do sono, o padrão ruim de sono também é um preditor de percepção negativa sobre estresse, exigências no trabalho, falta de controle e de apoio social (ÅKERSTEDT et al., 2015).

Destaca-se que o governo do Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Educação (SEED-PR), implementou, entre 1995 a 2002, uma série de programas e ações que resultaram em baixos investimentos no campo educacional, o que compeliu os professores a esforçarem-se por melhores resultados, com otimização dos recursos e serviços disponíveis (MARONEZE, 2012). A nova organização do trabalho denota seus fundamentos na lógica e nos

princípios empresariais, cujas relações precárias de trabalho assumiram dimensões mais acentuadas.

Considerando-se os ajustes feitos nos modelos estatísticos do presente estudo, incluindo todas as condições de trabalho, sobressaíram-se, ainda que com reduzida força de associação, a percepção negativa sobre o tempo para lazer e família, equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e a violência no ambiente escolar contra o professor.

O tempo para lazer e família e o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional constituem-se variáveis subjetivas que podem refletir a percepção negativa do professor sobre suas condições de trabalho e mantiveram-se associadas à pior qualidade do sono, mesmo após ajuste das análises pelos principais fatores de confundimento, como os sociodemográficos, os do estilo de vida, as condições de saúde e as demais condições de trabalho. O trabalho do professor pode invadir sua vida pessoal, pois as demandas do trabalho extrapolam o ambiente estabelecido para o trabalho docente. Sugere-se que a remuneração mais baixa, o grande número de tarefas desenvolvidas e a responsabilidade exigida, a escassez de tempo para o preparo das atividades e a violência no ambiente escolar são aspectos que podem estar implícitos na subjetividade dessas variáveis, dada a interferência no contexto de vida do professor.

O tema equilíbrio entre a vida pessoal e profissional tem despertado crescente interesse nos últimos tempos. As exigências do tempo e a tensão criadas pelo trabalho interferem com as responsabilidades relacionadas com a vida privada, sobretudo com a família. Ao se abordar a vida pessoal, remete-se, necessariamente, ao trabalho doméstico, constituído por um conjunto de atividades ainda majoritariamente de responsabilidade feminina. Ele vem sendo reconhecido como indispensável para o bem-estar do indivíduo e da família (BRUSCHINI; RICOLDI, 2013). Outrossim, com o aumento de oportunidades para as mulheres no mercado de trabalho, modificou-se a estrutura familiar, explicando tal desequilíbrio enquanto uma questão de gênero (OLIVEIRA, 2015). Desse modo, tal condição denota a desigualdade na conciliação entre essas duas áreas para o estabelecimento do equilíbrio e, também, pode contribuir para a percepção

dos professores da presente análise, cuja maior frequência foi de mulheres. Nesse sentido, Santos (2008) complementa que, além do crescente acesso das mulheres ao mercado de trabalho, outros fatores dificultam a gestão da vida profissional e pessoal e a conciliação entre elas, como o aumento das jornadas de trabalho e das famílias monoparentais, além do envelhecimento populacional.

Observa-se, ainda, neste cenário, uma importante lacuna de políticas sociais que viabilizem o equilíbrio e conciliação entre o mundo laboral e a vida privada dos trabalhadores. Dessa forma, reconhece-se o papel do Estado na transformação dessa realidade e no suporte às famílias, pois as desigualdades que se traduzem nas diferentes formas que os profissionais fazem de seu tempo podem ser minimizadas por ações governamentais, que poderão garantir mais qualidade de vida, subentendendo-se a qualidade do sono para todos. Considera-se que essas variáveis são abrangentes e necessitam de estudos complementares para maior detalhamento de seus significados e de que maneira elas podem contribuir em estratégias para prevenção de distúrbios do sono.

7.3.3 VIOLÊNCIA CONTRA O PROFESSOR NO AMBIENTE ESCOLAR E QUALIDADE DO SONO

Os resultados sugerem que todas as formas de violência investigadas associaram-se à má qualidade do sono, independentemente de características sociodemográficas, estilo de vida ou condições de saúde. Isso permite supor que a violência sofrida pelo professor, sobretudo a praticada por estudantes, pode compor o conjunto de fatores que prejudicam a qualidade do sono e de vida desses profissionais. A violência pode conferir vulnerabilidade aos transtornos mentais, emocionais e, conseqüentemente, aos distúrbios do sono (WILSON; DOUGLAS; LYON, 2011), além de ser um fator para o desengajamento profissional (GALAND; LECOCQ; PHILIPPOT, 2007).

Em alguns estudos com diferentes populações já se verificou tal relação. Em uma pesquisa com adolescentes americanos, demonstrou-se o impacto da exposição à violência comunitária nos distúrbios do sono (KLEWER;

LEPORE, 2015). Em outro estudo, com mulheres vítimas de violência pelo parceiro que apresentavam sintomas de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e depressão, encontrou-se associação com a má qualidade de sono (WOODS; KOZACHIK; HALL, 2010). Do mesmo modo, as condições de trabalho de enfermeiros, incluindo a exposição frequente aos conflitos e violência no trabalho, também se associaram a esse desfecho (ERIKSEN et al., 2008).

A prevalência de violência física foi semelhante a outras investigações. Esses achados são condizentes com os apontamentos de uma pesquisa em Israel em que aproximadamente 7% dos estudantes entrevistados reportaram ter destruído pertences pessoais de um professor e 4% já haviam agredido professores com empurrões, socos ou mordidas, ou usando uma cadeira (KHOURY-KASSABRI; ASTOR; BENBENISHTY, 2009). Em um estudo com professores na Pensilvânia, estimou-se em 7,8% a prevalência de trabalhadores agredidos fisicamente (TIESMAN et al., 2013).

Gerberich et al. (2014) identificaram alguns fatores imbricados na ocorrência de violência física que podem ser aplicados neste estudo, como: ser professor do jardim de infância ao ensino médio, de escolas de regiões urbanas, com até mil alunos, com recursos insuficientes ou estrutura física inapropriada. Ou seja, apesar dessa forma de violência ter apresentado um número aparentemente reduzido na presente investigação, não se pode negligenciá-la, tendo em vista o possível impacto negativo na saúde física e mental dos profissionais agredidos, bem como na qualidade do sono, uma vez que esta variável mostrou-se significativa mesmo após todos os ajustes realizados nos modelos de análise.

A violência com armas associou-se, de maneira mais forte, em comparação às outras formas de violência, aos prejuízos do sono. É provável que o impacto da violência com armas na qualidade do sono relacione-se ao risco de morte iminente e ao sentimento de impotência ao qual a vítima é exposta, com risco de ocasionar danos psicológicos e físicos irreversíveis, quando não letais (WILSON; DOUGLAS; LYON, 2011). Um estudo em Goiás com vítimas deste tipo de violência evidenciou a grande probabilidade de desenvolvimento de TEPT nas vítimas (MELLO-SILVA et al., 2012). Tais premissas relatadas permitem inferir que

os atos violentos contra professores influenciam, sobremaneira, sua qualidade de vida, uma vez que esta possui íntima relação com a qualidade do sono.

Observou-se que a violência psicológica, quando comparada a outras formas, foi altamente frequente na população estudada e tal achado é corroborado por resultados encontrados em diferentes estudos. A taxa estimada pode ser considerada elevada (64,1%) e, peremptoriamente, é um dado preocupante e preditivo de medo, gerando impacto negativo na saúde física, emocional e na qualidade do ensino (WILSON; DOUGLAS; LYON, 2011). Gerberich et al. (2011), em um estudo com 4.731 professores norte-americanos, detectaram que 38,6% apresentavam experiências com violências de natureza psicológica. Outra investigação, também nos Estados Unidos, com 2.514 trabalhadores da educação da Pensilvânia, constatou uma taxa de violência de 28,9% (TIESMAN et al., 2013). Professores canadenses relataram uma proporção de violência velada de 75,2% (WILSON; DOUGLAS; LYON, 2011).

Presume-se que nas escolas investigadas nesta pesquisa, por serem as maiores do município, haja mais violência contra o professor do que em escolas menores e de regiões rurais. Além disso, ressalta-se a dificuldade de comparação desses dados pela escassez de estudos que abordem a associação entre a violência sofrida pelo professor e a qualidade do sono.

Considerando que a violência contra o professor pode resultar em danos psicossociais, danos à sua saúde (incluindo pior qualidade do sono e suas consequências) e ao próprio processo educativo, fazem-se necessárias ações que visem melhorar as relações humanas nas escolas e reduzir casos de violência psicológica ou física.

8 Conclusões

Os resultados do presente estudo sobre a qualidade do sono entre professores da educação básica de Londrina (PR) permitiram as conclusões a seguir.

8.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

- ▶ Os professores estudados constituíram uma população predominantemente feminina, da raça/cor autorreferida branca, com média de idade de 41,5 anos, que viviam com companheiro. Mais da metade (59,3%) apresentou renda familiar mensal de até R\$ 5 mil. Em relação ao grau de instrução, a maioria (73,3%) concluiu um curso de pós-graduação *lato sensu*.
- ▶ Quanto ao estilo de vida, mais da metade (52,9%) referiu inatividade física no lazer. A proporção de tabagistas foi de 8,0% e 89,9% relataram não consumir álcool ou fazê-lo até uma vez por semana. Detectou-se, ainda, um consumo elevado de café, o que aproximadamente 70% faziam diariamente.
- ▶ Entre as condições de saúde investigadas, as mais referenciadas foram: dor crônica, ansiedade e depressão. Predominou-se a dor crônica com localização nas regiões da cabeça e nuca, costas e pelve, membros superiores e inferiores.
- ▶ A análise das características laborais revelou que a maioria dos profissionais era estatutária, com carga horária semanal superior a 40 horas, distribuídas em dois ou mais vínculos de trabalho em diferentes turnos, sendo os mais frequentes manhã e tarde. Quanto ao perfil do ambiente e condições de trabalho, destacaram-se: o bom ou excelente relacionamento

com os superiores, colegas e alunos e a percepção negativa referente ao relacionamento com pais de alunos, remuneração e quantidade de alunos por sala de aula. No que tange às cargas de trabalho que afetavam o professor, a exposição aos ruídos, o ritmo e intensidade do trabalho, o número de tarefas realizadas e o tempo disponível para o preparo das atividades foram referenciadas por quase a totalidade dos entrevistados. Salienta-se ainda que mais da metade declarou ter sofrido violência física ou psicológica.

- ▶ A qualidade do sono foi considerada ruim para 5 em cada 10 professores. Evidenciaram-se piores pontuações do PSQI nos seguintes componentes: qualidade subjetiva do sono, latência para o sono, duração do sono e disfunção diurna. As mulheres apresentaram pior qualidade do sono em relação aos homens. O uso frequente de medicamentos para dormir e problemas para manter o ânimo associaram-se estatisticamente ao sexo feminino. Os eventos mais citados que dificultaram o sono desses trabalhadores foram: acordar no meio da noite, ir ao banheiro e sentir calor.

- ▶ A pior qualidade do sono mostrou-se associada à renda familiar mensal de até R\$ 5mil, à inatividade física e às condições de saúde autorreferidas de hipertensão arterial, depressão, ansiedade e dor crônica. Todos os tipos de dor crônica relatados associaram-se ao padrão de sono prejudicado dos docentes.

8.2 QUALIDADE DO SONO E CONDIÇÕES DE TRABALHO

- ▶ Nas análises bivariadas, a pior qualidade do sono associou-se às seguintes características: ter três vínculos de trabalho e percepção negativa em relação a: remuneração, equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, tempo para lazer e família, quantidade de alunos por sala de aula, ritmo e intensidade do trabalho, número de tarefas realizadas e a atenção e responsabilidade que elas exigem, tempo disponível para o preparo das atividades e ter sofrido violência física ou psicológica.
- ▶ Permaneceram associadas à pior qualidade do sono, após análises ajustadas, apenas a percepção negativa dos professores quanto ao tempo para lazer e família, ao equilíbrio entre a vida pessoal e profissional e a ter sofrido violência física ou psicológica nos últimos 12 meses.

8.3 QUALIDADE DO SONO E VIOLÊNCIA NO AMBIENTE ESCOLAR CONTRA O PROFESSOR

- ▶ Todos os tipos de violência associaram-se à pior qualidade do sono, independentemente de características sociodemográficas, estilo de vida, condições de trabalho e de saúde.
- ▶ A violência psicológica foi a mais frequente e evidenciou-se, em seu detalhamento, que receber insultos ou ameaças de alunos associou-se à má qualidade do sono na análise multivariada.

9 Considerações Finais

A presente análise perscrutou uma temática raramente estudada a respeito de professores: a qualidade do sono e suas interfaces com as condições laborais, incluindo a violência no trabalho. Conjectura-se que a percepção negativa dos professores sobre diversos aspectos do trabalho interferem em sua qualidade do sono. Após ajustes por possíveis fatores de confusão, observou-se que algumas condições de trabalho mostraram associação com o desfecho avaliado: o equilíbrio entre a vida pessoal e profissional ruim ou regular, o tempo para lazer e família insuficiente ou regular e a violência contra o professor no ambiente escolar, ainda que as associações encontradas tenham sido discretas.

Por ser a violência um flagelo social que perpassa toda a sociedade, com efeitos deletérios em todas as áreas, sobremaneira em instituições educacionais, buscou-se analisar esse fenômeno à luz da qualidade do sono. Desse modo, compreende-se que todos os tipos de violência se associaram à pior qualidade do sono. Enfatiza-se que a violência psicológica foi a mais prevalente e, em seus desdobramentos, identificou-se que receber insultos ou gozações de alunos permaneceu associado à má qualidade do sono desses profissionais, independentemente de características sociodemográficas, estilo de vida, condições de trabalho e saúde.

Portanto, o que se pode elucidar como a principal contribuição desta obra é a identificação da má qualidade do sono associada com as condições de trabalho desses profissionais. Sugere-se que os baixos salários que conduzem à necessidade de ampliação da carga horária com outros vínculos de trabalho, a superlotação de salas de aula, a exposição excessiva aos ruídos, o ritmo acelerado, o desgaste nos relacionamentos interpessoais e a escassez de tempo para preparo das atividades podem ser mais bem expressos pela falta de tempo para o lazer e para a família, pela invasão do trabalho na vida privada e pelo sofrimento que advém da violência, dada a amplitude de significado dessas variáveis sobre as demais no que tange aos prejuízos do sono.

Os dados convergem ainda para reflexões acerca do domínio do profissional da educação sobre questões inerentes ao seu trabalho. O controle sobre os aspectos pedagógicos parece não os poupar das demandas globais a

que estão submetidos, as quais provocam o surgimento de alterações físicas e mentais. O professor preocupa-se tanto no cuidado com o outro que pode ter dificuldades para compreender sua situação de saúde, bem-estar e qualidade de vida. Os sintomas de doenças podem ser minimizados pelas elevadas demandas laborais, mas quando assumem um patamar de severidade é que se valoriza a sua existência.

Considerando que o sono é um processo essencial para o estabelecimento do equilíbrio orgânico e que os professores representam pilares na formação de cidadãos, sugere-se a adoção de algumas estratégias que poderiam colaborar para a melhoria do contexto apresentado. Mesmo que as instituições de ensino estejam longe de proporcionar condições ideais de trabalho para esses profissionais, três aspectos poderiam ser implementados: reestruturação do trabalho docente, revisão de políticas públicas para prevenção de doenças e promoção da saúde dos professores e criação de políticas de segurança para proteção do trabalhador no ambiente escolar.

Dessa forma, com o presente estudo, espera-se contribuir para a formação de um corpo textual consolidado acerca da qualidade do sono entre professores e os fatores a ela associados. Estudos que abordem a qualidade do sono entre professores e que avaliem suas práticas profissionais precisam ser desenvolvidos com o intuito de evidenciar os fatores propulsores da má qualidade do sono e, assim, conceber estratégias para a melhoria das condições de trabalho, saúde e estilo de vida à altura da nobreza da profissão desses indivíduos.

Por fim, propõe-se o desenvolvimento de estudos longitudinais, ajustados para os principais fatores de confusão, que verifiquem a influência das condições de trabalho no comprometimento do sono em professores, bem como os mecanismos que possivelmente explicariam tal associação. Além disso, o uso de medidas objetivas para avaliação do sono poderia sustentar, ainda mais, a identificação dos fatores causais e diagnóstico de seus transtornos. Ademais, pesquisas qualitativas poderiam aprofundar o tema e colaborar no conhecimento sobre aspectos que, na perspectiva dos sujeitos de pesquisa, contribuem para a má qualidade do sono.

Referências

- ABREU NETO, C. Diferenças entre professor e educador. **Psicopedagogia online**, 2015. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/opiniao/opiniao.asp?entrID=392>>. Acesso em: 29 ago. 2016.
- AFFLECK, G. et al. Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. **Pain**, Amsterdam , v. 68, n. 2, p. 363-368, 1996.
- AHO, V. et al. Partial sleep restriction activates immune response-related gene expression pathways: experimental and epidemiological studies in humans. **PLoS one**, São Francisco, v.8, n.10, p. e77184, Oct. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806729/pdf/pone.0077184.pdf> Acesso em: 29 ago. 2016.
- ÅKERSTEDT, T. et al. Mental fatigue, work and sleep. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 57, n. 5, p. 427-433, 2004.
- ÅKERSTEDT, T. et al. Predicting changes in sleep complaints from baseline values and changes in work demands, work control, and work preoccupation—the WOLF-project. **Sleep Medicine**, Amsterdam, v. 13, n. 1, p. 73-80, 2012.
- ÅKERSTEDT, T. et al. Sleep disturbances, work stress and work hours: a cross-sectional study. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 53, n. 3, p. 741-748, 2002.
- ÅKERSTEDT, T. et al. Work and Sleep—A Prospective Study of Psychosocial Work Factors, Physical Work Factors, and Work Scheduling. **Sleep**, New York, v. 38, n. 7, p. 1129-36, 2015.
- AKINBODE, R. et al. Voice disorders in Nigerian primary school teachers. **Occupational Medicine**, Chicago, v. 64, n. 5, p. 382-386, 2014.
- ALMEIDA, C. M. A. **Insônia, depressão e qualidade de vida em professores**. 2012. 143 f. (Mestrado) - Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, 2012.
- ALVARADO FERNÁNDEZ, V. et al. Impacto que tiene la falta de sueño sobre las habilidades cognitivas de una población de estudiantes de medicina. **Medicina Legal de Costa Rica**, San Jose , v. 29, n. 2, p. 19-38, 2012.
- ALVARO, P. K.; ROBERTS, R. M.; HARRIS, J. K. A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. **Sleep**, New York, v. 36, n. 7, p. 1059-1068, 2013.
- ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da " job stress scale": adaptação para o português. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.2, p.164-171, 2004.

- ALVES, T.; PINTO, J. M. R. Remuneração e características do trabalho docente no Brasil: um aporte. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 41, n. 143, p. 606-639, 2011.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. et al. Os sentidos do ser professor. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.61-73, 2016.
- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **International classification of sleep disorders**. 3rd ed. Westchester : AASM, 2014.
- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. **International classification of sleep disorders**: diagnostic and coding manual: Westchester: AASM, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Algere: Artmed, 2015.
- ANDERS, M. P. et al. Association between socioeconomic factors and sleep quality in an urban population-based sample in Germany. **The European Journal of Public Health**, Stockholm , v. 24, n. 6, p. 968-973, 2013.
- ANSIAU, D. et al. Effects of working conditions and sleep of the previous day on cognitive performance. **Applied Ergonomics**, Oxford, v. 39, n. 1, p. 99-106, 2008.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Avaliação da qualidade do sono de estudantes universitários de Fortaleza-CE. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 352-60, 2013.
- ARAÚJO, T. M.; DELCOR, N. S. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 818-26, 2006.
- ARAÚJO, T. M. D. et al. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior; Faculty indisposition: assessing the work and health conditions in high level educational institutions. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 6-21, 2005.
- ARAÚJO, T. M. D. et al. Saúde e trabalho docente: dando visibilidade aos processos de desgaste e adoecimento a partir da construção de uma rede de produção coletiva. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 37, p.183-212, jul. 2003.
- ARAÚJO, T. M.; LIMA, V. M. C.; PORTO, L. A. Fatores associados a patologias de pregas vocais em professores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 914-21, 2011.
- ARBER, S.; BOTE, M.; MEADOWS, R. Gender and socio-economic patterning of self-reported sleep problems in Britain. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 68, n. 2, p. 281-289, Jan. 2009

- ASSIS, Z. A. **Corpo docente-corpo doente uma reflexão sobre a qualidade de vida e sua importância no contexto educacional**. 2008. 156 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação e Letras, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO. **Insônia: do diagnóstico ao tratamento: III Consenso Brasileiro de Insônia: 2013**. São Paulo: Omnifarma 2013. Disponível em: <<http://www.absono.com.br/abms/wp-content/uploads/newcontent/Consensolnsonia2013.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.
- ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.1005-1018, 2003.
- ATKINSON, G.; DAVENNE, D. Relationships between sleep, physical activity and human health. **Physiology & Behavior**, Elmsford, v. 90, n. 2, p. 229-235, 2007.
- BAGLIONI, C. et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 135, n. 1, p. 10-19, 2011.
- BANNAI, A.; UKAWA, S.; TAMAKOSHI, A. Long working hours and psychological distress among school teachers in Japan. **Journal of Occupational Health**, Tokyo, v. 57, n. 1, p. 20-27, 2015a.
- BANNAI, A.; UKAWA, S.; TAMAKOSHI, A. Long working hours and sleep problems among public junior high school teachers in Japan. **Journal of Occupational Health**, Tokyo, v. 57, n. 5, p. 457-464, 2015b.
- BARION, A. Circadian rhythm sleep disorders. **Disease a Month**, Chicago, v. 57, n. 8, p. 423-437, 2011.
- BARON, K. G.; REID, K. J.; ZEE, P. C. Exercise to improve sleep in insomnia: exploration of the bidirectional effects. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, Wetchester, v. 9, n. 8, p. 819-824, 2013.
- BASSO, I. S. Significado e sentido do trabalho docente. **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 19, n. 44, p. 19-32, 1998.
- BATISTA, J. B. V.; CARLOTTO, M. S.; MOREIRA, A. M. Depressão como causa de afastamento do trabalho: um estudo com professores do ensino fundamental. **Psico**, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 257-262, abr./jun. 2013.
- BATTERHAM, P. J.; GLOZIER, N.; CHRISTENSEN, H. Sleep disturbance, personality and the onset of depression and anxiety: prospective cohort study. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, Melbourne, v. 46, n. 11, p. 1089-1098, 2012.

- BAUER, J. et al. Working conditions, adverse events and mental health problems in a sample of 949 German teachers. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlin, v. 80, n. 5, p. 442-449, 2007.
- BEECROFT, J. M. et al. Sleep monitoring in the intensive care unit: comparison of nurse assessment, actigraphy and polysomnography. **Intensive Care Medicine**, New York, v. 34, n. 11, p. 2076-2083, 2008.
- BERT, S. H.; FULLUM, S.; CARRIER, J. Polysomnographic and quantitative electroencephalographic correlates of subjective sleep complaints in chronic tinnitus. **Journal of Sleep Research**, Oxford, v. 20, p. 38-44, Mar. 2011. Parte 1.
- BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, Amsterdam, v. 12, n. 1, p. 70-75, 2011.
- BERTOLAZI, A. N. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono**: escala de sonolência de Epworth e índice de qualidade de sono de Pittsburgh. 2008. 93 f (Dissertação) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- BITENCOURT, C. L.; QUELHAS, O. L. G. Histórico da evolução dos conceitos de segurança. **Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, v.18, 1998.
- BITENCOURT, L. R. A. et al. Sleep complaints in the adult Brazilian population: a national survey based on screening questions. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, Wetchester, v. 5, n. 5, p. 459-463, Oct. 2009.
- BIXLER, E. Sleep and society: an epidemiological perspective. **Sleep Medicine**, Amsterdam, v. 10, p. S3-S6, Sept. 2009. Supplement 1.
- BORGES, L. O. et al. Condições de trabalho. In: SILVA, M. C.; BORGES, L. D. O. Condições de trabalho e clima de segurança dos operários da construção de edificações. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 15, n. 4, p. 407-418, dez. 2015.
- BORGES, L. O. et al. Questionário de condições de trabalho:: reelaboração e estruturas fatoriais em grupos ocupacionais. **Avaliação Psicológica**, São Paulo, v.12, n.2, p.213-225, 2013.
- BRASIL. Lei 8080, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1, p. 18055. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatuizada-pl.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996a. Seção 1, p. 27833. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 15 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Revisão da Resolução CNE/CEB nº 3/97, que fixa diretrizes para os novos planos de carreira e de remuneração para o magistério dos estados, do Distrito Federal e dos municípios**. 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/pceb009_09.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Estudo Exploratório sobre o professor brasileiro com base nos resultados do Censo Escolar da Educação Básica 2007**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/download/censo/2009/Estudo_Professor_1.pdf>. Acesso em: 18 março 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Referenciais para o exame nacional de ingresso na carreira docente**: documento para consulta pública. Brasília: MEC, 2010. Disponível em: <http://consultaexamedocente.inep.gov.br/publico/download/Referenciais_para_o_Exame_Nacional_de_Ingresso_na_Carreira_Docente.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Diretrizes curriculares nacionais da educação básica**. Brasília: MEC, 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13677-diretrizes-educacao-basica-2013-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 11 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Vigitel Brasil 2014 saúde suplementar**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996b. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082-5. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3317>. Acesso em: 15 set. 2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n.º 7.602, de 7 de novembro de 2011.** Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm>. Acesso em: 11 set. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde:** caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_saude_trabalhador.pdf>. Acesso em: 11 set. 2015. (Série E. Legislação de Saúde).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998.** Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, Brasília, 1998. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/cerest/doc/DOC00000000042912.PDF>>. Acesso em: 18 mai. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 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, Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_saude_trabalhador.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2015.
- BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 24 ago. 2012. Seção 1, p. nº 1.823 seção 01. Disponível em: <<http://www.abcdt.org.br/images/DocsPDF/portarias/24-08-2012%20-%20portaria%201823%20de%2023-08.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.
- BRUSCHINI, M. C. A.; RICOLDI, A. M. Família e trabalho: difícil conciliação para mães trabalhadoras de baixa renda. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 39, n. 136, p. 93-123, 2013.
- BUENO, S. S. C.; SERVILHA, E. A. M. Estilo de vida e agravos à saúde e voz em professores. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 153-163, 2011.
- BULGRAEN, V. C. O papel do professor e sua mediação nos processos de elaboração do conhecimento. **Revista Conteúdo**, Capivari, v. 1, n. 4, p. 30-38, 2010.
- BURGARD, S. A.; AILSHIRE, J. A. Putting work to bed: stressful experiences on the job and sleep quality. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 50, n. 4, p. 476-492, 2009.

- BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 28, n. 2, p. 193-213, 1989.
- BYDLOWSKI, C. R.; LEFÈVRE, A. M. C.; PEREIRA, I. M. T. B. Health promotion and citizenship: the perception of the teacher about citizenship. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1771-1780, 2011.
- BYRNE, E. M. et al. A genome-wide association study of caffeine-related sleep disturbance: confirmation of a role for a common variant in the adenosine receptor. **Sleep**, New York, v. 35, n. 7, p. 967, July 2012.
- CABALLO, V.; BUELA-CASAL, G. Técnicas de modificación de la conducta en el tratamiento de los trastornos del sueño. In: BUELA-CASAL, G.; NAVARRO, F. **Avances en la investigación del sueño y sus trastornos**. Madrid: Siglo: XXI de España, 1990.
- CAPELO, M. R. T. F.; POCINHO, M. M. F. D. D. Autoeficácia docente: predição da satisfação dos professores. **Educar em Revista**, Curitiba, v.54, p.175-184, 2014.
- CARAN, V. C. S. **Riscos psicossociais e assédio moral no contexto acadêmico**. 2007. 188 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- CAREY, K. The real value of teachers: if good teachers matter, why don't we act like it? **Education Canada**, Toronto, v. 49, n. 4, p. 70, 2009.
- CARNEIRO, M. C. B. G. D. **A saúde do trabalhador professor**. 2001. 230 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2001.
- CARSKADON, M. A.; DEMENT, W. C. Normal human sleep: an overview. In: KRYGER, M. H.; ROTH, T; DEMENT, W. C. (Ed.). **Principles and practice of sleep medicine**, 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders, 2011. chapter 2, p. 16-26. Disponível em: <<http://apsychoserver.psych.arizona.edu/jjbareprints/psyc501a/readings/Carskadon%20Dement%202011.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2015.
- CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.9, n.3, p.499-505, 2004.
- CARVALHO, A.; ALEXANDRE, N. Sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 1, p. 35-41, 2006.
- CARVALHO, F. M. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 107, p. 427-449, 2009.

CASTRO, F. J. G. D. **Burnout, projeto de ser e paradoxo organizacional**. 2010. 377 f. Tese (Doutorado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Mental health of elementary schoolteachers in Southern Brazil: Working Conditions and Health Consequences. **The Scientific World Journal**, New York, v. 2015, p. 1-7, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/vilma/Downloads/825925.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

CHAMBERS, R.; BELCHER, J. Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. **British Journal of General Practice**, London, v. 43, n. 374, p. 378-382, Sept. 1993.

CHEN, S. H. et al. Risk factors and effects of voice problems for teachers. **Journal of Voice**, New York, v. 24, n. 2, p. 183-192, Mar. 2010.

CHESSON, A. et al. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures. **Sleep**, New York, v. 20, n. 6, p. 406-422, Apr. 1997.

CHOKROVERTY, S. Overview of sleep & sleep disorders. **Indian Journal Of Medical Research**, New Delhi, v. 131, p.126-140, Feb. 2010.

CHONG, E. Y.; CHAN, A. H. Subjective health complaints of teachers from primary and secondary schools in Hong Kong. **International Journal of Occupational Safety and Ergonomics**, Norwood, v. 16, n. 1, p. 23-39, 2010.

CIRELLI, C. The genetic and molecular regulation of sleep: from fruit flies to humans. **Nature Reviews Neuroscience**, London, v. 10, n. 8, p. 549-560, 2009.

CLARK, I.; LANDOLT, H. P. Coffee, Caffeine, and Sleep: A Systematic Review of Epidemiological Studies and Randomized Controlled Trials. **Sleep Medicine Reviews**, London, p. 1-9, Jan. 2016. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1087079216000150/1-s2.0-S1087079216000150-main.pdf?_tid=ed77d9ee-eb9a-11e5-a36b-00000aacb362&acdnat=1458148814_4b8acd8716544d2474820443aaa82d7b>. Acesso em: 15 set. 2015.

CODO, W.; GAZZOTTI, A. A. Trabalho e afetividade. In: COSO, W. (Coord.). **Educação: carinho e trabalho: Burnout a síndrome da desistência do educador que pode levar a falência da educação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 48-58.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995.

CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. Saúde mental e trabalho. In: JANELLI, J.C; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004, p. 276-299.

- COLTEN, H. R.; ALTEVOGT, B. M. **Sleep disorders and sleep deprivation: an unmet public health problem**. Washington: National Academies Press, 2006.
- CONRY, M. C. et al. The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. **BMC Public Health**, London, v. 11, n. 1, p. 1, 2011. Disponível em: <<http://download.springer.com/static/pdf/889/art%253A10.1186%252F1471-2458-11692.pdf?hmac=c7bc5befbe9ed37f6754cd59293c89229a6bfec6cadde2f8999a228b3d3c7aea>>. Acesso em: 15 set. 2015.
- CROPLEY, M.; DIJK, D. J.; STANLEY, N. Job strain, work rumination, and sleep in school teachers. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, [s.l.], v. 15, n. 2, p. 181-196, 2006.
- CULEBRAS, A. **Clinical handbook of sleep disorders**. Woburn: Butterworth-Heinemann, 1996.
- CZEISLER, C. A. Perspective: casting light on sleep deficiency. **Nature**, London, v.497, n.7450, p.S13-S13, 2013.
- DAHLGREN, A.; KECKLUND, G.; ÅKERSTEDT, T. Different levels of work-related stress and the effects on sleep, fatigue and cortisol. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, Helsinki, v. 31, n. 4, p. 277-285, Aug. 2005.
- DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Vigilância em Saúde do Trabalhador—riscos e incertezas. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 92-106, jan./jun. 2013.
- DEJOURS, C. A sublimação, entre o sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, Lisboa, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013.
- DELCOR, N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil Labor and health conditions of private school teachers in Vitória da Conquista, Bahia, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 187-196, 2004.
- DINIZ, R.; GUIMARÃES, L. Avaliação da carga de trabalho mental. In: GUIMARÃES, L. B. M. **Ergonomia cognitiva: processamento da informação, IHC, engenharia de sistemas cognitivos, erro humano**. 3. ed. Porto Alegre: FEEG/UFRGS, 2004.
- DOI, Y.; MINOWA, M. Gender differences in excessive daytime sleepiness among Japanese workers. **Social science & medicine**, Oxford, v.56, n.4, p.883-894, 2003.
- DOUGLAS, N.; THOMAS, S.; JAN, M. Clinical value of polysomnography. **The Lancet**, London, v. 339, n. 8789, p. 347-350, 1992.
- DOUGLASS, A. B. et al. The Sleep Disorders Questionnaire: I. Creation and multivariate structure of SDQ. **Sleep**, New York, v. 17, n. 2, p. 160-167. Mar. 1994.

- DZUKA, J.; DALBERT, C. Student violence against teachers: Teachers' well-being and the belief in a just world. **European Psychologist**, Kirkland, v. 12, n. 4, p. 253, 2007.
- EBRAHIM, I. O. et al. Alcohol and sleep I: effects on normal sleep. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, New York, v. 37, n. 4, p. 539-549, Apr. 2013.
- EDMÉ, J. L. et al. Relationship between psychosocial factors at work and incidence of perceived health problems in the GERICOTS cohort. **Revue D'épidemiologie et de Sante Publique**, Paris, v. 59, n. 5, p. 295-304, Oct. 2011.
- ELOVAINIO, M. et al. Organizational justice and sleeping problems: the Whitehall II study. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 71, n. 3, p. 334-340, Apr. 2009.
- ERIKSEN, W. et al. Work factors as predictors of poor sleep in nurses' aides. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlin, v. 81, n. 3, p. 301-310, Jan. 2008.
- ESTEVE, J. M. **O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores**. Bauru: Edusc, 1999. p.116-133.
- FABARA GARZÓN, E. **Condiciones de trabajo y salud docente**. 2010. Disponível em: <<http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Determinantes%20Sociales/Promoci%C3%B3n%20de%20la%20Salud%20en%20la%20escuela/22%20Condiciones%20de%20trabajo%20%20y%20salud%20docente.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2016.
- FACCHINI, L. A. et al. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: ROCHA, L.E. (Org.) **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993, 672 p.
- FARAHANI, D. M. et al. The relationship between perceived sleep quality, polysomnographic measures and depressive symptoms in chemically-injured veterans: a pilot study. **Iranian Journal of Psychiatry**, Tehran, v. 9, n. 3, p. 169-174, July, 2014.
- FELDEN, É. P. G. et al. Sono em adolescentes de diferentes níveis socioeconômicos: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 467-473, dez. 2015.
- FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M. D.; FAGUNDES, A. A. R. Impacto da sintomatologia osteomuscular na qualidade de vida de professores. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 276-284, jun. 2011.
- FERNANDES, R. M. F. O sono normal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 39, n. 2, p. 157-68, 2006.

- FERNANDEZ-MENDOZA, J. et al. Insomnia With Objective Short Sleep Duration and Incident Hypertension The Penn State Cohort. **Hypertension**, Dallas, v. 60, n. 4, p. 929-935, 2012.
- FERRÉ, S. An update on the mechanisms of the psychostimulant effects of caffeine. **Journal of Neurochemistry**, Oxford, v. 105, n. 4, p. 1067-1079, May 2008.
- FERREIRA, A.B.H. Docente; Mestre. In: **Dicionário Aurélio on-line**. Disponível em: <http://dicionariodoaurelio.com/docente>. Acesso em: 30 ago 2016.
- FERREIRA, L. P. et al. Influence of abusive vocal habits, hydration, mastication, and sleep in the occurrence of vocal symptoms in teachers. **Journal of Voice**, New York, v. 24, n. 1, p. 86-92, Jan. 2010.
- FERREIRA, L. P.; LATORRE, M. R. D. O.; GIANNINI, S. P. P. A violência na escola e os distúrbios de voz de professores. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 165-172, 2011.
- FERRIE, J. E. et al. A prospective study of change in sleep duration: associations with mortality in the Whitehall II cohort. **Sleep**, New York, v. 30, n. 12, p. 1659, 2007.
- FISCHER, F. M. What do petrochemical workers, healthcare workers, and truck drivers have in common? Evaluation of sleep and alertness in Brazilian shiftworkers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1732-1738, 2004.
- FOO, H.; MASON, P. Brainstem modulation of pain during sleep and waking. **Sleep Medicine Reviews**, London, v. 7, n. 2, p. 145-154, 2003.
- FORD, D. E.; KAMEROW, D. B. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? **Jama**, Chicago, v. 262, n. 11, p. 1479-1484, Sept. 1989.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. Ed. Paz e Terra, 24ª edição, 2002, SP.
- FREITAS, L. G.; FACAS, E. P. Vivências de prazer-sofrimento no contexto de trabalho dos professores. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 7-26, 2013.
- FRUTUOSO, J. T.; CRUZ, R. M. Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v.3, n.1, p.29-36, 2005.
- GALAND, B.; LECOCQ, C.; PHILIPPOT, P. School violence and teacher professional disengagement. **British Journal of Educational Psychology**, London, v. 77, n. 2, p. 465-477, 2007.

- GARRICK, A. et al. Psychosocial safety climate moderating the effects of daily job demands and recovery on fatigue and work engagement. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, Leicester, v. 87, n. 4, p. 694-714, 2014.
- GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, 2005.
- GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. Á. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2679-2691, 2006.
- GERBERICH, S. G. et al. Case-control study of student-perpetrated physical violence against educators. **Annals of Epidemiology**, New York, v. 24, n. 5, p. 325-332, May 2014.
- GERBERICH, S.; NACHREINER, N. M.; DRYAN, A. D.; PINDER, E. Violence against educators: a population-based study. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, Baltimore, v. 53, n. 3, p. 294-302, Mar. 2011.
- GILLAN, W. et al. Correlations among Stress, Physical Activity and Nutrition: School Employee Health Behavior. **Journal of Research in Health, Physical Education**, Louisiana, v. 8, n. 1, p. 55-60, 2013.
- GOMES, L. **Trabalho multifacetado de professores/as: a saúde entre limites**. 2002. 123 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.
- GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. D. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.
- GOODIN, B. R.; MCGUIRE, L.; SMITH, M. T. Ethnicity moderates the influence of perceived social status on subjective sleep quality. **Behavioral Sleep Medicine**, Mahwah, v. 8, n. 4, p. 194-206, 2010.
- GRANDNER, M. A. et al. Sleep disturbance is associated with cardiovascular and metabolic disorders. **Journal of sleep research**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 427-433, 2012.
- GREENBERG, J. Losing sleep over organizational injustice: attenuating insomniac reactions to underpayment inequity with supervisory training in interactional justice. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 91, n. 1, p. 58-69, Jan. 2006.
- GREUBEL, J.; KECKLUND, G. The impact of organizational changes on work stress, sleep, recovery and health. **Industrial health**, Kawasaki, v. 49, n. 3, p. 353-364, 2011.

- GUNNARSDOTTIR, H. K. et al. Lifestyle, harassment at work and self-assessed health of female flight attendants, nurses and teachers. **Work**, Amsterdam, v. 27, n. 2, p. 165-172, 2006.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. Estados de atividade cerebral: sono, ondas cerebrais, epilepsia, psicoses. In: GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 739-47.
- HALL, M. H. et al. Self-reported sleep duration is associated with the metabolic syndrome in midlife adults. **Sleep**, New York, v.31, n.5, p.635-643, May 2008.
- HAMER, M.; BATTY, G. D.; KIVIMAKI, M. Sleep loss due to worry and future risk of cardiovascular disease and all-cause mortality: the Scottish Health Survey. **European Journal of Preventive Cardiology**, London, v. 19, n. 6, p. 1437-1443, Dec. 2012.
- HARVEY, L.; INGLIS, S. J.; ESPIE, C. A. Insomniacs' reported use of CBT components and relationship to long-term clinical outcome. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 40, n. 1, p. 75-83, 2002.
- HIPÓLIDE, D. C. Bases neurais do ciclo de vigília e sono. In: TUFIK, S. **Medicina e biologia do sono**. Barueri: Manole, 2008. cap. 4, p. 34-47.
- HODDES, E.; ZARCONE, V.; DEMENT, W. Development and use of Stanford Sleepiness scale. **Psychophysiology**, Madison, v. 9, n. 1, p. 150, Jan. 1972.
- HUBLIN, C. et al. Sleep and mortality: a population-based 22-year follow-up study. **Sleep**, New York, v. 30, n. 10, p. 1245, Oct. 2007.
- INOCENTE, N. J. **Síndrome de burnout em professores universitários do Vale do Paraíba (SP)**. 2005. 219 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. 2014a. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411370&search=parana|londrina|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 23 jun 2015.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 2014b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 22 fev 2016.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População presente e residente por cor ou raça**. 2010. Disponível em: <<http://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=POP106&t=populacao-presente-residente-cor-raca-dados>>. Acesso em: 15 fev 2016.

- JANSEN, N. et al. Need for recovery from work: evaluating short-term effects of working hours, patterns and schedules. **Ergonomics**, London, v. 46, n. 7, p. 664-680, June 2003.
- JEFFERSON, C. D. et al. Sleep hygiene practices in a population-based sample of insomniacs. **Sleep**, New York, v. 28, n. 5, p. 611-615, May 2005.
- JOHNS, M. W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. **Sleep**, New York, v. 14, n. 6, p. 540-545, Dec. 1991.
- KANEITA, Y. et al. Associations between sleep disturbance and mental health status: a longitudinal study of Japanese junior high school students. **Sleep Medicine**, Amsterdam, v. 10, n. 7, p. 780-786, Aug. 2009.
- KARASEK, R. A. **Job content questionnaire and user's guide**. Lowell: University of Massachusetts, 1985.
- KARASEK, R. A.; THEORELL, T. **Health work**. New York: Basic Book, 1990.
- KHOURY-KASSABRI, M.; ASTOR, R. A.; BENBENISHTY, R. Middle Eastern Adolescents' Perpetration of School Violence Against Peers and Teachers A Cross-Cultural and Ecological Analysis. **Journal of Interpersonal Violence**, New York, v. 24, n. 1, p. 159-182, Jan. 2009.
- KING, A. C.; BELENKY, G.; VAN DONGEN, H. P. Performance impairment consequent to sleep loss: determinants of resistance and susceptibility. **Current opinion in pulmonary medicine**, Philadelphia, v.15, n.6, p.559-564, 2009.
- KIRCHHOF, A. L. C. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. **Colombia Médica**, Cali, v.42, n.2, p.113-9, 2011.
- KLIEWER, W.; LEPORE, S. J. Exposure to violence, social cognitive processing, and sleep problems in urban adolescents. **Journal of Youth and Adolescence**, New York, v. 44, n. 2, p. 507-517, Feb. 2015.
- KORKMAZ, N. C.; CAVLAK, U.; TELCI, E. A. Musculoskeletal pain, associated risk factors and coping strategies in school teachers. **Scientific Research and Essays**, Nairobi, v. 6, n. 3, p. 649-657, Feb. 2011.
- KOVESS-MASFÉTY, V. et al. Do teachers have more health problems? Results from a French cross-sectional survey. **BMC Public Health**, London, v. 6, n. 1, p. 1-13, Dec. 2006.
- KREDLOW, M. A. et al. The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 38, n. 3, p. 427-449, June 2015.

- KRISTIANSEN, J. et al. A study of classroom acoustics and school teachers' noise exposure, voice load and speaking time during teaching, and the effects on vocal and mental fatigue development. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlin, v. 87, n. 8, p. 851-860, Nov. 2014.
- KRONHOLM, E. et al. Trends in self reported sleep duration and insomnia related symptoms in Finland from 1972 to 2005: a comparative review and re analysis of Finnish population samples. **Journal of Sleep Research**, Oxford, v.17, n.1, p.54-62, Mar. 2008.
- KRYGER, M. H. **Atlas of Clinical Sleep Medicine**. New York: Elsevier Health Sciences, 2009.
- KRYGER, M. H.; ROTH, T.; DEMENT, W. **Principles and practice of sleep medicine**. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000.
- KUSHIDA, C. A. et al. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: an update for 2005. **Sleep**, New York, v. 28, n. 4, p. 499-521, Apr. 2005.
- LACRUZ, M. E. et al. Depressive symptoms, life satisfaction and prevalence of sleep disturbances in the general population of Germany: results from the Heinz Nixdorf Recall study. **BMJ Open**, London, v. 6, n. 1, p. 1-8, 2016.
- LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 6, p. 79-90, 2003.
- LANDRY, G. J.; BEST, J. R.; LIU-AMBROSE, T. Measuring sleep quality in older adults: a comparison using subjective and objective methods. **Frontiers in Aging Neuroscience**, Lausanne, v. 7, p. 1-10, Sept. 2015.
- LANGE, A. H. et al. A hard day's night: a longitudinal study on the relationships among job demands and job control, sleep quality and fatigue. **Journal of Sleep Research**, Oxford, v. 18, n. 3, p. 374-383, Sept. 2009.
- LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 231-241, 2010.
- LAUTENBACHER, S.; KUNDERMANN, B.; KRIEG, J.-C. Sleep deprivation and pain perception. **Sleep Medicine Reviews**, London, v. 10, n. 5, p. 357-369, Oct. 2006.
- LEMKE, M. et al. Work patterns, sleeping hours and excess weight in commercial drivers. **Occupational Medicine**, Oxford, v. 65, n. 9, p. 725-731, Dec. 2015.
- LEMOS, J. C. G. **Do encanto ao desencanto, da permanência ao abandono: o trabalho docente e a construção da identidade profissional**. 2009. 315 f. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

LESCH, K.-P. et al. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. **Science**, New York, v. 274, n. 5292, p. 1527-1531, Nov. 1996.

LEVANDOSKI, G.; FABIANO, O.; CARDOSO, F. L. Violência contra professores de Educação Física no ensino público do Estado do Paraná. **Motriz: Revista de Educação Física**, Rio Claro, v. 17, n. 3, p. 374-383, jul./set. 2011.

LIM, L. L.; FOLDVARY-SCHAEFER, N. **Sleep Disorders**. The Cleveland Clinic Foundation: Lyndhurst, 2010. Disponível em: <<http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/neurology/sleep-disorders/>>. Acesso em: 10 dez 2015.

LIMA, D. B.; BRISOLA, E. M. A. Transformações no mundo do labor globalizado: uma análise crítica acerca dos impactos do taylorismo e do fordismo no trabalho. **Revista Ciências Humanas**, Taubaté, v. 7, n. 2, p. 18, 2014.

LIMA, M. D. F. E. M.; LIMA-FILHO, D. D. O. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. **Ciências & Cognição**, Niterói, v. 14, n. 3, p. 62-82, 2009.

LIMA, V. A. **Condições de trabalho e saúde dos professores sindicalizados de ensino fundamental e médio da rede privada de Campinas**. 2000. 219 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

LINS, M. J. S. C. **O educador na concepção de Durmeval Trigueiro Mendes**. Disponível em: <<http://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe2/pdfs/Tema4/0434.pdf>>. Acesso em: 29 ago 2016.

LINTON, S. J. et al. The effect of the work environment on future sleep disturbances: a systematic review. **Sleep Medicine Reviews**, London, v. 23, p. 10-19, Oct. 2015.

LITTNER, M. et al. Practice parameters for the role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms: an update for 2002. **Sleep**, New York, v. 26, n. 3, p. 337, May 2003.

LOPES, M. **Uso de álcool, estresse no trabalho e fatores associados entre servidores técnicos-administrativos de uma universidade pública**. 2011. 170 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

LOVATO, N.; LACK, L. The effects of napping on cognitive functioning. **Progress in Brain Research**, Amsterdam, v.185, p.155, 2010.

- LUCKHAUPT, S. E.; TAK, S.; CALVERT, G. M. The prevalence of short sleep duration by industry and occupation in the National Health Interview Survey. **Sleep**, New York, v. 33, n. 2, p. 149-159, Feb. 2010.
- LUND, H. G. et al. The discrepancy between subjective and objective measures of sleep in older adults receiving CBT for comorbid insomnia. **Journal of Clinical Psychology**, Brandon, v. 69, n. 10, p. 1108-1120, Oct. 2013.
- MAHAN, P. L. et al. Work environment stressors, social support, anxiety, and depression among secondary school teachers. **Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses**, Thorofare, v. 58, n. 5, p. 197-205, May 2010.
- MAJER, M. et al. Perception versus polysomnographic assessment of sleep in CFS and non-fatigued control subjects: results from a population-based study. **BMC Neurology**, London, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2007.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Organizational Behavior**, Chichester, v.2, n.2, p.99-113, 1981.
- MARCHI, N. S. A. D. et al. Analysis of the prevalence of insomnia in the adult population of São José do Rio Preto, Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 62, n. 3B, p. 764-768, 2004.
- MARCHIORI, F.; BARROS, M. E. D.; OLIVEIRA, S. P. D. Atividade de trabalho e saúde dos professores: o programa de formação como estratégias de intervenção nas escolas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 143-170, 2005.
- MARONEZE, L. F. Z. **A precarização do trabalho docente na rede estadual de Educação Básica do Paraná (1995-2002)**. 2012. 210 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.
- MARTIN, L. L.; TESSER, A. Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In: WYER, R. S. (Ed.). **Ruminative thoughts: advances in social cognition**. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 1996. v. 4. p. 306-326.
- MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. Validade e confiabilidade da versão brasileira do Índice de Capacidade para o Trabalho. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p.525-32, 2009.
- MARTÍNEZ, D.; KOHEN, J.; VALLES, I. **Salud y Trabajo docente, tramas del malestar en la escuela**. San Juan y Gelonch: Kapelusz, 1997.
- MARTINS, A. C.; ANDRADE, I. M. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa de Newest Vital Sign. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n.3, p.75-83, 2014.

- MARTINS, P. J. F.; MELLO, M. T. D.; TUFIK, S. Exercício e sono. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 28-36, 2001.
- MARX, K. **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 1, 2002.
- MASCARELLO, M. R. P.; BARROS, M. E. B. D. Nos fios de Ariádne: cartografia da relação saúde-trabalho numa escola pública de Vitória-ES. **Revista Brasileira de Educação**, Belo Horizonte, v. 12, n. 34, p. 104-118, 2007.
- MEDEIROS, A. M.; ASSUNÇÃO, A. Á.; BARRETO, S. M. Absenteeism due to voice disorders in female teachers: a public health problem. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlin, v. 85, n. 8, p. 853-864, Nov. 2012.
- MEDEIROS, A. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. Á. Voice disorders (dysphonia) in public school female teachers working in Belo Horizonte: prevalence and associated factors. **Journal of Voice**, New York, v. 22, n. 6, p. 676-687, Nov. 2008.
- MEHRDAD, R.; HAGHIGHI, K. S.; ESFAHANI, A. H. N. Sleep quality of professional firefighters. **International Journal of Preventive Medicine**, Isfahan, v. 4, n. 9, p. 1095- 1100, Sept. 2013.
- MEIER-EWERT, H. K. et al. Effect of sleep loss on C-reactive protein, an inflammatory marker of cardiovascular risk. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 43, n. 4, p. 678-683, 2004.
- MELAMED, S.; OKSENBERG, A. Excessive daytime sleepiness and risk of occupational injuries in non-shift daytime workers. **Sleep**, New York, v. 25, n. 3, p. 315-322, May 2002.
- MELLO-SILVA, A. C. C. et al. Qualidade de vida e trauma psíquico em vítimas da violência por arma de fogo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 558-565, 2012.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 31 ago 2016.
- MEREY, Z. et al. Burnout among Turkish Teachers: The Influence of Sleep Quality and Job Satisfaction. **Hacettepe University Journal of Education**, ANKARA, v. 28, n. 3, p. 332-342, 2013.
- MESAS, A. E. et al. Sleep duration and mortality according to health status in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 58, n. 10, p. 1870-1877, Oct. 2010.

- MILLER, M. A. The role of sleep and sleep disorders in the development, diagnosis, and management of neurocognitive disorders. **Frontiers in Neurology**, Lausanne, v. 6, p. 1-9, Oct. 2015.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.
- MOLINA, F. D. et al. Evaluation of testosterone serum levels in patients with obstructive sleep apnea syndrome. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 77, n. 1, p. 88-95, Jan./Feb. 2011.
- MOREIRA, H. A motivação e o comprometimento do professor na perspectiva do trabalhador docente. **Série-Estudos – Periódico do Mestrado em Educação da UCDB**. Campo Grande, n.19, p. 209-232, jan/jul. 2005.
- MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.
- MORPHY, H. et al. Epidemiology of insomnia: a longitudinal study in a UK population. **Sleep**, New York, v. 30, n. 3, p. 274-280, Mar. 2007.
- MÜLLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 519-528, out./dez. 2007.
- MUSSCHENGA, A. W. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness. **Journal of Medicine and Philosophy**, Chicago, v. 22, n. 1, p. 11-28, Feb. 1997.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. ed. rev. atual. Londrina: Midiograf, 2006.
- NAHAS, M. V. et al. Reprodutibilidade de uma escala para avaliar a percepção dos trabalhadores quanto ao ambiente e às condições de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.34, n.120, p.179-183, 2009.
- NAHAS, M. V.; BARROS, M. V.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar-base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v.5, n.2, p.48-59, 2012.
- NAKASHIMA, M. et al. Association between long working hours and sleep problems in white-collar workers. **Journal of Sleep Research**, Oxford, v. 20, n. 1, p. 110-116, mar. 2011. Parte 1.
- NAKATA, A. Effects of long work hours and poor sleep characteristics on workplace injury among full-time male employees of small and medium scale businesses. **Journal of Sleep Research**, Oxford, v. 20, n. 4, p. 576-584, Dec. 2011.

- NATIONAL CENTER OF SLEEP DISORDERS RESEARCH. **National institutes of health sleep disorders research plan**. Bethesda: National Institutes of Health, 2011. Disponível em: <<https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/resources/sleep/201101011NationalSleepDisordersResearchPlanDHHSPublication11-7820.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2015.
- NATIONAL HEALTH INTERVIEW SURVEY. Quick-Stats: percentage of adults who reported an average of ≤ 6 hours of sleep per 24-hour period, by sex and age group—United States, 1985 and 2004. **MMWR: Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 54, n. 37, p. 933, Sept. 2005.
- NESELLO, F. et al. Características da violência escolar no Brasil: revisão sistemática de estudos quantitativos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, n. 2, p. 119-136, abr./jun. 2014.
- NESTLER, E. J.; CARLEZON, W. A. The mesolimbic dopamine reward circuit in depression. **Biological Psychiatry**, New York, v. 59, n. 12, p. 1151-1159, June 2006.
- NOGUEIRA, A. L. H. Concepções de "trabalho docente": as condições concretas e os discursos das prescrições oficiais. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 33, n. 121, p. 1237-1254, out./dez. 2012.
- NOGUEIRA, C. M. et al. Professor ou educador? limites e desafios. **Derecho y Cambio Social**, Lima, v.11, n.35, p.43, 2014.
- NOMURA, K. et al. Social determinants of self-reported sleep problems in South Korea and Taiwan. **Journal of Psychosomatic Research**, London, v. 69, n. 5, p. 435-440, Nov. 2010.
- O'BRIEN, E. M. et al. Intraindividual variability in daily sleep and pain ratings among chronic pain patients: bidirectional association and the role of negative mood. **The Clinical Journal of Pain**, Philadelphia, v.27, n.5, p.425-433, 2011.
- O'BRIEN, E. M. et al. Negative mood mediates the effect of poor sleep on pain among chronic pain patients. **The Clinical Journal of Pain**, Philadelphia, v.26, n.4, p.310-319, 2010.
- OHAYON, M. M. Epidemiological overview of sleep disorders in the general population. **Sleep Medicine Research**, Danwon-gu, v. 2, n. 1, p. 1-9, 2011.
- OLINI, N.; KURTH, S.; HUBER, R. The effects of caffeine on sleep and maturational markers in the rat. **PloS one**, San Francisco, v. 8, n. 9, p. 1-8, Sept. 2013.
- OLIVEIRA, D. A.; ASSUNÇÃO, A. A. Condições de trabalho docente. In: OLIVEIRA, D. A.; DUARTE, A. M. C.; VIEIRA, L. M. F. **Dicionário: trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

OLIVEIRA, D. A.; DUARTE, A. **Políticas públicas e educação: regulação e conhecimento**. Belo Horizonte: Ed. Fino Traço, 2011.

OLIVEIRA, E. B. D. et al. Padrões de uso de álcool por trabalhadores de enfermagem e a associação com o trabalho. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 729-735, 2013. Número especial.

OLIVEIRA, E. D. J. A. **Promoções dos valores de conciliação entre a vida profissional e a vida familiar**. 2015. 110 f. Dissertação (Mestrado em Gestão) - Departamento de Ciências Econômicas e Empresariais, Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto, 2015.

ONEN, S. H. et al. The effects of total sleep deprivation, selective sleep interruption and sleep recovery on pain tolerance thresholds in healthy subjects. **Journal of Sleep Research**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 35-42, Mar. 2001.

ONEN, S. H. et al. Prevention and treatment of sleep disorders through regulation] of sleeping habits. **Presse Médicale (Paris, France: 1983)**, Paris, v. 23, n. 10, p. 485-489, Mar. 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 - classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde**. 10. ed. São Paulo: Edusp, 2008. v. 1.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **TALIS 2013 Results: an international perspective on teaching and learning**. Paris: OCDE, 2014.

PARANÁ. Lei nº 103, de 15 de março de 2004. Institui e dispõe sobre o Plano de Carreira do Professor da Rede Estadual de Educação Básica do Paraná e adota outras providências. **Diário Oficial Executivo**, Poder Executivo Estadual, Curitiba, 15 mar. 2004. Edição nº 6687 p. 1-52. Disponível em <<https://www.documentos.dioe.pr.gov.br/dioe/consultaPublicaPDF.do?action=pgLocalizar&enviado=true&dataInicialEntrada=15/03/2004&dataFinalEntrada=15/03/2004&numero=6687&search=103&diarioCodigo=3&submit=Localizar>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

PARANÁ. Resolução nº 590, de 27 de abril de 2015. Regulamenta o processo de avaliação para concessão da progressão. Curitiba: **Diário Oficial Executivo**, Poder Executivo Estadual, Curitiba, 27 abr. 2015. Edição nº 9439 p. 1-68. Disponível em: <<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=139765&indice=1&totalRegistros=1>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

- PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. **Totais de escolas, turmas e matrículas da rede estadual do Paraná NRE/município: Londrina/Londrina**. Curitiba: SAE, 2015a. Disponível em: <http://www4.pr.gov.br/escolas/numeros/frame_munturmat.jsp?codnre=18&codmun=1380&descmun=LONDRINA&descnre=LONDRINA&ano=2015>. Acesso em: 23 jun. 2015.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. **Totais de professores/especialistas do município de Londrina por pessoas/vínculo**. Curitiba: SAE, 2015b. Disponível em: <http://www4.pr.gov.br/escolas/numeros/frame_munprofpesvinc.jsp?mes=06&ano=2015&codnre=18&codmun=1380&descmun=LONDRINA>. Acesso em: 23 jun. 2015.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. **Total de estabelecimentos estaduais de ensino do município de Londrina**. Curitiba: SAE, 2015c. Disponível em: <http://www4.pr.gov.br/escolas/numeros/frame_munest.jsp?codnre=18&codmun=1380&descmun=LONDRINA>. Acesso em: 23 jun. 2015.
- PARK, J. B. et al. Organizational factors associated with work-related sleep problems in a nationally representative sample of Korean workers. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlin, v. 86, n. 2, p. 211-222, Feb. 2013.
- PATEL, N. P. et al. " Sleep disparity" in the population: poor sleep quality is strongly associated with poverty and ethnicity. **BMC Public Health**, London, v. 10, n. 1, p. 1, Aug. 2010.
- PAUNIO, T. et al. Poor sleep predicts symptoms of depression and disability retirement due to depression. **Journal of Affective Disorders**, Amsterdam, v. 172, p. 381-389, 2015.
- PAUNIO, T.; TUISKU, K.; KORHONEN, T. Sleep, work and mental health. **Psychiatra Fennica**, Helsinki, v. 46, p. 55-66, 2015. Disponível em: http://psykiatriantutkimussaatio.fi/uploads/files/PF_2015/PF2015_ART5.pdf. Acesso em: 3 ago. 2016.
- PEDRO, N. **A auto-eficácia e a satisfação profissional dos professores**. 2007. 177f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 2007.
- PEDRO, N. Auto-eficácia e satisfação profissional dos professores: colocando os constructos em relação num grupo de professores portugueses. **Revista de Educação**, Lisboa, v.18, n. 1, p. 23-47, 2011.

PEJOVIC, S. et al. Effects of recovery sleep after one work week of mild sleep restriction on interleukin-6 and cortisol secretion and daytime sleepiness and performance. **American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism**, Bethesda, v. 305, n. 7, p. E890-E896, Oct. 2013.

PENAFORT, A. G. **Padrão de consumo de café e de cafeína de um grupo populacional no nordeste brasileiro: risco à saúde ou não?** 2008. 119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

PERBELLINI, L.; ZONZIN, C.; BALDO, M. Analysis of body mass index in different sector workers for over ten years. **Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia**, Pavia, v. 32, n. 4, p. 104-106, Oct./Dec. 2009. Suplemento.

PEREIRA, E. F.; ANACLETO, T. S.; LOUZADA, F. M. Interação entre sincronizadores fóticos e sociais: repercussões para a saúde humana. **Revista da Biologia**, São Paulo, v.9, n.3, p. 68-73, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/vilma/Downloads/Pereira-10.7594_revbio.09.03.13.pdf> . Acesso em: 20 ago. 2016.

PEREIRA, C. et al. Prevalence and determinants of insomnia symptoms among schoolteachers. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 46, p. 118-122, Nov. 2014a. Suplemento.

PEREIRA, E. F. et al. Associação entre o perfil de ambiente e condições de trabalho com a percepção de saúde e qualidade de vida em professores de educação básica. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 113-119, 2014b.

PEREIRA, E. F. et al. O trabalho docente ea qualidade de vida dos professores na educação básica. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 221-231, 2014c.

PEREIRA, E. F. et al. Percepção de qualidade do sono e da qualidade de vida de músicos de orquestra. **Revista de Psiquiatria Clínica (Santiago de Chile)**, **Santiago**, v. 37, n. 2, p. 48-51, 2010.

PEREIRA, E. F. et al. Sono, trabalho e estudo: duração do sono em estudantes trabalhadores e não trabalhadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 975-984, maio 2011.

PEREIRA, W. C. Mecanismos do sono e da vigília. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 141-152, jun. 1970.

PETERSEN, H. et al. Stress vulnerability and the effects of moderate daily stress on sleep polysomnography and subjective sleepiness. **Journal of Sleep Research**, Oxford, v. 22, n. 1, p. 50-57, Feb. 2013.

- PHILIP, A. M.; KIM, S. D.; VIJAYAN, M. M. Cortisol modulates the expression of cytokines and suppressors of cytokine signaling (SOCS) in rainbow trout hepatocytes. **Developmental & Comparative Immunology**, Elmsford, v. 38, n. 2, p. 360-367, Oct. 2012.
- PINTO, F. C. F.; GARCIA, V. C.; LETICHEVSKY, A. C. Pesquisa Nacional qualidade na educação: a escola pública na opinião dos pais. **Ensaio: Avaliação, Políticas Públicas na Educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 53, p. 527-542, out./dez. 2006.
- PIRES, M. et al. Sleep habits and complaints of adults in the city of São Paulo, Brazil, in 1987 and 1995. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 11, p. 1505-1515, Nov. 2007.
- POMIECINSKI, J. A. S.; POMIECINSKI, C. M. Gestão escolar: uma reflexão sobre a saúde emocional do professor: entre o stress e a síndrome de burnout. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO - SEMINÁRIO DE ESTRATÉGIAS E AÇÕES MULTIDISCIPLINARES, 4., 2014, Joaçaba. **Anais...** Joaçaba: Unoesc, 2014, v. 2. p. 201-216.
- POOLE, H. et al. Depression in chronic pain patients: prevalence and measurement. **Pain Practice**, Malden, v. 9, n. 3, p. 173-180, May/June 2009.
- PORKKA-HEISKANEN, T.; ZITTING, K. M.; WIGREN, H. K. Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. **Acta Physiologica**, Oxford, v. 208, n. 4, p. 311-328, Aug. 2013.
- PRETTO, A. D. B.; PASTORE, C. A.; ASSUNÇÃO, M. C. F. Comportamentos relacionados à saúde entre profissionais de ambulatórios do Sistema Único de Saúde no município de Pelotas-RS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 635-644, out./dez. 2014.
- QUERSTRET, D.; CROPLEY, M. Exploring the relationship between work-related rumination, sleep quality, and work-related fatigue. **Journal of Occupational Health Psychology**, Washington, v. 17, n. 3, p. 341, July 2012.
- RABELO, A. O. Mulher e Docência: historicizando a feminização do magistério. **Revista do Mestrado de História**, v.9, p.43-60, 2015.
- RAMOS, J.; PEIRÓ, J. M.; RIPOLL, P. (2002). Condiciones de trabajo y clima laboral. In: PEIRÓ, J. M.; PRIETO ALONSO, F. (Ed.). **Tratado de psicología del trabajo**. Madrid: Síntesis psicología, 1999.v.1. p. 37-91.
- RAYMOND, I. et al. Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. **Pain**, Amsterdam, v. 92, n. 3, p. 381-388, June 2001.

- REBOLO, F.; OLIVEIRA-BUENO, B. O bem-estar docente: limites e possibilidades para a felicidade do professor no trabalho. **Acta Scientiarum**, Maringá, v.36, n.2, p.323-331, 2014.
- REIS, E. J. F. B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set./out. 2005.
- RENTE, P.; PIMENTEL, T. **A patologia do sono**. Rio de Janeiro: Almedina, 2004.
- RIBAS, J. M. B. **Teoría de las relaciones laborales**. Fundamentos. Barcelona: Editorial UOC, 2003.
- RIBEIRO, I. D. Q. B. et al. Fatores ocupacionais associados à dor musculoesquelética em professores. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 42-64, jan./mar. 2011.
- RIVERO RODRÍGUEZ, L. F.; CRUZ FLORES, A. Trastornos psíquicos y psicossomáticos; problemática de salud actual de los docentes mexicanos. **Salud de los Trabajadores**, Maracay, v. 16, n. 2, p. 73-86, 2008.
- ROBERTSON, I. T.; COOPER, C. L.; WILLIAMS, J. The validity of the occupational stress indicator. **Work and Stress**, London, v.4, n.1, p.29-39, 1990.
- ROCHA, M. C. P. D. **Análise do cortisol salivar como indicador do estresse e a relação com a qualidade do sono em enfermeiros**. 2013. 244 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.
- ROUQUARYOL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- ROSEN, L. et al. Sleeping with technology: cognitive, affective, and technology usage predictors of sleep problems among college students. **Sleep Health**, New York, v.2, n.1, p.49-56, Mar. 2016. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S2352721815001874/1-s2.0-S2352721815001874-main.pdf?_tid=51f992ca-79d7-11e6-88ff-00000aab0f6c&acdnat=1473787818_2c8238bad3a2c827c17d6c2709785258>. Acesso em: 15 ago. 2016
- RUGGIERO, J. S.; REDEKER, N. S. Effects of napping on sleepiness and sleep-related performance deficits in night-shift workers: a systematic review. **Biological Research for Nursing**, Thousand Oaks, p.134-142, 2013.
- RUGULIES, R. et al. Effort–reward imbalance at work and risk of sleep disturbances. Cross-sectional and prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study. **Journal of Psychosomatic Research**, Oxford, v. 66, n. 1, p. 75-83, 2009.

SALIBA, T. M.; CORRÊA, M. A. C. **Insalubridade e periculosidade**: aspectos técnicos e práticos. São Paulo: LTr, 1995.

SALTIJERAL, M. M. T.; RAMOS, L. L. Identificación de estresores laborales y burnout en docentes de una secundaria para trabajadores del Distrito Federal. **Salud Mental**, México, v. 38, n. 5, p. 361-369, 2015.

SANTOS, G. M. G. D. **O desenvolvimento de carreira dos acadêmicos**: uma análise centrada na relação entre o trabalho e a família. 2008. Tese (Doutorado) – Universidade do Ninho, Braga, 2008.

SANTOS, M. N.; MARQUES, A. C. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 837-846, mar. 2013.

SCHOENBORN, C. A.; ADAMS, P. F. Sleep duration as a correlate of smoking, alcohol use, leisure-time physical inactivity, and obesity among adults: United States, 2004-2006. **Public Health Reports**, Boston, v. 124, n. 3, p. 463-465, May 2008. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2663885/pdf/phr124000463.pdf>>
Acesso em: 15 jul. 2015.

SCULTHORPE, L. D.; DOUGLASS, A. B. Sleep pathologies in depression and the clinical utility of polysomnography. **Canadian Journal of Psychiatry**, Ottawa, v. 55, n. 7, p. 413-421, July 2010.

SECO, G. B. **A satisfação dos professores**: Teorias, modelos e evidencias. Porto: Edições ASA, 2002.

SHELGIKAR, A. V.; CHERVIN, R. Approach to and evaluation of sleep disorders. **Sleep Disorders**, Hagerstwn, v. 19, n. 1, p. 32-49, Feb. 2013.

SHIMIZU, M. et al. Factors of working conditions and prolonged fatigue among teachers at public elementary and junior high schools. **Industrial Health**, Kawasaki, v. 49, n. 4, p. 434-442, June 2011.

SILVA, L. G.; SILVA, M. C. Condições de trabalho e saúde de professores pré-escolares da rede pública de ensino de Pelotas, RS, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3137-3146, nov. 2013.

SILVANY NETO, A. M. et al. Condições de trabalho e saúde de professores da rede particular de ensino de Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 24, n. 1/2, p. 42-56, jan./dez. 2000.

- SINGH, O.; SINGH, S. K. Quality of Work Life of Teachers Working in Higher Educational Institutions: A Strategic Approach towards Teacher's Excellence. **International Journal of Advance Research in Computer Science and Management Studies**, v.3, n.9, 2015. Disponível em: <<http://www.ijarcsms.com/docs/paper/volume3/issue9/V3I9-0048.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- SMITH, M.; EDWARDS, R.; MCCANN, U. The effects of sleep de-privation on pain inhibition and spontaneous pain in women. **Sleep (New York)**, New York, v. 30, n. 4, p. 494-505, Apr. 2007.
- SNEL, J.; LORIST, M. M. Effects of caffeine on sleep and cognition In: VAN DONGEN, H.; KERKHOF, G. (Ed.). **Human sleep and cognition, Part II: clinical and applied research**. Amsterdam: Elsevier, 2011. v. 2, p. 105-117.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz brasileira de prevenção cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 101 n. 6, p. 1-63, dez. 2013. Suplemento 2.
- SOLDATOS, C. R. et al. How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. **Sleep Medicine**, Amsterdam, v. 6, n. 1, p. 5-13, Jan. 2005.
- SOLTANI, M. et al. Sleepless nights: the effect of socioeconomic status, physical activity, and lifestyle factors on sleep quality in a large cohort of Australian women. **Archives of Women's Mental Health**, New York, v. 15, n. 4, p. 237-247, Aug. 2012.
- SOUZA, A. D. M. et al. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito nacional de alimentação 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n. 1, p. 190S-199S, fev. 2013. Suplemento 1.
- SOUZA, A. N.; LEITE, M. D. P. Condições de trabalho e suas repercussões na saúde dos professores da educação básica no Brasil. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 32, n. 117, p. 1105-1121, 2011.
- SOUZA, J. C. et al. Sonolência diurna excessiva em professores. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 4, p. 254-261, jul./ago. 2004.
- SOUZA, J. C. D. et al. Sleep habits, daytime sleepiness and sleep quality of high school teachers. **Psychology & Neuroscience**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 257-263, jul./dez. 2012.
- SOUZA, J. C. D. et al. Work schedule influence on sleep habits in elementary and high school teachers according to chronotype. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 19, n. 3, p. 200-209, July/Sept. 2014.

- SPÖRNDLY-NEES, S. et al. Leisure-time physical activity predicts complaints of snoring in women: a prospective cohort study over 10 years. **Sleep Medicine**, Amsterdam, v. 15, n. 4, p. 415-421, Apr. 2014.
- STELKO-PEREIRA, A. C.; WILLIAMS, L. C. D. A. Reflexões sobre o conceito de violência escolar ea busca por uma definição abrangente. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 45-55, 2010.
- STEPANSKI, E. J.; WYATT, J. K. Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. **Sleep Medicine Reviews**, London, v.7, n.3, p.215-225, 2003.
- SUN, W. et al. Sleep duration and quality among different occupations-China National Study. **PloS One**, San Francisco, v. 10, n. 3, p. 1-8, Mar. 2015.
- SUZIN, R. **A saúde geral dos professores municipais de Caxias do Sul e suas relações com as atividades laborais**. 2005. 139 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- SWAN, J. A.; MORAES, L. F. R.; COOPER, C. L. Developing the occupational stress indicator (OSI) for use in Brazil: a report on the reliability and validity of the translated OSI. **Stress Medicine**, Chichester, v.9, n.4, p.247-253, 1993.
- TABELEÃO, V. P.; TOMASI, E.; NEVES, S. F. Qualidade de vida e esgotamento profissional entre docentes da rede pública de ensino médio e fundamental no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2401-2408, dez. 2011.
- TAKAHASHI, M. et al. Occupational and socioeconomic differences in actigraphically measured sleep. **Journal of Sleep Research**, Oxford, v. 23, n. 4, p. 458-462, Aug. 2014.
- TANG, J. J.; LEKA, S.; MACLENNAN, S. The psychosocial work environment and mental health of teachers: a comparative study between the United Kingdom and Hong Kong. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, Berlin, v. 86, n. 6, p. 657-666, Aug. 2013.
- TEIXEIRA, A. A escola brasileira e a estabilidade social. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 28, n. 67, p. 3-29, jul./set. 1957.
- TEIXEIRA, E. R. et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.378-84, 2006.
- THEORELL, T. et al. Changes in job strain in relation to changes in physiological state: a longitudinal study. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, Helsink, v.14, p.189-196, Jun. 1988.

TIESMAN, H. et al. Workplace violence among Pennsylvania education workers: differences among occupations. **Journal of Safety Research**, Chicago, v. 44, n. 1, p. 65-71, Feb. 2013.

TIMO-IARIA, C. Evolução histórica do estudo do sono. In: TUFIK, S. **Medicina e biologia do sono**. Barueri: Manole, 2008. cap. 1. p.1-6.

TUOMI, K. et al. **Work ability index**. 2nd rev. ed. Helsink: Institute of Occupational Health, 1994. Disponível em: <<http://server1.docfoc.com/uploads/Z2015/12/31/fpMm9AsAIG/b9284bee3d51d86ef738ad8ea2e25444.pdf>>. Acesso em 25 ago. 2016.

TURNER, S.; ZANKER, N.; BRAINE, M. An investigation into teacher wellbeing during the teacher training year. **Design and Technology Education: an International Journal**, Ipswich, v. 17, n. 2, p. 21-34, 2012.

UNESCO. **Recomendação relativa à condição docente aprovada pela conferência intergovernamental especial sobre a condição docente**, Paris, 1966. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001515/151538por.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2015.

VALDIVIESO, P. Capital social, crisis de la democracia y educación ciudadana: la experiencia chilena. **Revista de Sociología e Política**, Curitiba, v. 21, p.13-34, nov. 2003.

VALLE, L. E. L. R. **Estresse e distúrbios do sono no desempenho de professores: saúde mental no trabalho**. 2011. 208 f. Tese - (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

VAN DE WATER, A.; HOLMES, A.; HURLEY, D. A. Objective measurements of sleep for non-laboratory settings as alternatives to polysomnography, a systematic review. **Journal of Sleep Research**, Oxford, v. 20, n. 1, pt. 2, p.183-200, Mar. 2011.

VAN HOUTTE, E. et al. Voice disorders in teachers: occupational risk factors and psycho-emotional factors. **Logopedics Phoniatrics Vocology**, Oslo, v. 37, n. 3, p. 107-116, Oct. 2012.

VAN LEEUWEN, W. M. et al. Sleep restriction increases the risk of developing cardiovascular diseases by augmenting proinflammatory responses through IL-17 and CRP. **PLoS one**, San Francisco, v. 4, n. 2, p.e 4589, 2009.

VAN MILL, J. G. et al. Sleep duration, but not insomnia, predicts the 2-year course of depressive and anxiety disorders. **The Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v. 75, n. 2, p. 119-126, Feb. 2014.

- VANDEKERCKHOVE, M.; CLUYDTS, R. The emotional brain and sleep: an intimate relationship. **Sleep Medicine Reviews**, London, v. 14, n. 4, p. 219-226, 2010.
- VANELLI, M. Do piso salarial aos planos de carreira: a que princípios estão submetidos estados e municípios. **Cadernos de Educação**, Brasília, v. 14, n. 21, p.106-116, 2009.
- VASCONCELLOS, L. C. F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de estado**. 2007. 421 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.
- VEDOVATO, T. G.; MONTEIRO, M. I. Health conditions and factors related to the work ability of teachers. **Industrial Health**, Kawasaki, v. 52, n. 2, p.121-128, Mar. 2014.
- VEDOVATO, T. G.; MONTEIRO, M. I. Perfil sociodemográfico e condições de saúde e trabalho dos professores de nove escolas estaduais paulistas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 290-297, jun. 2008.
- VELLY, A. M. et al. The effect of catastrophizing and depression on chronic pain—a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. **Pain**, Hagerstown, v. 152, n. 10, p. 2377-2383, Oct. 2011.
- VGONTZAS, A. N. et al. Insomnia with objective short sleep duration is associated with type 2 diabetes a population-based study. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 32, n. 11, p. 1980-1985, Nov. 2009.
- VIRTANEN, M. et al. Long working hours and sleep disturbances: the Whitehall II prospective cohort study. **Sleep**, New York, v. 32, n. 6, p. 737-45, June 2009.
- VOINESCU, B. I.; SZENTAGOTAI, A. Sleep hygiene awareness: its relation to sleep quality and diurnal preference. **Journal of Molecular Psychiatry**, Houdmills, v. 3, n. 1, Jan. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4328962/pdf/40303_2015_Article_8.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.
- WALCH, O. J.; COCHRAN, A.; FORGER, D. B. A global quantification of “normal” sleep schedules using smartphone data. **Science Advances**, v.2, n.5, p.e1501705, 2016.
- WALKER, E. et al. Workability and mental wellbeing among therapeutic prison officers. **Occupational Medicine**, Chicago, v. 65, n. 7, p. 541-549, Oct. 2015.
- WANDERLEY, L. E. W. Educação para a cidadania. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, p.127-136, 2009.

- WATERHOUSE, J.; FUKUDA, Y.; MORITA, T. Daily rhythms of the sleep-wake cycle. **Journal of Physiological Anthropology**, Tokyo, v. 31, n. 5, p. 1-9, Dec. 2012.
- WEI, C. et al. Work-related violence against educators in Minnesota: Rates and risks based on hours exposed. **Journal of Safety Research**, Elmsford, v. 44, p. 73-85, Feb. 2013.
- WEISS, B. D. et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. **The Annals of Family Medicine**, Leawood, v.3, n.6, p.514-522, 2005.
- WENNMAN, H. et al. Physical activity and sleep profiles in Finnish men and women. **BMC Public Health (Online)**, London, v. 14, p. 82, Dec. 2014. Disponível em: <<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-82>>. Acesso em: 15 jul. 2015.
- WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, Nov. 1995.
- WIERNIK, E. et al. Occupational status moderates the association between current perceived stress and high blood pressure evidence from the IPC cohort study. **Hypertension**, Dallas, v. 61, n. 3, p. 571-577, Mar. 2013.
- WILSON, C. M.; DOUGLAS, K. S.; LYON, D. R. Violence against teachers: Prevalence and consequences. **Journal of Interpersonal Violence**, New York, v. 26, n. 12, p. 2353-2371, Sept. 2011.
- WOODS, S. J.; KOZACHIK, S. L.; HALL, R. J. Subjective sleep quality in women experiencing intimate partner violence: contributions of situational, psychological, and physiological factors. **Journal of Traumatic Stress**, New York, v. 23, n. 1, p. 141-150, Feb. 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship: executive summary**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 fev. 2016.
- WORLD HEATH ORGANIZATION. **Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44322/1/9789241599405_eng.pdf >. Acesso em: 22 fev. 2016.

-
-
- XIE, L. et al. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. **Science**, New York, v. 342, n. 6.156, p. 373-377, 2013.
- YOON, J. H. et al. Relationship between long working hours and suicidal thoughts: nationwide data from the 4th and 5th Korean National Health and Nutrition Examination Survey. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 6, p. e0129142, June 2015.
- YUE, P. et al. Prevalence of musculoskeletal symptoms in relation to psychosocial factors. **Occupational Medicine**, Chicago, v. 64, n. 3, p. 211-216, Apr. 2014.
- ZACCHI, M. S. D. S. **Professores (as):** trabalho, vida e saúde. 2004. 114 f. Dissertação - (Mestrado em Educação) - Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- ZHANG, L. et al. Mental health and burnout in primary and secondary school teachers in the remote mountain areas of Guangdong Province in the People's Republic of China. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, Auckland, v. 10, p. 123-130, 2014.
- ZOMER, J. et al. Mini-sleep Questionnaire (MSQ) for screening large populations for EDS complaints. **Sleep**, New York, v. 84, p. 467-470, 1985.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo da pesquisa:

“SAÚDE, ESTILO DE VIDA E TRABALHO DE PROFESSORES DA REDE PÚBLICA DO PARANÁ”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “SAÚDE, ESTILO DE VIDA E TRABALHO DE PROFESSORES DA REDE PÚBLICA DO PARANÁ”, realizada nas escolas estaduais de Londrina. O objetivo da pesquisa é analisar as relações entre o estado de saúde e o estilo de vida com o processo de trabalho em professores. A sua participação é muito importante e ela se dará da seguinte forma: entrevista para preenchimento de um formulário com perguntas referentes à sua saúde, ao estilo e hábitos de vida e sobre aspectos referentes ao trabalho; preenchimento de um questionário com escalas para avaliação de sua saúde; e, por último, verificação de algumas medidas corporais (peso, altura, circunferência da cintura).

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Entre os benefícios esperados do estudo, destacam-se as possíveis repercussões dos resultados nas condições de trabalho e na atenção à saúde do trabalhador, com vistas à melhoria na qualidade de vida e no estado de saúde dos professores. Além disso, caso haja identificação de problemas de saúde, os professores afetados serão orientados a buscar atenção profissional apropriada a cada caso.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode entrar em contato com o Professor Arthur Eumann Mesas (coordenador da pesquisa), que poderá ser encontrado na Rua Robert Koch, nº 60 – Vila Operária – CEP: 86038-440 – Londrina – PR, nos telefones (43) 3371-2398 ou (43) 9908-3910, ou ainda no e-mail: aemesas@hotmail.com. O(a) Sr.(a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Koch, nº 60, ou no telefone 3371-2490.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 20__.

Pesquisador Responsável

Nome: _____

RG.: _____

_____ (*nome do entrevistado*), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Data: ___/___/___

Assinatura do entrevistado: _____

Anexos

ANEXO A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



SAÚDE, ESTILO DE VIDA E TRABALHO DE PROFESSORES DA REDE PÚBLICA DO PARANÁ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DIGITADO 1ª () 2ª ()

INFORMAÇÕES DA COLETA

Número:					Entrevistador:	
Data do 1º Contato:	___/___/___	Entrevistado: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não - Motivo:				
Data do 2º Contato:	___/___/___	Entrevistado: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não - Motivo:				
Data do 3º Contato:	___/___/___	Entrevistado: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não - Motivo:				
Data do 4º Contato:	___/___/___	Entrevistado: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não - Motivo:				
Data do 5º Contato:	___/___/___	Entrevistado: 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não - Motivo:				

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO

Olá professor(a), desde já, agradecemos sua participação nesta pesquisa.

NOME: _____	
Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino
DN	
SEXO	
Você trabalha em alguma outra escola de ensino básico na REDE ESTADUAL de Londrina ? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se SIM , quais são elas? <i>(Preencha nas linhas abaixo)</i>
OES	
Escola 2:	ES2
Escola 3:	ES3
Escola 4:	ES4

ANOTAÇÕES DA ENTREVISTA

--

BLOCO 1- VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO I

Vamos iniciar essa entrevista com algumas perguntas referentes ao seu trabalho como professor(a).

1. Quantos anos da sua vida você trabalhou como professor(a) até hoje? _____ anos _____ meses	TEMPROF (meses)																								
2. Quando você ingressou nesta profissão, você tinha vontade de ser professor(a)? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	VPROF																								
3. Atualmente você se sente realizado sendo professor(a)? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Parcialmente 3 <input type="checkbox"/> Não	REAL																								
3.1 Quais os motivos que o levam a se sentir assim? (<i>Não ler as alternativas</i>) / (<i>Admite mais de uma resposta</i>)	MOT																								
<table border="0"> <tr> <td align="center">Motivos POSITIVOS</td> <td align="center">Motivos NEGATIVOS</td> <td>1</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> Gostar da profissão</td> <td>6 <input type="checkbox"/> Salários baixos</td> <td>2</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> Reconhecimento social</td> <td>7 <input type="checkbox"/> Falta de reconhecimento social</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/> Gostar de trabalhar com crianças e adolescentes</td> <td>8 <input type="checkbox"/> Dificuldade nas relações com os alunos</td> <td>4</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/> Influência familiar</td> <td>9 <input type="checkbox"/> Relações de trabalho</td> <td>5</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>5 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____</td> <td>10 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Motivos POSITIVOS	Motivos NEGATIVOS	1	6	1 <input type="checkbox"/> Gostar da profissão	6 <input type="checkbox"/> Salários baixos	2	7	2 <input type="checkbox"/> Reconhecimento social	7 <input type="checkbox"/> Falta de reconhecimento social	3	8	3 <input type="checkbox"/> Gostar de trabalhar com crianças e adolescentes	8 <input type="checkbox"/> Dificuldade nas relações com os alunos	4	9	4 <input type="checkbox"/> Influência familiar	9 <input type="checkbox"/> Relações de trabalho	5	10	5 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	10 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____			
Motivos POSITIVOS	Motivos NEGATIVOS	1	6																						
1 <input type="checkbox"/> Gostar da profissão	6 <input type="checkbox"/> Salários baixos	2	7																						
2 <input type="checkbox"/> Reconhecimento social	7 <input type="checkbox"/> Falta de reconhecimento social	3	8																						
3 <input type="checkbox"/> Gostar de trabalhar com crianças e adolescentes	8 <input type="checkbox"/> Dificuldade nas relações com os alunos	4	9																						
4 <input type="checkbox"/> Influência familiar	9 <input type="checkbox"/> Relações de trabalho	5	10																						
5 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	10 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____																								
4. Em quantos locais você trabalha atualmente? 1 <input type="checkbox"/> Um 2 <input type="checkbox"/> Dois 3 <input type="checkbox"/> Três 4 <input type="checkbox"/> Acima de três	VINC																								
5. Local de trabalho I: (Anotar o nome da ESCOLA NA QUAL ESTÁ SENDO REALIZADA A ENTREVISTA): ESCOLA: _____																									
5.1 Em quais períodos você leciona? (<i>Admite mais de uma resposta</i>) 1 <input type="checkbox"/> Manhã 2 <input type="checkbox"/> Tarde 3 <input type="checkbox"/> Noite	TIPT11 TIPT12 TIPT13																								
5.2 Em quais séries leciona? (<i>Admite mais de uma resposta</i>) 1 <input type="checkbox"/> 5ª a 9ª série (ensino fundamental) 2 <input type="checkbox"/> 1ª a 3ª série (ensino médio) 3 <input type="checkbox"/> Outras. Especifique: _____	SER10 SER11 SER12 SER13																								
5.3 É responsável pelo ensino em quais disciplinas? Disciplina 1: _____ Disciplina 2: _____ Disciplina 3: _____	DIC11 DIC12 DIC13																								
5.4 Há quanto tempo você trabalha nesta escola? _____ anos _____ meses	TEMPT1 (meses)																								
5.5 Qual o seu tipo de contrato? 1 <input type="checkbox"/> Estatutário / Concursado (QPM) 2 <input type="checkbox"/> Contrato por tempo determinado (PSS) 3 <input type="checkbox"/> Consolidação das leis do trabalho (CLT) 4 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	TCON1																								
5.6 Qual sua carga horária semanal nesta escola? _____ horas por semana	CHS1(horas)																								
5.7 Você tirou algum tipo de licença (maternidade, paternidade, licença prêmio) nos últimos 12 meses ? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para a 6 LIC1																								
5.8 Quanto tempo durou essa licença? Especifique: _____ dias.	TLIC1																								
CARO ENTREVISTADOR, caso o entrevistado trabalhe APENAS EM UMA ESCOLA E TENHA OUTRA ATIVIDADE, pule para a 7. Caso não tenha OUTRA ATIVIDADE ALÉM DESTA ESCOLA, pule para a 8																									
6. Local de trabalho II: (Anotar o nome da OUTRA ESCOLA) ESCOLA: _____																									
6.1 Em quais períodos você leciona? (<i>Admite mais de uma resposta</i>) 1 <input type="checkbox"/> Manhã 2 <input type="checkbox"/> Tarde 3 <input type="checkbox"/> Noite	TIPT21 TIPT22 TIPT23																								
6.2 Em quais séries leciona? (<i>Admite mais de uma resposta</i>) 0 <input type="checkbox"/> 1ª a 4ª série 1 <input type="checkbox"/> 5ª a 9ª série (ensino fundamental) 2 <input type="checkbox"/> 1ª a 3ª série (ensino médio) 3 <input type="checkbox"/> Outras. Especifique: _____	SER20 SER21 SER22 SER23																								
6.3 É responsável pelo ensino em quais disciplinas? Disciplina 1: _____ Disciplina 2: _____ Disciplina 3: _____	DIC21 DIC22 DIC23																								
6.4 Há quanto tempo você trabalha nesta escola? _____ anos _____ meses	TEMPT2 (meses)																								

6.5 Qual o seu tipo de contrato?	1 <input type="checkbox"/> Estatutário / Concursado (QPM) 2 <input type="checkbox"/> Contrato por tempo determinado (PSS)	3 <input type="checkbox"/> Consolidação das leis do trabalho (CLT) 4 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	TCON2
6.6 Qual sua carga horária semanal nesta outra escola?	_____ horas por semana		CHS2
6.7 Você tirou algum tipo de licença (maternidade, paternidade, licença prêmio) nos últimos 12 meses??	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para a 7	LIC2
6.8 Quanto tempo durou essa licença?	Especifique: _____ dias.		TLIC2
7. Local de trabalho III: (Anotar o nome da OUTRA ESCOLA OU DE QUALQUER OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA OU TRABALHO NO QUAL ATUE) ESCOLA OU OUTRA ATIVIDADE: _____			
7.1 Descrição da outra atividade/trabalho	R: _____		TIPT3
7.2 Qual sua carga horária semanal nessa escola / atividade?	_____ horas por semana:		CHS3
7.3 Você tirou algum tipo de licença (maternidade, paternidade, licença prêmio) nos últimos 12 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para a 8	LIC3
7.4 Quanto tempo durou essa licença?	Especifique: _____ dias.		TLIC3

Agora me diga, considerando sua CARGA HORÁRIA TOTAL com anos

8. Em uma semana habitual quantas horas por semana você tem atividades com alunos?	_____ horas por semana	HAL
--	------------------------	-----

CARO ENTREVISTADOR, para as QUESTÕES 10 e 12 o entrevistado deverá considerar, PRIORITARIAMENTE, a escola na qual passa a maior parte do tempo e, secundariamente, a que trabalha há mais tempo. No quadro abaixo, ASSINALE O CRITÉRIO adotado pelo professor para as respostas.

9. Critério adotado para as respostas nas questões 10 e 12.	1 <input type="checkbox"/> Escola em que passa a maior parte do seu tempo 2 <input type="checkbox"/> Escola em que trabalha há mais tempo 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica (trabalha em uma escola, apenas)	CRT
---	---	-----

Vamos conversar agora sobre sua percepção em relação ao perfil do ambiente e às condições de trabalho. (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)

10. Perfil do Ambiente e Condições de Trabalho					
Como você avalia ...	Ruim	Regular	Bom / Boa	Excelente	
10.1 Relacionamento com superiores (diretores/supervisores)	0	1	2	3	ACT1
10.2 Relacionamento com colegas (professores)	0	1	2	3	ACT2
10.3 Relacionamento com alunos	0	1	2	3	ACT3
10.4 Relacionamento com pais de alunos	0	1	2	3	ACT4
10.5 Oportunidade para expressar suas opiniões no trabalho	0	1	2	3	ACT5
10.6 Motivação para chegar ao trabalho	0	1	2	3	ACT6
10.7 Remuneração em relação ao trabalho realizado	0	1	2	3	ACT7
10.8 Benefícios de saúde oferecidos	0	1	2	3	ACT8
10.9 Equilíbrio entre sua vida profissional e pessoal	0	1	2	3	ACT9
10.10 Quantidade de alunos por sala de aula	0	1	2	3	ACT10
Como você avalia ...	Ruim	Regular	Bom / Boa	Excelente	

10.11 Manutenção e conservação dos materiais, equipamentos e mobiliários	0	1	2	3	ACT11
10.12 Infra-estrutura da escola disponível para descanso/estudo e preparo de atividades	0	1	2	3	ACT12
10.13 Infra-estrutura predial da escola (iluminação, ventilação, pintura)	0	1	2	3	ACT13

E quanto às outras escolas na(s) qual(is) trabalha

11. Como você avalia as características das demais escolas com relação à esta?	1 <input type="checkbox"/> Igual	3 <input type="checkbox"/> Pior	PESC
	2 <input type="checkbox"/> Melhor	4 <input type="checkbox"/> Não se aplica	

As questões que farei agora são referentes às cargas de trabalho. Responda-me, conforme sua percepção, o quanto essas cargas afetam as suas condições de trabalho. (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)

12. Quanto as seguintes exposições o(a) afetam ?				
	Não afeta	Afeta pouco	Afeta muito	
12.1 Cargas Físicas				
12.1.1 Exposição a ruídos dentro da sala de aula	0	1	2	CF1
12.1.2 Exposição a ruídos na escola	0	1	2	CF2
12.1.3 Exposição a ruídos que vem de fora da escola	0	1	2	CF3
12.2 Cargas Químicas				
12.2.1 Exposição ao pó de giz	0	1	2	CQ1
12.2.2 Exposição a poeiras	0	1	2	CQ2
12.3 Cargas Biológicas				
12.3.1 Condições de higiene do seu local de trabalho	0	1	2	CB1
12.3.2 Exposição a vírus, bactérias, fungos e parasitas	0	1	2	CB2
12.4 Cargas Mecânicas				
12.4.1 Condições para carregar o material didático	0	1	2	CM1
12.4.2 Condições para carregar o material áudio-visual	0	1	2	CM2
12.5 Cargas Fisiológicas				
12.5.1 Tempo em que permanece em pé	0	1	2	CFL1
12.5.2 Condições para escrever no quadro	0	1	2	CFL2
12.5.3 Posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos	0	1	2	CFL3
12.6 Cargas Psíquicas				
12.6.1 Ritmo e intensidade do seu trabalho	0	1	2	CP1
12.6.2 Autonomia para executar suas tarefas	0	1	2	CP2
12.6.3 Número de tarefas realizadas no seu trabalho e a atenção e responsabilidade que elas exigem	0	1	2	CP3
12.6.4 Tempo disponível para o preparo das atividades	0	1	2	CP4

13. Agora me diga, como você avalia o tempo disponível para desempenhar as seguintes atividades: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)				
	Insuficiente	Regular	Suficiente	
13.1 Trabalho	1	2	3	TD1
13.2 Estudo/Aperfeiçoamento	1	2	3	TD2
13.3 Família e ao lar	1	2	3	TD3
13.4 Alimentação	1	2	3	TD4
13.5 Lazer/cultura	1	2	3	TD5
13.6 Cuidado da saúde física	1	2	3	TD6

Sobre possíveis faltas no trabalho e utilização dos serviços de saúde, responda-me: (EXCETO PARA ROTINA DE PRÉ-NATAL, LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE OU LICENÇA PRÊMIO)

14. Você precisou faltar no trabalho por alguma doença, problemas de saúde ou lesões nos últimos 12 meses ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pular para 18	FAL1
15. Se sim, qual foi o principal motivo? (O motivo que causou maior número de dias afastado(a) nos últimos 12 meses)	Especifique: _____		FALM1
16. Qual foi o maior período de tempo que você ficou afastado(a) do trabalho por esse motivo (motivo citado na questão anterior)?	Especifique: _____ dias		FALM2
17. Quantos DIAS INTEIROS você esteve fora do trabalho devido a um problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame nos últimos 12 meses ?	Especifique: _____ dias		ICT5*
18. Consultou um médico nos últimos 12 meses ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		USS15
19. Esteve internado(a) nos últimos 12 meses ?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		USS16

BLOCO 2- VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS

1. Qual a sua altura aproximada? _____ m.		ALTURA
2. Qual o seu peso aproximado? _____ Kg		PESO
3. Com relação ao seu peso atual, você considera que está: (Ler as alternativas para o entrevistado)	1 <input type="checkbox"/> Com o peso ideal para a sua altura 2 <input type="checkbox"/> Acima do peso ideal 3 <input type="checkbox"/> Abaixo do peso ideal	PERCEPESO

BLOCO 3- VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre alguns aspectos do seu estilo de vida.

Atividade Física			
1. Em uma semana normal (típica) você faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre pelo menos uma vez na semana:	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para 3	ATF1
2. Sobre a(s) atividade(s) física(s) que pratica, indique:			
Nome da atividade (ex. caminhada, natação, ginástica, etc.)	Quantas vezes por semana (em dias)	Quanto tempo por dia (em minutos)	
2.1.1	2.1.2	2.1.3	
2.2.1	2.2.2	2.2.3	
2.3.1	2.3.2	2.3.3	
3. Com relação às atividades que realiza em casa, você diria que o esforço físico destinado a estas atividades é: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Muito leve 2 <input type="checkbox"/> Leve 3 <input type="checkbox"/> Moderado	4 <input type="checkbox"/> Intenso 5 <input type="checkbox"/> Muito intenso	ATF3
4. Com relação às atividades que realiza no seu dia-a-dia de trabalho, você diria que o esforço físico destinado a estas atividades é: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Muito leve 2 <input type="checkbox"/> Leve 3 <input type="checkbox"/> Moderado	4 <input type="checkbox"/> Intenso 5 <input type="checkbox"/> Muito intenso	ATF4
5. Você costuma se deslocar a pé ou de bicicleta para ir ao trabalho?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para 6	ATF5
5.1 Habitualmente quanto tempo por dia você gasta nestes deslocamentos para ir e voltar?	_____ horas _____ min		ATF51 (min.)

Gostaríamos de saber ainda, habitualmente, em uma semana padrão (segunda a sexta-feira) e nos finais de semana e feriados:

	1. Dias da semana	2. Finais de semana e feriados	
6. Quanto tempo por dia você assiste à televisão?	_____ horas _____ min	_____ horas _____ min	ATT61(min.) ATT62(min.)
7. Quanto tempo por dia você utiliza o computador?	_____ horas _____ min	_____ horas _____ min	ATT71(min.) ATT72(min.)

E DURANTE SEU HORÁRIO DE TRABALHO, me diga:

8. Quanto tempo por dia você fica sentado(a)? _____ horas _____ min	AT88 (min.)
9. Quanto tempo por dia você fica em pé? _____ horas _____ min	ATP9 (min.)

As próximas questões serão sobre tabagismo e consumo de álcool e café

10. Em relação ao tabaco você é: (<i>Ler as alternativas para o entrevistado</i>)	1 <input type="checkbox"/> Fumante 2 <input type="checkbox"/> Ex-fumante 3 <input type="checkbox"/> Não fumante	TABACO
11. Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas você: (<i>Ler as alternativas para o entrevistado</i>)	1 <input type="checkbox"/> Não consome bebida alcoólica 2 <input type="checkbox"/> Consome bebida alcoólica 1 x por semana ou menos 3 <input type="checkbox"/> Consome bebida alcoólica de 2 a 6 x por semana 4 <input type="checkbox"/> Consome bebida alcoólica diariamente	ALCOOL
12 Com que frequência você toma café ? (<i>NÃO LER as alternativas para o entrevistado</i>)	1 <input type="checkbox"/> Não consome 2 <input type="checkbox"/> Consome café de 2 a 3 x por mês ou de 1 a 3 x por semana 3 <input type="checkbox"/> Consumo café de 4 a 6 x por semana 4 <input type="checkbox"/> Consumo café de 1 a 3 x por dia 5 <input type="checkbox"/> Consumo café mais de 3 x por dia	CAFE

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação.

13. Assinale o número correspondente à resposta. (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)							
Me diga, com que frequência você:	Nunca	De 1 a 3 x por mês	De 1 a 2 x por semana	De 3 a 6 vezes por semana	Diariamente		
13.1 Come fora de casa?	1	2	3	4	5		AL1
13.2 Substitui ao menos uma das refeições por lanches (sanduíches, salgados, etc.)?	1	2	3	4	5		AL2
13.3 Consome alimentos pré-preparados (congelados, pré-cozidos, etc.)?	1	2	3	4	5		AL3
13.4 Consome bebidas industrializadas ou refrigerantes?	1	2	3	4	5		AL4
13.5 Consome frutas?	1	2	3	4	5		AL5
13.6 Consome verduras e/ou legumes?	1	2	3	4	5		AL6
14. Assinale o número correspondente à resposta. (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)							
Gostaríamos de saber também com que frequência você:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica	
14.1 Retira a gordura visível quando come carne vermelha?	1	2	3	4	5	6	AL7
14.2 Retira a pele da carne de frango?	1	2	3	4	5	6	AL8
Com que frequência você:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica	
14.3 Elege alimentos light e/ou desnatados para consumir?	1	2	3	4	5	6	AL9
14.4 Utiliza adoçante no lugar de açúcar?	1	2	3	4	5	6	AL10
14.5 Come salgadinhos ou doces entre as refeições principais?	1	2	3	4	5	6	AL11
14.6 Come assistindo televisão ou em frente ao computador?	1	2	3	4	5	6	AL12

Em um dia de semana normal, quanto tempo você:

15. Leva para tomar o café da manhã? _____ minutos () Não toma café da manhã	TCAFE (min.)
16. Leva para almoçar? _____ minutos () Não almoça	TALM (min.)
17. Leva para jantar? _____ minutos () Não janta	TJAN (min.)
18. Suponha que se sua alimentação fosse de excelente qualidade mereceria nota 10 e se fosse de péssima qualidade, nota 0. Em uma escala de 0 a 10, que nota você daria à qualidade de sua alimentação? Nota: _____	ALNOTA

BLOCO 4 – CONHECIMENTOS EM SAÚDE

Agora vamos conversar sobre informações nutricionais e conhecimentos em saúde.

1. Nos últimos 12 meses você observou tabelas de informações nutricionais na hora de comprar ou consumir alimentos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		Se NÃO , por que? _____ _____ Pule _____ para questão 7			VN1
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequen- temente	Sempre	
2. Se SIM : Com qual frequência? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1	2	3	4	5	VN2
3. Com qual frequência, nos últimos 12 meses, você evitou consumir algum alimento devido às informações nutricionais? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1	2	3	4	5	VN3

4. Você realiza essa consulta nos seguintes alimentos? (Admite múltiplas respostas) LER AS ALTERNATIVAS	VN4 (Assinalar abaixo)		
1 <input type="checkbox"/> Laticínios	4 <input type="checkbox"/> Comidas instantâneas	1	4
2 <input type="checkbox"/> Embutidos	5 <input type="checkbox"/> Refrigerantes / Bebidas industrializadas	2	5
3 <input type="checkbox"/> Comidas congeladas	6 <input type="checkbox"/> Outro? Especificar: _____	3	6

Ler as seguintes perguntas e aguardar a resposta do entrevistado **(NÃO LER AS ALTERNATIVAS)**

5. Quais itens/ingredientes você costuma observar nessas tabelas? (Admite múltiplas respostas) NÃO LER AS ALTERNATIVAS	VN5 (Assinalar abaixo)		
1 <input type="checkbox"/> Todos os elementos	10 <input type="checkbox"/> Sódio	1	10
2 <input type="checkbox"/> Cálcio	11 <input type="checkbox"/> Gorduras totais	2	11
3 <input type="checkbox"/> Calorias (Valor energético)	12 <input type="checkbox"/> Gorduras insaturadas	3	12
4 <input type="checkbox"/> Carboidratos	13 <input type="checkbox"/> Gorduras saturadas	4	13
5 <input type="checkbox"/> Colesterol	14 <input type="checkbox"/> Gorduras trans	5	14
6 <input type="checkbox"/> Ferro	15 <input type="checkbox"/> Lactose	6	15
7 <input type="checkbox"/> Fibra alimentar	16 <input type="checkbox"/> Minerais	7	16
8 <input type="checkbox"/> Glúten	17 <input type="checkbox"/> Proteínas	8	17
9 <input type="checkbox"/> Vitaminas	18 <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	9	18

6. Por qual(is) motivo(s) você realiza essa verificação? (Admite múltiplas respostas) NÃO LER AS ALTERNATIVAS	VN6 (Assinalar abaixo)		
1 <input type="checkbox"/> Curiosidade/Composição dos alimentos	1		
2 <input type="checkbox"/> Escolher alimentos mais saudáveis/prevenção de problemas futuros para si ou para a família	2		
3 <input type="checkbox"/> Recomendação médica/Alteração de saúde PRÓPRIA (hipertensão, diabetes ou colesterol alto, alergia ao glúten ou à lactose)	3		
4 <input type="checkbox"/> Recomendação médica/Alteração de saúde DE ALGUÉM DA FAMÍLIA/QUE MORA JUNTO (hipertensão, diabetes ou colesterol alto, alergia ao glúten ou à lactose)	4		
5 <input type="checkbox"/> Controle de peso PRÓPRIO	5		
6 <input type="checkbox"/> Controle de peso DE ALGUÉM DA FAMÍLIA/QUE MORA JUNTO	6		
7 <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	7		

Utilização de Informações Nutricionais

LER PARA O ENTREVISTADO: Esta informação está contida no verso de um pote de sorvete. <i>(Entregar cartão de apoio contendo o rótulo do sorvete. NAS PERGUNTAS QUE UTILIZAM O RÓTULO NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS)</i>			
7. Se você tomar o pote inteiro de sorvete, quantas calorias irá ingerir? (NÃO LER AS ALTERNATIVAS)	1 <input type="checkbox"/> 1000 calorias 2 <input type="checkbox"/> Outra resposta		NVS 1
8. Se você pudesse comer 60 g de carboidratos, que quantidade de sorvete você poderia tomar? (Nota: se o entrevistado responder "2 porções", pergunte "Quanto de sorvete seria isso se você tivesse que medi-lo com uma xícara"?) (NÃO LER AS ALTERNATIVAS)	1 <input type="checkbox"/> 1 xícara (ou qualquer quantidade até 1 xícara) 2 <input type="checkbox"/> Metade do pote 3 <input type="checkbox"/> Outra resposta		NVS 2
9. Seu médico o (a) aconselhou a reduzir a quantidade de gordura saturada em sua dieta. Você geralmente come 42 g de gordura saturada por dia, o que inclui uma porção de sorvete. Se você parar de tomar sorvete, quantos gramas de gordura saturada você estaria consumindo por dia? <i>(Caso o entrevistado tenha dúvida, repetir a questão. (NÃO LER AS ALTERNATIVAS))</i>	1 <input type="checkbox"/> 33 gramas 2 <input type="checkbox"/> Outra resposta		NVS 3
10. Se você geralmente come 2500 kcal (calorias) por dia, qual a porcentagem do valor diário de calorias você estaria ingerindo se tomasse uma porção de sorvete? <i>(Caso o entrevistado tenha dúvida, repetir a questão. (NÃO LER AS ALTERNATIVAS))</i>	1 <input type="checkbox"/> 10% 2 <input type="checkbox"/> Outra resposta		NVS 4
INSTRUÇÃO PARA SER LIDA AO ENTREVISTADO: Considerando que você é alérgico(a) às seguintes substâncias: Penicilina, amendoins, luvas de látex e picadas de abelhas.			
11. É seguro para você tomar esse sorvete? <i>(Caso o entrevistado tenha dúvida, repetir as substâncias e a questão).</i>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se SIM, pular para o bloco 5	NVS 5
12. (Pergunte somente se o paciente respondeu "não" à questão 11: Por que não?) (NÃO LER AS ALTERNATIVAS)	1 <input type="checkbox"/> Por causa do óleo de amendoim. 2 <input type="checkbox"/> Outra resposta		NVS 6

BLOCO 5- VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Agora farei perguntas referentes aos seus hábitos de sono DURANTE O ÚLTIMO MÊS SOMENTE.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?	Hora usual de deitar: _____			PS1(HH:mm)
2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?	Número de minutos: _____			PS2 (min.)
3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?	Hora usual de levantar: _____			PS3 (HH:mm)
4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? <i>(Anotar o total de horas e minutos se houver)</i>	Horas de sono por noite: _____			PS4 (HH:mm)
5. Com que frequência você costuma dormir ou cochilar durante o dia após o almoço? (Ler as alternativas para o entrevistado)	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana 3 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana 4 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana	Se NUNCA, pular para questão 7		PS5
6. Quanto tempo dura o seu sono ou cochilo após o almoço?	_____ minutos			PS6 (min.)
7. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	Nenhuma no último mês	Menos de 1x semana	1 ou 2x semana	3 ou mais x semana

a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos	0	1	2	3	PS7A
b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo, (antes do que deveria)	0	1	2	3	PS7B
c) Precisou levantar para ir ao banheiro	0	1	2	3	PS7C
d) Não conseguiu respirar confortavelmente	0	1	2	3	PS7D
e) Tossiu ou roncou forte	0	1	2	3	PS7E
f) Sentiu muito frio	0	1	2	3	PS7F
g) Sentiu muito calor	0	1	2	3	PS7G
h) Teve sonhos ruins	0	1	2	3	PS7H
i) Teve dor	0	1	2	3	PS7I
j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva _____					PS7J
l) Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão	0	1	2	3	PS7L
8. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral? (Ler as alternativas para o entrevistado)	1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa		3 <input type="checkbox"/> Ruim 4 <input type="checkbox"/> Muito ruim		PS8
9. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudá-lo (a) a dormir? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)		1 <input type="checkbox"/> Nenhuma no último mês 2 <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana 3 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana 4 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana			PS9
10. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo): (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)		1 <input type="checkbox"/> Nenhuma no último mês 2 <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana 3 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana 4 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana			PS10
11. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais): (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)		1 <input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Um problema leve 3 <input type="checkbox"/> Um problema razoável 4 <input type="checkbox"/> Um problema muito grande			PS11
12. Já lhe disseram que você ronca todas ou quase todas as noites:	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		Se NÃO , pule para 14		PS12
13. Se SIM, isso ocorre pelo menos há 12 meses?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não			PS13

Vamos conversar agora sobre a intensidade e frequência com que tem sentido dores.

14. Você sofre de algum tipo de dor crônica, ou seja, que o (a) incomoda há 6 meses ou mais?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe/ Não responde	Se NÃO , pule para 33	DOR1																								
15. Por favor, aponte-me em que parte do corpo você sente essa dor (Admite mais de uma resposta). (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	<table border="0"> <tr> <td>1 <input type="checkbox"/> Cabeça, face e/ou boca</td> <td>7 <input type="checkbox"/> Costas (na cintura e na região lombar)</td> </tr> <tr> <td>2 <input type="checkbox"/> Pescoço/nuca</td> <td>8 <input type="checkbox"/> Pelve</td> </tr> <tr> <td>3 <input type="checkbox"/> Ombros e Braços</td> <td>9 <input type="checkbox"/> Joelhos</td> </tr> <tr> <td>4 <input type="checkbox"/> Peito</td> <td>10 <input type="checkbox"/> Pernas</td> </tr> <tr> <td>5 <input type="checkbox"/> Abdômen</td> <td>11 <input type="checkbox"/> Pés</td> </tr> <tr> <td>6 <input type="checkbox"/> Costas (acima da cintura)</td> <td>12 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____</td> </tr> </table>	1 <input type="checkbox"/> Cabeça, face e/ou boca	7 <input type="checkbox"/> Costas (na cintura e na região lombar)	2 <input type="checkbox"/> Pescoço/nuca	8 <input type="checkbox"/> Pelve	3 <input type="checkbox"/> Ombros e Braços	9 <input type="checkbox"/> Joelhos	4 <input type="checkbox"/> Peito	10 <input type="checkbox"/> Pernas	5 <input type="checkbox"/> Abdômen	11 <input type="checkbox"/> Pés	6 <input type="checkbox"/> Costas (acima da cintura)	12 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	<p>Caso o entrevistado REFIRA DOR EM MAIS DE UM LOCAL, faça a pergunta abaixo, caso contrário, pule para a 18</p> <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>12</td> </tr> </table>	1	7	2	8	3	9	4	10	5	11	6	12	DOR2
1 <input type="checkbox"/> Cabeça, face e/ou boca	7 <input type="checkbox"/> Costas (na cintura e na região lombar)																										
2 <input type="checkbox"/> Pescoço/nuca	8 <input type="checkbox"/> Pelve																										
3 <input type="checkbox"/> Ombros e Braços	9 <input type="checkbox"/> Joelhos																										
4 <input type="checkbox"/> Peito	10 <input type="checkbox"/> Pernas																										
5 <input type="checkbox"/> Abdômen	11 <input type="checkbox"/> Pés																										
6 <input type="checkbox"/> Costas (acima da cintura)	12 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____																										
1	7																										
2	8																										
3	9																										
4	10																										
5	11																										
6	12																										
16. Entre essas dores referidas, qual delas o(a) incomodou mais nos últimos 6 meses? (Anotar o número)	Número _____		DORPIOR																								

17. Há quanto tempo sente essa dor que mais incomoda? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	<input type="checkbox"/> 6 meses a 2 anos <input type="checkbox"/> Mais de 2 anos até 5 anos <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos até 10 anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos	DORPIOR1
18. Pensando na última vez em que sentiu essa dor (ou a dor que mais incomoda, caso haja mais de uma), diga-me um número de 1 a 10 para a intensidade dessa dor, sendo 1 para “quase sem dor” e 10 para “a pior dor que se pode imaginar”	Número _____	DOR3
19. Quando foi a última vez que sentiu essa dor (ou a dor que mais incomoda, caso haja mais de uma)? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	<input type="checkbox"/> Hoje <input type="checkbox"/> Hoje não, mas esta semana <input type="checkbox"/> Não esta semana, mas a menos de um mês <input type="checkbox"/> De 1 a menos de 3 meses <input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses <input type="checkbox"/> Há mais de 6 meses <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR4
20. Com que frequência sente essa dor (ou a dor que mais incomoda, caso haja mais de uma)? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	<input type="checkbox"/> Todas as horas do dia <input type="checkbox"/> Todos os dias, em algum momento <input type="checkbox"/> Duas ou mais vezes na semana <input type="checkbox"/> Uma vez na semana <input type="checkbox"/> De uma a três vezes ao mês <input type="checkbox"/> Menos de uma vez ao mês <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR5
21. Com que intensidade essa dor interfere em seu trabalho? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR6
22. E no lazer? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR61
23. Nos últimos 12 meses você procurou um médico para o tratamento dessa dor?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não lembra	Se NÃO, pule para 28 DOR7
24. Foi prescrito algum medicamento ou outro tipo de tratamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não lembra	Se NÃO, pule para 28 DOR71
25. Se sim, Qual? (anotar o nome comercial do medicamento ou o tipo de tratamento). (Admite mais de uma resposta).	<input type="checkbox"/> Medicamento _____ <input type="checkbox"/> Outro tratamento _____ <input type="checkbox"/> Não lembra	DOR721
		DOR722
		DOR723
26. Alguma(s) dessas condutas ajudou (aram) a aliviar sua dor? Se sim, qual(is) delas ?	<input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Tratamento não medicamentoso <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Nenhum	DOR724
27. Quanto você considera que ajudou (aram) a aliviar a dor? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nada	DOR725
28. Você toma algum medicamento ou faz alguma outra coisa para controlar a sua dor que não tenha sido indicado por um médico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não lembra	Se NÃO, pule para 32 DOR8
29. Se sim, o que? (anotar o nome comercial do medicamento ou o tipo de tratamento)	<input type="checkbox"/> Medicamento sem prescrição: _____ <input type="checkbox"/> Outro tratamento sem prescrição: _____ <input type="checkbox"/> Não lembra	DOR811
		DOR812
		DOR813
30. Alguma(s) dessas condutas ajudou(aram) a aliviar sua dor? Se sim, qual(is) dela(s)? (Admite mais de uma resposta).	<input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Tratamento não medicamentoso <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Nenhum	
31. Quanto você considera que esse(s) tratamento(s) aliviou(aram) a sua dor? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nada	DOR82
32. Você utilizou medicamentos para dor ou desconforto nos últimos 15 dias? (analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, antigripais, etc., mesmo que não tenha sido prescrito)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não lembra	DOR9

Sobre sua voz, me diga

33. Com que frequência você tem problemas relacionados a ela (sua voz)? <i>(Ler as alternativas para o entrevistado)</i>	1 <input type="checkbox"/> Sempre	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	5 <input type="checkbox"/> Nunca	VOZ1
	2 <input type="checkbox"/> Frequentemente	4 <input type="checkbox"/> Raramente		

BLOCO 6- VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO II

As próximas perguntas serão sobre a sua capacidade para o trabalho.

1. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Responda em uma escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual. (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)		Pontos: _____	ICT1	
0 = Estou incapaz para o trabalho \longleftrightarrow 10 = Estou em minha melhor capacidade para o trabalho				
2. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo). (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)			ICT2	
5 <input type="checkbox"/> Muito Boa 2 <input type="checkbox"/> Baixa 4 <input type="checkbox"/> Boa 1 <input type="checkbox"/> Muito Baixa 3 <input type="checkbox"/> Moderada				
3. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer) (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)			ICT3	
5 <input type="checkbox"/> Muito Boa 2 <input type="checkbox"/> Baixa 4 <input type="checkbox"/> Boa 1 <input type="checkbox"/> Muito Baixa 3 <input type="checkbox"/> Moderada				
4. Dentre as condições de saúde que vou ler à seguir, diga-me a(s) em sua opinião, qual(is) você tem, se foram diagnosticadas por um médico e se faz TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ATUALMENTE para ela(s)				
<i>CIRCULAR o n.2, se opinião do entrevistado (O.E) ou o n.1, se diagnóstico médico (DM)</i>				
Condições de saúde	O.E	D.M	TRATAMENTO	Preencher para variável Tratamento
4.1 Hipertensão arterial (pressão alta)	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT1
4.2 Diabetes	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT2
4.3 Hiperlipidemia (colesterol/triglicerídeos alto)	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT3
4.4 Histórico de infarto do miocárdio	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT4
4.5 Histórico de acidente vascular cerebral (derrame)	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT5
4.6 Depressão severa	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT6
4.7 Depressão leve	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT7
4.8 Ansiedade	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT8
4.9 Enxaqueca	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT9
4.10 Insônia	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICT10
4.11 Sinusite	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT11
4.12 Artrite / Artrose / Reumatismo	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT12
4.13 Osteoporose	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT13
4.14 Asma / Bronquite / Enfisema	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT14
4.15 Tumor benigno	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT15
4.16 Tumor maligno (câncer) Onde? Especifique _____	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	ICTT16

5. Ainda sobre lesões por acidentes ou doenças que vou ler à seguir, responda-me, **em sua opinião** qual(is) você possui atualmente e qual(is) dela(s) foram **confirmadas pelo médico**.

(Ler o agravos e CIRCULAR o n.2, se opinião do entrevistado (O.E) ou o n.1, se diagnóstico médico (DM))

	O.E	D.M		O.E	D.M
5.1 Lesão nas costas	2	1	5.21 Pedra ou doença da vesícula biliar	2	1
5.2 Lesão nos braços/mãos	2	1	5.22 Doença do pâncreas ou do fígado	2	1
5.3 Lesão nas pernas/pés	2	1	5.23 Úlcera gástrica ou duodenal	2	1
5.4 Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão? _____	2	1	5.24 Gastrite ou irritação duodenal	2	1
5.5 Doença da parte superior das costas ou região do pescoço com dores frequentes	2	1	5.25 Colite ou irritação do cólon	2	1
5.6 Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	2	1	5.26 Outra doença digestiva? Qual ?	2	1
5.7 Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2	1	5.27 Infecção das vias urinárias	2	1
5.8 Doença músculo-esquelética que afeta membros (braços e pernas) com dores frequentes	2	1	5.28 Doença dos rins	2	1
5.9 Outra doença músculo-esquelética. Qual? _____	2	1	5.29 Doença nos genitais e aparelho reprodutor (ex. problema nas trompas ou na próstata)	2	1
5.10 Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)	2	1	5.30 Outra doença geniturinária. Qual? _____	2	1
5.11 Trombose coronariana	2	1	5.31 Alergia, eczema	2	1
5.12 Insuficiência cardíaca	2	1	5.32 Outra erupção. Qual? _____	2	1
5.13 Outra doença cardiovascular. Qual? _____	2	1	5.33 Outra doença de pele. Qual? _____	2	1
5.14 Infecções repetidas do trato respiratório (inclusive amigdalite, sinusite aguda, bronquite aguda) _____	2	1	5.34 Obesidade	2	1
5.15 Tuberculose pulmonar	2	1	5.35 Bócio ou outra doença da tireóide	2	1
5.16 Outra doença respiratória. Qual? _____	2	1	5.36 Outra doença endócrina ou metabólica. Qual? _____	2	1
5.17 Problema ou diminuição da audição	2	1	5.37 Anemia	2	1
5.18 Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)	2	1	5.38 Outra doença do sangue. Qual? _____	2	1
5.19 Doença neurológica (neuralgia, epilepsia)	2	1	5.39 Defeito de nascimento. Qual? _____	2	1
5.20 Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. Qual? _____	2	1	5.40 Outro problema ou doença. Qual? _____	2	1

6. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (Pode ser marcada mais de uma resposta nessa pergunta) (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)							
6	<input type="checkbox"/>	Não há impedimento / eu não tenho doenças				6	
5	<input type="checkbox"/>	Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas				5	
4	<input type="checkbox"/>	Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho				4	
3	<input type="checkbox"/>	Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho				3	
2	<input type="checkbox"/>	Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial				2	
1	<input type="checkbox"/>	Em minha opinião, estou totalmente incapacitado para trabalhar				1	
7. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de, daqui a 2 anos , fazer seu trabalho atual? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)			1 <input type="checkbox"/>	É improvável		ICT7	
			4 <input type="checkbox"/>	Não estou muito certo			
			7 <input type="checkbox"/>	Bastante provável			
8. MOSTRE O CARTÃO DE APOIO							
		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	
8.1	Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?	4	3	2	1	0	ICT81
8.2	Recentemente você tem se sentido ativo e alerta?	4	3	2	1	0	ICT82
(Ler as alternativas para o entrevistado)		Continua mente	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	
8.3	Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?	4	3	2	1	0	ICT83

BLOCO 7 – VARIÁVEIS RELACIONADAS À VIOLÊNCIA

Agora vamos conversar sobre situações de violência que você vivenciou ou que soube que ocorreram em sua atividade profissional.

1. Em sua atividade profissional, qual destas <u>OCORRERAM NA ESCOLA</u> nos últimos 12 meses? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)						
ATENÇÃO: CONSIDERE <u>VIOLÊNCIA</u> OCORRIDA NOS <u>ÚLTIMOS 12 MESES</u>		Não/ Ne nhuma	1 caso	2 casos	3 ou mais casos	
1.1	Depredações, vandalismo, pichações ou quebra de móveis/equipamento	0	1	2	3	V11
1.2	Roubo ou furto de material, equipamentos ou móveis da(s) da(s) escola(s)	0	1	2	3	V12
1.3	Roubo ou furto de objetos pessoais ou dinheiro dos alunos ou de seus colegas ou funcionários	0	1	2	3	V13
1.4	Agressão física ou tentativa de agressão física contra professores, funcionários ou alunos	0	1	2	3	V14
1.5	Agressão ou tentativa de agressão com faca ou objeto cortante contra professores, funcionários ou alunos	0	1	2	3	V15
1.6	Agressão ou tentativa de agressão com arma de fogo contra professores, funcionários ou alunos	0	1	2	3	V16
1.7	Exposição à situações humilhantes e constrangedoras, como insultos ou gozações, entre professores, funcionários ou superiores? (<i>quantos colegas nos últimos 12 meses?</i>)	0	1	2	3	V17
1.8	<i>Bullying</i> (atitudes agressivas, intencionais e repetidas adotadas por um aluno ou mais contra outro(s) - (<i>quantos casos nos últimos 12 meses?</i>))	0	1	2	3	V18
1.9	Aconteceu outro tipo de violência física ou psicológica na escola que chamou sua atenção? Se sim, qual? _____	0	1	2	3	V19

Agora falaremos sobre situações de violência que ocorreram contra você na(s) escola(s) em que atua ou atuou:

2. Violência sofrida pelo professor <u>EM SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL</u> (Admite mais de uma possibilidade) (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)					
	Não	Sim, há menos de 12 meses	Sim, há 12 meses ou mais		
2.1	Você já teve seus pertences ou dinheiro roubados, furtados ou danificados?	0	1	2	V21
2.2	Você já recebeu insultos ou gozações de seus alunos?	0	1	2	V22

	Não	Sim, há menos de 12 meses	Sim, há 12 meses ou mais	
2.3 Você já se sentiu exposto à situações humilhantes e constrangedoras, como insultos ou gozações de outros professores, funcionários ou superiores?	0	1	2	V23
2.4 Você já se sentiu assediado sexualmente na sua atividade profissional?	0	1	2	V24
2.5 Você já foi ameaçado durante o seu trabalho de professor(a)? (<i>ameaças à integridade física, a familiares, etc</i>)	0	1	2	V25
2.6 Você já sofreu agressão física ou tentativa de agressão física no seu trabalho como professor(a)? (<i>corporal ou com objetos/mobília</i>)	0	1	2	V26
2.7 Você já sofreu agressão ou tentativa de agressão com faca ou outro objeto cortante no seu trabalho como professor(a)? (<i>canivete, tesoura, etc</i>)	0	1	2	V27
2.8 Você já sofreu agressão ou tentativa de agressão com arma de fogo no seu trabalho como professor(a)?	0	1	2	V28
2.9 Você já sofreu outro tipo de violência física ou psicológica na escola? Se sim, qual? _____	0	1	2	V29
3. Violência sofrida pelo professor FORA DA ESCOLA (Admite mais de uma possibilidade) (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)				
	Não	Sim, há menos de 12 meses	Sim, há mais de 12 meses	
3.1 Você já foi ameaçado ou assaltado mediante uso de arma branca (faca ou outro objeto cortante) em outros locais fora da escola?	0	1	2	V31
3.2 Você já foi ameaçado ou assaltado mediante uso de arma de fogo em outros locais fora da escola?	0	1	2	V32
3.3 Você já sofreu outro tipo de violência física ou psicológica fora da escola? Se sim, qual? _____	0	1	2	V33

E quanto ao seu vínculo com a comunidade e com os pais dos alunos da(s) escola(s) em que trabalha, me diga:

4. Como você classificaria esse(s) vínculo(s)? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)						
	Ótimo / Bom	Regular	Ruim	Inexistente	Não se aplica	
4.1 Local de trabalho I	1	2	3	4	-	VEP1
4.2 Local de trabalho II	1	2	3	4	5	VEP2
4.3 Local de trabalho III	1	2	3	4	5	VEP3

PERGUNTA FINAL			
8. Dada a importância da sua participação neste estudo, poderíamos contar com a sua colaboração novamente dentro de alguns meses ou dentro de alguns anos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se SIM , preencha o quadro abaixo	PFINAL
INFORMAÇÕES PARA CONTATO			
Endereço residencial:			
Telefone (s):	Residencial:	Celular:	
E-mail 1:			
E-mail 2:			
Contato 1:	Parentesco:	Telefone:	
Contato 2:	Parentesco:	Telefone:	
Contato 3:	Parentesco:	Telefone:	

MUITO OBRIGADO(A) PELA PARTICIPAÇÃO!



SAÚDE, ESTILO DE VIDA E TRABALHO DE PROFESSORES DA REDE PÚBLICA DO PARANÁ
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DIGITADO 1ª () 2ª ()

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Número:					Entrevistador:
---------	--	--	--	--	----------------

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Você está recebendo um questionário com perguntas referentes aos seus sentimentos em relação ao seu trabalho. Em cada uma das questões, assinale o número correspondente a alternativa que mais se aproxima dos seus sentimentos.

Por favor, responda **TODAS AS QUESTÕES** no campo "GABARITO", na margem direita das folhas.

ESCALA 1

				GABARITO
Questão 1.1 Em geral você diria que sua saúde é:	1 <input type="checkbox"/> Excelente		4 <input type="checkbox"/> Ruim	SF1
	2 <input type="checkbox"/> Muito boa		5 <input type="checkbox"/> Muito ruim	
	3 <input type="checkbox"/> Boa			

Questão 1.2 Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quanto?	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum	GABARITO
1.2.1 Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3	SF2A
1.2.2 Subir vários lances de escada	1	2	3	SF2B

Questão 1.3 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?	Sim	Não	GABARITO
1.3.1 Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	SF3A
1.3.2 Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2	SF3B

Questão 1.4 Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso).	Sim	Não	GABARITO
1.4.1 Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	SF4A
1.4.2 Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2	SF4B

Questão 1.5 Durante as últimas 4 semanas, quanto a presença de dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?	1 <input type="checkbox"/> De maneira alguma	4 <input type="checkbox"/> Bastante 5 <input type="checkbox"/> Extremamente	GABARITO SF5
	2 <input type="checkbox"/> Um pouco 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente		

Questão 1.6 Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas.	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algu ma parte do tempo	Uma peque na parte do tempo	Nunca	GABARITO
1.6.1 Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6	SF6A
1.6.2 Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6	SF6B
1.6.3 Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6	SF6C

Questão 1.7 Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?	1 <input type="checkbox"/> Todo tempo	4 <input type="checkbox"/> Uma pequena parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> Nenhuma parte do tempo	GABARITO SF7
	2 <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> Alguma parte do tempo		

ESCALA 2					GABARITO
Assinale o número correspondente a sua resposta no quadro abaixo:					
	Frequen temente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca	
2.1 Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	4	3	2	1	E1
2.2 Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	4	3	2	1	E2
2.3 Seu trabalho exige demais de você?	4	3	2	1	E3
2.4 Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	4	3	2	1	E4
2.5 O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	4	3	2	1	E5
2.6 Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	4	3	2	1	E6
2.7 Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	4	3	2	1	E7
2.8 Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	4	3	2	1	E8
2.9 No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	4	3	2	1	E9
	Frequen temente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca	GABARITO

2.10 Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	4	3	2	1	E10
2.11 Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	4	3	2	1	E11
Atenção, agora as opções de resposta mudaram, conforme tabela a seguir:					GABARITO
Afirmações:	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente	
2.12 Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho	4	3	2	1	E12
2.13 No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros	4	3	2	1	E13
2.14 Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho	4	3	2	1	E14
2.15 Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem	4	3	2	1	E15
2.16 No trabalho eu me relaciono bem com os meus chefes	4	3	2	1	E16
2.17 Eu gosto de trabalhar com os meus colegas	4	3	2	1	E17

ESCALA 3						GABARITO
	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente	
3.1 Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	1	2	3	4	5	B1
3.2 Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	1	2	3	4	5	B2
3.3 Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	1	2	3	4	5	B3
3.4 Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender	1	2	3	4	5	B4
3.5 Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	1	2	3	4	5	B5
3.6 Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	1	2	3	4	5	B6
3.7 Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	1	2	3	4	5	B7
3.8 Sinto que meu trabalho está me desgastando.	1	2	3	4	5	B8
3.9 Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho.	1	2	3	4	5	B9
3.10 Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	1	2	3	4	5	B10
3.11 Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	1	2	3	4	5	B11
	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente	GABARITO

3.12 Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho.	1	2	3	4	5	B12
3.13 Sinto-me frustrado com meu trabalho.	1	2	3	4	5	B13
3.14 Sinto que estou trabalhando demais.	1	2	3	4	5	B14
3.15 Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	1	2	3	4	5	B15
3.16 Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	1	2	3	4	5	B16
3.17 Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.	1	2	3	4	5	B17
3.18 Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	1	2	3	4	5	B18
3.19 Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	1	2	3	4	5	B19
3.20 Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	1	2	3	4	5	B20
3.21 No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	1	2	3	4	5	B21
3.22 Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas.	1	2	3	4	5	B22

ESCALA 4							GABARITO
	Enorme Satisfação	Muita Satisfação	Alguma Satisfação	Alguma Insatisfação	Muita Insatisfação	Enorme insatisfação	
4.1 Comunicação e forma de fluxo de informações na instituição em que você trabalha	6	5	4	3	2	1	ST1
4.2 Seu relacionamento com outras pessoas na instituição em que trabalha	6	5	4	3	2	1	ST2
4.3 O sentimento que você tem a respeito de como seus esforços são avaliados	6	5	4	3	2	1	ST3
4.4 O conteúdo do trabalho que você faz	6	5	4	3	2	1	ST4
4.5 O grau em que você se sente motivado por seu trabalho	6	5	4	3	2	1	ST5
4.6 Oportunidades pessoais em sua carreira atual	6	5	4	3	2	1	ST6
4.7 O grau de segurança no seu emprego atual	6	5	4	3	2	1	ST7
4.8 O quanto você se identifica com a imagem externa ou realizações da instituição em que trabalha	6	5	4	3	2	1	ST8
4.9 O estilo de supervisão que seus superiores usam	6	5	4	3	2	1	ST9
	Enorme Satisfação	Muita Satisfação	Alguma Satisfação	Alguma Insatisfação	Muita Insatisfação	Enorme insatisfação	GABARITO

4.10 A forma pela qual mudanças e inovações são implementadas	6	5	4	3	2	1	ST10
4.11 O tipo de tarefa e o trabalho em que você é cobrado	6	5	4	3	2	1	ST11
4.12 O grau em que você sente que você pode crescer e se desenvolver em seu trabalho	6	5	4	3	2	1	ST12
4.13 A forma pela qual os conflitos são resolvidos	6	5	4	3	2	1	ST13
4.14 As oportunidades que seu trabalho lhe oferece no sentido de você atingir suas aspirações e ambições	6	5	4	3	2	1	ST14
4.15 O seu grau de participação em decisões importantes	6	5	4	3	2	1	ST15
4.16 O grau em que a instituição absorve as potencialidades que você julga ter	6	5	4	3	2	1	ST16
4.17 O grau de flexibilidade e de liberdade que você julga ter em seu trabalho	6	5	4	3	2	1	ST17
4.18 O clima psicológico que predomina na instituição em que você trabalha	6	5	4	3	2	1	ST18
4.19 Seu salário em relação à sua experiência e à responsabilidade que tem	6	5	4	3	2	1	ST19
4.20 A estrutura organizacional da instituição em que você trabalha	6	5	4	3	2	1	ST20
4.21 O volume de trabalho que você tem para desenvolver	6	5	4	3	2	1	ST21
4.22 O grau em que você julga estar desenvolvendo suas potencialidades na instituição em que trabalha	6	5	4	3	2	1	ST22

O questionário está terminando! As perguntas a seguir são para a caracterização social e demográfica.

Por favor, **COLOQUE O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA NO GABARITO**, na margem direita da folha.

5. CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E DEMOGRÁFICA		GABARITO
5.1 Qual é a sua situação conjugal?	1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> União Consensual 3 <input type="checkbox"/> Casado 4 <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado 5 <input type="checkbox"/> Viúvo	CONJ
5.2 Você se considera da cor ou raça:	1 <input type="checkbox"/> Amarela 2 <input type="checkbox"/> Branca 3 <input type="checkbox"/> Indígena 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Preta	COR
5.3 Você segue alguma religião?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	RELIG
5.4 Qual o seu grau de instrução?	1 <input type="checkbox"/> Magistério 2 <input type="checkbox"/> Bacharel e Licenciatura 3 <input type="checkbox"/> Pós-Graduação (Especialização) 4 <input type="checkbox"/> Pós-Graduação (Mestrado) 5 <input type="checkbox"/> Pós-Graduação (Doutorado) 6 <input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____	GRAINST
5.5 Qual o número de pessoas que moram com você? (EXCETO VOCÊ)		FAMIL R: _____

<p>5.6 Qual a renda mensal familiar aproximada (<i>Soma dos salários e de outros tipos de renda recebidos pelas pessoas que convivem na sua residência</i>)?</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> De R\$ 600,00 até R\$1.500,00 2 <input type="checkbox"/> De R\$ 1.501,00 até R\$ 2.000,00 3 <input type="checkbox"/> De R\$ 2.001,00 até R\$ 3.000,00 4 <input type="checkbox"/> De R\$ 3.001,00 até R\$ 5.000,00 5 <input type="checkbox"/> De R\$ 5 .001,00 até R\$ 7.000,00 6 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 7.000,00</p>	<p>REND</p>
<p>5.7 Você mora:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Casa/Apartamento próprio quitado 2 <input type="checkbox"/> Casa/Apartamento próprio financiado</p>	<p>3 <input type="checkbox"/> Casa/Apartamento alugado 4 <input type="checkbox"/> Outra. Especificar: _____</p>	<p>MORA</p>

MUITO OBRIGADO(A) PELA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO B

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



Saúde, estilo de vida e trabalho de professores da
rede estadual de Londrina

Manual do Entrevistador

Caro(a) Entrevistador(a),

O Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina está desenvolvendo o projeto "Saúde, estilo de vida e trabalho de professores da Rede Pública do Paraná (PRÓ-MESTRE)".

A motivação para o estudo surgiu diante da percepção de que os professores desempenham um papel imprescindível para a sociedade, mas pouca atenção tem sido dada para a sua condição de saúde e qualidade de vida. Assim, uma equipe de professores e estudantes de pós-graduação da UEL elaborou um projeto cujo objetivo principal será o de identificar as condições de saúde e de estilo de vida dos professores, além de outros aspectos que poderiam estar relacionados com o seu processo de trabalho.

Com isso, entende-se que será possível identificar meios para melhorar a qualidade de vida e a satisfação com o trabalho, tanto em orientações aos professores como na produção de informações que possam subsidiar políticas públicas direcionadas a esses profissionais.

O trabalho do(a) entrevistador(a) é fundamental para que esta pesquisa se realize. Por isso, o presente manual contém informações básicas sobre a pesquisa, seus objetivos, bem como responsabilidades do entrevistador e instruções para aplicação e preenchimento do questionário.

Desde já, agradecemos sua importante participação nessa pesquisa.

Bom trabalho!

Equipe do PRÓ-MESTRE

EQUIPE EXECUTORA DO PRÓ-MESTRE

Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas – Coordenador do projeto – Cirurgião-Dentista/UNESP, Mestre em Saúde Coletiva/UEL, Mestre em Métodos Quantitativos de Pesquisa em Epidemiologia/UAM/Madri/Espanha, Doutor em Medicina Preventiva e Saúde Pública/UAM/Madri, Espanha. Docente do Departamento de Saúde Coletiva/UEL.

Prof^a. Dr^a. Selma Maffei de Andrade – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Doutora em Saúde Pública/FSP-USP, Docente do Departamento de Saúde Coletiva/UEL.

Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarría Cabrera – Colaborador – Médico Geriatra, Doutor em Ciências da Saúde/USP, Docente do Departamento de Clínica Médica/UEL.

Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Doutora em Saúde Coletiva/UNICAMP, Docente do Departamento de Saúde Coletiva/UEL.

Prof. Dr. Alberto Durán González – Colaborador – Farmacêutico e Bioquímico/UEL, Doutor em Saúde Coletiva/UEL, Docente do Departamento de Saúde Coletiva/UEL.

Prof. Ms. Edmarlon Giroto – Colaborador – Farmacêutico e Bioquímico/UEL, Mestre em Saúde Coletiva/UEL, Doutorando em Saúde Coletiva/UEL, Docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas/UEL.

Prof^a. Dr^a. Mara Solange Gomes Dellaroza – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto/USP, Docente do Departamento de Enfermagem/UEL.

Ms. Marcela Maria Birolim – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Mestre em Saúde Coletiva/UEL, Doutoranda em Saúde Coletiva/UEL.

Alessandra Domingos Silva – Colaboradora – Farmacêutica e Bioquímica/UEL, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UEL.

Ana Luisa Dias – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Participação na concepção do projeto, na elaboração do instrumento de coleta de dados.

Francine Nesello – Colaboradora – Biomédica/UEL, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Natalia Paludeto Guerreiro – Colaboradora – Enfermeira/UEL, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Renne Rodrigues – Colaborador – Farmacêutico e Bioquímico/UEL, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

ATRIBUIÇÕES MEMBROS PRÓ-MESTRE

EQUIPE COORDENADORA

- Apoiar as coordenadoras de escolas nas ações de sensibilização e apresentação do projeto com os diretores e professores.
- Coordenar o processo de divulgação e sensibilização.
- Apoiar as equipes nas ações que se fizerem necessárias.
- Agendar reuniões periódicas de acompanhamento da coleta.

COORDENADORAS DE ESCOLAS

- Primeira abordagem na escola com os diretores.
- Solicitar lista dos professores com identificação das horas atividades.
- Sensibilizar os professores para a pesquisa.
- Agendar as entrevistas de acordo com a disponibilidade dos professores e dos entrevistadores.
- Realizar entrevistas sem que haja prejuízo às atividades de agendamento.
- Apoiar os coordenadores de equipes e os entrevistadores em suas atividades, especialmente em casos não previstos no manual do entrevistador.
- Receber, checar e encaminhar para a equipe coordenadora os instrumentos preenchidos semanalmente.

COORDENADORES DE EQUIPES

- Solicitar a disponibilidade de horário dos estudantes de suas equipes.
- Enviar à coordenadora de escola os horários disponíveis para agendamento de acordo com a sua própria disponibilidade e com a de sua equipe de estudantes.

- Realizar entrevistas quando estas forem agendadas.
- Apoiar e supervisionar o trabalho dos estudantes de sua equipe.
- Fornecer os instrumentos/TCLE para os estudantes de sua equipe.
- Verificar o preenchimento correto dos instrumentos/TCLE e preencher o gabarito dos formulários for seus estudantes.
- Encaminhar para a coordenadora de escola, semanalmente, os instrumentos/TCLE preenchidos e checados.
- Apoiar os coordenadores de escola e os entrevistadores em suas atividades, especialmente em casos não previstos no manual do entrevistador.

ENTREVISTADORES

- Enviar ao coordenador de equipe os horários disponíveis para agendamento de acordo com a sua disponibilidade de forma sistemática e sempre que houver alguma alteração do informe anterior.
- Realizar as entrevistas agendadas.
- Checar o bom preenchimento das informações dos instrumentos antes de entregar os instrumentos/TCLE.
- Entregar os instrumentos/TCLE preenchidos e checados, preferencialmente para os coordenadores de equipes, com possibilidade de entrega para o coordenador da escola.
- Apoiar os coordenadores de escola e os coordenadores de equipe em suas atividades quando solicitado, especialmente em casos não previstos no manual do entrevistador.

SUMÁRIO

	Página
1	INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA 6
1.1	Objetivos da pesquisa 6
2	ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ENTREVISTA 6
2.1	Recomendações ao entrevistador 7
2.2	Orientações prévias à entrevista 7
2.3	Orientações durante a entrevista 8
2.4	Preenchimento do formulário 10
2.5	Preenchimento do questionário 11
2.6	Casos especiais 12
2.6.1	Recusas 12
2.6.2	Perdas 13
3	INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO 13
3.1	Bloco 1 Variáveis relacionadas ao trabalho I 13
3.2	Bloco 3 Variáveis relacionadas aos hábitos de vida 15
3.3	Bloco 4 Conhecimentos em Saúde 17
3.4	Bloco 5 Variáveis relacionadas às condições de saúde 17
3.5	Bloco 6 Variáveis relacionadas ao Trabalho II 20
3.6	Bloco 7 Variáveis relacionadas à violência 21
4	INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO .. 23
5	INFORMAÇÕES SOBRE AS ESCOLAS PARTICIPANTES 24
5.1	Escolas de Cambé (PR) 25
5.2	Escolas de Londrina (PR) 25
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 26

1. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

1.1 OBJETIVOS DA PESQUISA

1. Caracterizar os professores quanto às atividades profissionais, situação sócio econômica e demográfica, condições de saúde física e mental, hábitos do estilo de vida, capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse ocupacional.
2. Relacionar o ambiente e as condições de trabalho com a capacidade para o trabalho, estresse ocupacional e absenteísmo.
3. Analisar a associação da qualidade de vida relacionada com a saúde com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
4. Analisar a associação entre distúrbios na duração e na qualidade do sono com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
5. Analisar a associação entre depressão, ansiedade e síndrome de Burnout com a
5. Analisar a associação entre depressão, ansiedade e síndrome de Burnout com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
6. Examinar a relação entre dor crônica e condição vocal com a capacidade para o trabalho.
7. Investigar a relação da atividade física, dos hábitos alimentares e do consumo de tabaco e álcool com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
8. Descrever o perfil dos professores quanto à sua alfabetização funcional em saúde, e investigar sua possível relação com o estado de saúde e com o processo de trabalho docente.

2. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A ENTREVISTA

A seguir seguem orientações gerais sobre como abordar os sujeitos e proceder na entrevista. Estas orientações são muito importantes por representarem um código de conduta do entrevistador. Informações específicas serão apresentadas mais adiante.

2.1 RECOMENDAÇÕES AO ENTREVISTADOR:

- Cumpra o horário estabelecido para a realização da entrevista. Atrasar é desrespeitar o candidato.
- Tenha bom senso no vestir;
- Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um entrevistado;
- Desligue seu celular ou mantenha o mesmo no modo silencioso. Atender a uma chamada durante a entrevista é sinal de menosprezo.
- Procure apresentar-se de forma simples e sem exageros, evitando constrangimentos ou recusas;
- Mantenha discrição, falando baixo. Não há sentido em dizer que a pesquisa é sigilosa e fazer as perguntas em voz alta;
- Tenha paciência;
- Não demonstre preconceito, mantenha sempre o mesmo tom para as diferentes questões, e evitando manifestação de opiniões próprias através de risos, comentários, olhares de censura, etc;
- A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas;
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo, e a primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.

USE SEMPRE SEU CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO E JALECO

2.2 ORIENTAÇÕES PRÉVIAS À ENTREVISTA:

A. Verifique se está com todo o material necessário para a correta aplicação do instrumento:

- Caneta;
- Crachá de identificação;
- Jaleco;

- Carteira de identidade;
- Instrumento (formulário e questionário);
- Termos de consentimento livre e esclarecido;
- Manual de instruções;
- Água mineral

B. Ao chegar à escola, apresente-se dizendo, por exemplo: “Boa tarde! Sou aluno da Universidade Estadual de Londrina e faço parte de uma pesquisa sobre “Saúde, estilo de vida e trabalho de professores da Rede Pública do Paraná (PRÓ-MESTRE)”, e em seguida peça para falar com o diretor ou responsável imediato para o contato com os entrevistados.

C. Ao ser atendido pelo diretor ou responsável imediato, apresente-se novamente e identifique-se mostrando o crachá (carteirinha). Apresente-se em seguida ao professor e inicie a entrevista no local indicado pelo diretor ou responsável.

D. Ao final da entrevista verifique se todas as perguntas da página foram respondidas. Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar ao local da entrevista para obtê-la

NUNCA DEIXE NENHUMA RESPOSTA EM BRANCO

E. Os termos e formulários devem ser mantidos juntos e entregues no NESCO até prazo estipulado, para posterior digitação.

2.3 ORIENTAÇÕES DURANTE A ENTREVISTA:

- Informe, de forma clara e breve, os objetivos da pesquisa e esteja preparado para responder perguntas relativas aos mesmos;
- Procure despertar o interesse em fornecer os dados requeridos, esclarecendo a importância das informações para a pesquisa;

- Deixe bem claro que a entrevista é de caráter sigiloso e que as informações são absolutamente confidenciais (isto significa que nomes e endereços não serão identificados na análise e divulgação dos resultados);
- Evite fazer qualquer comentário a respeito de outras entrevistas já realizadas;
- Apresente ao entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e informe que isto é apenas um requisito da pesquisa, garantindo a ela o sigilo de todas as informações colhidas. Se necessário ou solicitado, leia-o ao entrevistado;
- Lembre à pessoa que ela tem o telefone do responsável pela Pesquisa no (TCLE) e poderá ligar para esclarecer qualquer dúvida;
- Trate os entrevistados por “Senhor (a)”, e sempre com respeito. Só mude este tratamento se a própria pessoa pedir para ser tratada de outra forma.
- Chame o entrevistado sempre pelo nome (por ex. Senhora Maria). Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado, pois é uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do mesmo;
- Procure estabelecer um clima de cordialidade durante a entrevista, mas evite que a pessoa se desvie do roteiro com assuntos controvertidos ou alheios ao questionário.
- Demonstre segurança no manuseio do formulário e dos assuntos que nele constam, o que implica em estudo prévio do mesmo, eliminando quaisquer dúvidas;
- Comentários a respeito das entrevistas não devem ser realizados em qualquer lugar público, mesmo com um colega de pesquisa;
- Comentários sobre dúvidas e problemas que surgiram durante a aplicação dos instrumentos devem ser feitos apenas com os responsáveis pela pesquisa, em local reservado e em tom de voz baixo;
- Tente conduzir a entrevista distante de outras pessoas, possibilitando que o entrevistado responda às questões livremente;

- Ao final da entrevista, antes de liberar o entrevistado, revisar rapidamente os instrumentos. Isto dura alguns segundos e melhora muito a qualidade da informação;
- Após a conferência dos instrumentos, agradeça ao entrevistado pela sua participação e coloque-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

**ENTRE EM CONTATO COM OS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA
SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS**

2.4 PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO:

- Cuide bem de seus formulários. Use sempre uma base fixa na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista;
- **Os formulários devem ser preenchidos à caneta;**
- **Não esquecer de colocar o seu nome no campo 'entrevistador', presente na primeira página do instrumento, mas ATENÇÃO este campo só deverá ser preenchido quando a entrevista for realizada.**
- Faça as perguntas, conforme apresentadas no formulário;
- Evite omissões, improvisações e alterações das perguntas. O êxito de uma pesquisa depende em grande parte da forma como as questões foram formuladas;
- Se o professor não entender a pergunta, explique o conteúdo da questão do modo que você achar mais adequado para o entrevistado entender sem, contudo, mudar o sentido da mesma ou induzir a alguma resposta;
- Não faça comentários sobre o que se pretende obter através das respostas;
- A ordem das questões deverá ser sempre respeitada para evitar distorções. Não a altere;

- **Jamais sugira, induza ou antecipe respostas a qualquer questão,** por mais tempo que o entrevistado requeira para entender ou respondê-la. São as causas mais freqüentes de erros;
- Mantenha a mão o seu manual de instruções e consulte-o, se necessário, durante a entrevista. Caso o manual não tenha esclarecido a dúvida, entrar em contato com seu supervisor de campo.
- As letras e os números devem ser escritos de maneira absolutamente legível, sem deixar dúvidas. Lembre-se: tudo isto vai ser relido e digitado;
- De preferência, use letra de forma;
- Não use abreviaturas ou siglas, a não ser que tenham sido orientadas no manual;
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta;
- Não registre a resposta se não estiver absolutamente seguro de ter entendido o que foi dito pelo entrevistado;
- Nunca confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista;
- Use o campo observação (página 1) do formulário para escrever tudo o que considerar importante, para discutir posteriormente com o coordenador da equipe.
- Caso a entrevista não possa ser realizada por algum motivo, o instrumento deverá ser entregue ao coordenador de equipe para o reagendamento, **NÃO ESQUECER QUE NESTE CASO VOCÊ NÃO DEVERÁ COLOCAR SEU NOME NO CAMPO 'ENTREVISTADOR'**

2.5 PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO:

- Entregue o questionário ao professor;
- Oriente o preenchimento à caneta e de preferência com letra de forma;

- Se o professor não entender alguma questão, explique o conteúdo da mesma do modo que você achar mais adequado para que ele possa entender sem, contudo, mudar o sentido ou induzir a alguma resposta;
- Não faça comentários sobre o que se pretende obter através das respostas;
- Reforçar que o questionário é de caráter sigiloso e que as informações são absolutamente confidenciais.

2.6 CASOS ESPECIAIS:

Casos de perda, recusa ou exclusão **CONTABILIZAM** a cota de entrevistados.

2.6.1 Recusa:

- A recusa ocorre quando a pessoa não aceita participar da entrevista;
- Ela pode acontecer por vários motivos, porém, mesmo que ela ocorra, mantenha sempre uma atitude cortês;
- Pode acontecer uma recusa circunstancial, como por exemplo, a pessoa não pode atender naquele momento específico, mas aceita agendar outra visita para a entrevista. Neste caso, deixe a visita agendada, agradeça e retorne no outro dia. **OBS: esse caso não contará como recusa.**
- Para aqueles que recusarem participar da pesquisa, o entrevistador deverá registrar na página inicial a data da visita e o motivo correspondente. Anexe o questionário junto a esse formulário (para diminuir a possibilidade de erros, os instrumentos serão entregues aos entrevistadores com o cabeçalho do formulário e com a numeração identificadora do questionário preenchidas previamente).
- Mesmo diante de uma recusa, agradeça a atenção, anote corretamente na planilha a situação e siga para a próxima entrevista.
- O entrevistado pode ainda se negar a responder perguntas específicas do formulário e questionário. Nesses casos, anote quais foram às questões na página inicial no campo “observações”.

QUANTO MAIS CLARAS E COMPLETAS AS INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA, MENORES AS CHANCES DE RECUSA.

2.6.2 Perdas:

- É considerado perda quando o professor não for encontrado após **cinco** tentativas de entrevista em dias, horários e locais distintos.

3. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

3.1 BLOCO 1 – VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO I

Este bloco está subdividido em perguntas relacionadas ao trabalho, vínculos de trabalho, perfil do ambiente e condições de trabalho, percepção de cargas de trabalho, absenteísmo e utilização dos serviços de saúde.

OBS: Para as questões 10 e 12, caso o professor possua dois vínculos com escolas estaduais diferentes, deverá ser considerada, prioritariamente, a escola que passa a maior parte do tempo e secundariamente, no caso de possuir dois vínculos com cargas horárias iguais, considerar a escola que o professor trabalha há mais tempo. Anotar na questão 9 qual o critério utilizado.

Questão 10: para cada item, mostrar o cartão de apoio correspondente à questão e solicitar que o entrevistado escolha uma dentre as seguintes respostas: ruim, regular, bom (boa), excelente, e em seguida assinale a resposta de acordo com o número correspondente na legenda.

Questão 12: Ao iniciar a questão, diga o seguinte: “agora vou fazer perguntas sobre o quanto que as cargas de trabalho em que o senhor é exposto diariamente, afeta a sua saúde física e/ou mental. Para cada item de cada tipo de carga, mostrar o cartão de apoio e solicitar que o entrevistado escolha uma dentre as seguintes respostas: não afeta, afeta pouco e afeta muito, e em seguida assinale a resposta de acordo com o número correspondente na legenda.

Cargas de trabalho são exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho que podem gerar, ao longo do tempo, desgaste do trabalhador. Elas são divididas em: cargas físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas (FACCHINI, 1993).

Questão 12.4: tanto as condições para carregar o material didático, quanto as condições para carregar o material áudio-visual, se referem ao peso dos materiais, esforço necessário para carregá-los, ou até mesmo alguns professores não tem nem mesmo condições de carregá-los, e com isso ele vai responder o quanto esses esforços afetam a sua saúde.

Questão 12.6: nesta questão, avaliaremos o quanto as cargas psíquicas (geralmente fonte de estresse), afetam a saúde mental e até mesmo física dos professores. Por ex: se o ritmo e a intensidade do trabalho para ele for grande, provavelmente ele responderá que afeta muito “sua saúde”, por outro lado, se não for tão intenso assim, poderá não afetar ou afetar pouco. Esse raciocínio deverá ser feito para as demais alternativas dessa questão. **Atenção: não induzir respostas!!**

OBS: caso ele não tenha que carregar o material, não utiliza giz e sim pincel atômico, ou qualquer outra alternativa que ele não esteja exposto a esse tipo de carga, a resposta será não afeta.

Questões 14 a 17: não considerar rotinas de pré-natal, licença maternidade/paternidade ou licença prêmio.

Questão 17: considerar apenas dias inteiros de trabalho para as faltas. Por exemplo: professor que trabalha apenas no período da manhã, se o mesmo faltar neste período será considerado um dia inteiro, porém se ele trabalha nos períodos da manhã e tarde e faltar apenas em um dos dois períodos, não considerar dia inteiro.

3.2 BLOCO 3 – VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA

Este bloco está subdividido em perguntas relacionadas a atividades físicas, tabagismo, consumo de álcool, consumo de café e condutas alimentares.

Questão 2: Sobre as atividades físicas que o entrevistado pratica, primeiramente perguntar o nome da atividade, em seguida quantas vezes por semana realiza (assinalar em dias) e após quanto tempo por dia (a duração deve ser preenchida sempre em minutos, por exemplo, caso o sujeito responda uma (1) hora e meia, deve-se assinalar 90 minutos). Em seguida pergunte se realiza outra atividade, se sim siga o modo explicado para quantas atividades realizar, se não realizar mais nenhuma atividade passe para a próxima questão.

Questão 5.1: nesta questão, pedir para o entrevistado calcular aproximadamente os minutos gastos com ida e volta, e somar. Caso utilize os dois meios para se locomover, some o total, não é necessário descrever que meio utiliza.

Questão 6: sobre o tempo que assiste televisão, primeiramente pergunte quantas horas e/ou minutos assiste nos dias de semana e depois quantas horas e/ou minutos assiste no final de semana.

Questão 7: sobre o tempo que utiliza o computador, primeiramente pergunte quantas horas e/ou minutos utiliza nos dias de semana e depois quantas horas e/ou minutos utiliza no final de semana.

Questão 8: solicitar ao entrevistado para calcular aproximadamente as horas que permanece sentado. Caso ele responda o tempo todo e trabalha 8h por dia, anotar 8h. Caso ele responda, por exemplo, que fica metade do tempo sentado, e metade do tempo em pé e trabalha 8h horas por dia, anotar 4h para cada questão.

Questão 9: pedir para o entrevistado calcular aproximadamente as horas que fica em pé. Caso ele responda o tempo todo e trabalha 8h por dia, anotar 8h.

Questão 10: considerar fumante = Independente se fuma um cigarro ou um maço de cigarros; considerar ex-fumante = Independente de quando parou de fumar.

Questão 11: não levar em consideração a medida consumida.

Questão 12: sobre o consumo de café, fazer a pergunta e não ler as alternativas, conforme a resposta do entrevistado assinalar a alternativa referente. Caso ele não saiba como responder, pergunte quantas vezes por mês, ou por semana ou por dia. Não levar em consideração a medida consumida.

Questão 13: Para cada item, mostrar o cartão de apoio correspondente a questão e solicitar que o entrevistado escolha uma dentre as alternativas apresentadas.

Questão 13.1: para esta questão, comer na casa de outros ou comer marmita em outro local, mesmo que levadas de casa ainda são consideradas comer fora de casa.

Questão 13.4: considerar bebidas industrializadas como “sucos de saquinho”, sucos de caixa, sucos de lata, água com gás, água com sabor, chás industrializados, isotônicos dentre outros.

Questão 14: Para cada item, mostrar o cartão de apoio correspondente à questão e solicitar que o entrevistado escolha uma dentre as alternativas apresentadas. Na alternativa “Não se aplica” assinalar na ocorrência de entrevistado vegetariano, ou que não coma carne de frango ou carne vermelha.

Questão 15: considerar como café da manhã o desjejum que realiza em casa antes de sair para o trabalho/compromissos ou aquele que o entrevistado realiza assim que chega ao local de trabalho antes de iniciar suas atividades. Caso o entrevistado só tome café na hora do lanche da manhã, não contar como café da manhã.

Questão 17: considerar como jantar a refeição principal que realiza no período após o anoitecer (por volta das 18h), mesmo que seja um lanche.

3.3 BLOCO 4 – CONHECIMENTOS EM SAÚDE

Este bloco está subdividido em hábito de consulta a informações nutricionais, e alfabetização em saúde com base na ferramenta Newest Vital Sign (NVS).

Questão 1: Caso o entrevistado responda que ele **NÃO** observa as tabelas de informações nutricionais, perguntar o por que e anotar no campo correspondente.

Questão 4: Para esta questão serão listados exemplos de alimentos que compõem as classes alimentícias em estudo:

- **Laticínios:** leite, margarina, manteiga, requeijão, queijos, iogurtes, bebidas fermentadas a base de leite (Yakult®), creme de leite, leite condensado, doce de leite, dentre outros;
- **Embutidos:** presunto, salame, mortadela, linguiça, chouriço, paio, salsicha, dentre outros;
- **Comidas congeladas:** Alimentos como lasanha, pão de queijo, pizza, batata frita, quibe, Hot Pocket®, mini-chicken®, hambúrguer e etc, que sejam comprados congelados;
- **Comidas instantâneas:** Miojo®, Vono®, sopão, dentre outros;
- **Refrigerantes/ bebidas industrializadas:** Coca-cola®, Ades®, Tampico®, Tang®, H2OH®, Kapo®, Kero Coco®, Gatorade®, cerveja, vinho dentre outras;
- **Outros:** especificar quando o entrevistado responder outra classe de alimentos.

Questões 7 a 12: Entregar ao professor o cartão de apoio com o rótulo do sorvete (ferramenta NVS) e em seguida realize as perguntas, tomando o cuidado para que o entrevistado não leia as alternativas. Caso o entrevistado tenha dúvidas, leia o enunciado novamente, da mesma forma como está escrito no formulário.

3.4 BLOCO 5 - VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Este bloco está subdividido em questões sobre a percepção do entrevistado em relação à qualidade do sono, avaliação da dor e da voz.

A qualidade do sono será avaliada por meio do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburg (PSQI), o qual envolve avalia além da qualidade, a latência, a duração, a eficiência habitual e às alterações do sono, bem como o uso de medicações para o sono e disfunção diurna, os quais apresentam pesos distribuídos numa escala de 0 a 3. Os escores para os setes componentes perfazem uma pontuação que varia de 0 a 21 pontos e, quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono. (BERTOLAZI, 2011):

No formulário, às questões relativas ao sono estão enumeradas do um ao treze.

Atenção: As questões referentes dessa escala são referentes às alterações na qualidade do sono OCORRIDAS NO ÚLTIMO MÊS.

Questão 2: Anotar o número de minutos referido pelo entrevistado. Se o entrevistado informar que varia muito, peça para o mesmo indicar uma média em minutos que ele demorou a dormir no último mês.

Questão 4: Anotar o número de horas referido pelo entrevistado. Caso haja variação na quantidade de horas de sono por noite, peça para o mesmo indicar uma média de horas que dorme cada noite, considerando o último mês.

Nas questões **7,9,10 e 11 – MOSTRAR CARTÃO DE APOIO** ao entrevistado.

Questão 7: Mostrar o cartão-resposta ao entrevistado com as opções de respostas (nenhuma no último mês; menos de 1 vez/mês; 1 ou 2 vezes/semana; 3 ou mais vezes/semana) para os itens de (a) a (l). No item (j) caso o entrevistado refira uma outra razão em relação à dificuldade de dormir, anotar qual é essa razão e no item (l) assinalar a frequência com que tem dificuldade de dormir por essa razão.

Questão 12: Caso o entrevistado responda negativamente a essa questão pular para a questão 14.

Questão 14: nesta questão deverá ser apresentada a figura do corpo humano e solicitar que o entrevistado assinale quais são as partes do corpo em que sente dor.

Feito isso, sem ler as alternativas presentes no formulário, você deverá interpretar os locais apontados e fazer um X na alternativa correspondente, lembrando que admite mais de uma resposta.

1 <input type="checkbox"/> Cabeça, face e/ou boca	7 <input type="checkbox"/> Costas (na cintura e na região lombar)
2 <input type="checkbox"/> Pescoço/nuca	8 <input type="checkbox"/> Pelve
3 <input type="checkbox"/> Ombros e Braços	9 <input type="checkbox"/> Joelhos
4 <input type="checkbox"/> Peito	10 <input type="checkbox"/> Pernas
5 <input type="checkbox"/> Abdômen	11 <input type="checkbox"/> Pés
6 <input type="checkbox"/> Costas (acima da cintura)	12 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____

Questão 16: Caso o entrevistado refira mais de um local que tenha dor, perguntar qual delas mais o incomoda, anotar apenas o número correspondente conforme o quadro acima.

Questões 25, 26, 29, 30:

Tratamentos: correspondem a terapias não medicamentosas, como fisioterapia, acupuntura, massagens, chá, tratamento religioso/espiritual, compressas e etc.

Medicamentos: produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico ex: medicamentos alopáticos, homeopáticos, fitoterápicos, florais.

3.5 BLOCO 6 - VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO II

Este bloco está relacionado a questões que avaliam a capacidade para o trabalho.

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) busca indicar quão bem está, ou estará, um trabalhador no presente ou num futuro próximo, e com qual capacidade ele poderá executar o seu trabalho em função das exigências de seu estado de saúde e capacidades física e mental (ZWART, FRINGS-DRESE, DUIVENBOODEN, 2002).

No formulário de coleta dessa pesquisa às questões relativas à capacidade para o trabalho estão enumeradas do 1 ao 8.

Questão 1: Fazer a pergunta, deixando claro que o entrevistado poderá escolher qualquer valor, desde que de “0” a “10”, sendo “0” aquele que se considera totalmente incapaz ao trabalho e “10” aquele com a melhor capacidade possível para o trabalho – Mostrar cartão de apoio correspondente à questão.

Questão 4: Ler às condições de saúde para o entrevistado e assinalar (2) se “*opinião do entrevistado (O.E)*” e (1) se “*diagnóstico médico (D.M)*” e ainda assinalar se faz **TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ATUALMENTE** para alguma das condições de saúde referidas ou diagnosticadas.

Questão 5: Ler as lesões ou doenças e assinalar (2) se “*opinião do entrevistado (O.E)*” e (1) se “*diagnóstico médico (D.M)*”. Caso o paciente refira uma condição clínica que o entrevistador não saiba em qual grupo de doenças encaixar, anotar no final da pág.12 e levar ao conhecimento do respectivo coordenador de equipe.

Para as questões 4 e 5, lembre-se de utilizar termos mais leigos para questionar os entrevistados sobre alguns agravos. Assim, tente substituir alguns termos, conforme exemplos a seguir:

HIPERTENSÃO ARTERIAL = PRESSÃO ALTA

HIPERLIPIDEMIA = COLESTEROL / TRIGLICERÍDEOS ALTO

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL = DERRAME

ARTRITE REUMATÓIDE = ARTRITE OU REUMATISMO

Nas questões **1,2,3,6,7e 8** – **MOSTRAR CARTÃO DE APOIO** ao entrevistado.

3.6 BLOCO 7 – VARIÁVEIS RELACIONADAS À VIOLÊNCIA

Este bloco está subdividido em questões sobre violências que foram vivenciadas ou observadas pelos professores, em ambiente escolar e fora dele, além do vínculo que o professor tem com a comunidade e pais de alunos em cada local de trabalho.

Questão 1. Para esta questão considerar as situações de violência que ocorreram na escola (qualquer escola que o professor atue), e com outros professores, funcionários e alunos, e não diretamente com ele. O professor deverá relatar quantos casos ocorreram nos últimos 12 meses. Mostrar cartão de apoio correspondente.

Questão 1.7 Essa questão caracteriza o assédio moral. Esse tipo de violência ocorre normalmente em relações de trabalho (entre superiores e subalternos e colegas de trabalho) e pode ser definido como *“uma conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicologicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional”* (Freita, Heloni, Barreto, 2008).

Questão 1.8 Essa questão caracteriza o bullying, que pode ser definido como: *“Situações em que um aluno, ou um grupo de alunos, causa intencionalmente e repetidamente danos a outro(s) com menor poder físico ou psicológico. As ações abrangem formas diversas, como colocar apelidos, humilhar, discriminar, bater, roubar, aterrorizar, excluir, divulgar comentários maldosos, excluir socialmente, dentre outras”* (Assis, Constantino, Avanci, 2010).

Atenção: não confundir, ou deixar que o entrevistado confunda Assédio Moral com *Bullying*. Apesar de definições muito próximas, o assédio moral ocorre entre os professores, ou entre diretores e professores, enquanto o *bullying* é característico das atitudes dos alunos.

Questão 1.9 Questione outra violência física ou psicológica que tenha ocorrido e não tenha sido citada anteriormente. Anote toda e qualquer resposta do professor, como brigas sem agressão física, precarização da profissão, etc... Anote também quantos casos dessa violência ocorreram nos últimos 12 meses.

Questão 2. Esta questão se refere a situações de violência que ocorreram contra o professor entrevistado, dentro da escola (independente da escola em que atua), em toda a sua atividade profissional. O professor deve considerar se essa violência ocorreu há menos de 12 meses ou há mais de 12 meses. Em caso de ter ocorrido mais de uma vez, e em períodos diferentes, admite as duas possibilidades. Mostrar cartão de apoio correspondente.

Questão 2.4 Essa questão caracteriza o assédio moral. Esse tipo de violência ocorre normalmente em relações de trabalho (entre superiores e subalternos e colegas de trabalho) e pode ser definido como “*uma conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicologicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional*” (Freita, Heloni, Barreto, 2008).

Questão 2.10 Questione outra violência física ou psicológica que tenha ocorrido e não tenha sido citada anteriormente. Anote toda e qualquer resposta do professor e em qual período ocorreu.

Questão 3. Essa questão se refere à situações de violência que ocorreram contra o professor entrevistado, fora da escola. O professor deve considerar se essa violência ocorreu há menos de 12 meses ou há mais de 12 meses. Em caso de ter ocorrido mais de uma vez, e em períodos diferentes, admite as duas possibilidades. Mostrar cartão de apoio correspondente.

Questão 3.3 Questione outra violência física ou psicológica que tenha ocorrido fora da escola e não tenha sido citada anteriormente. Anote toda e qualquer resposta do professor e em qual período ocorreu.

Questão 4. Nesta questão o entrevistado deverá classificar seu vínculo com a comunidade e com os pais dos alunos para cada escola em que trabalha. Caso o professor trabalhe em apenas uma escola, as respostas para o Local de trabalho II e Local de trabalho III é “Não se aplica”. Mostrar cartão de apoio correspondente.

4 INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO QUESTIONÁRIO

Atenção: para todas as questões do questionário, orientar o entrevistado que as respostas deverão ser colocadas diretamente no campo “GABARITO”, na margem direita da folha.

O questionário é composto por quatro escalas de avaliação em saúde e um bloco com variáveis para a caracterização social e demográfica.

Dentre as escalas estão: a Medical Outcomes Study Short Form 12 - SF-12 (escala para avaliação da Qualidade de Vida), a Job Stress Scale (escala de Estresse no Trabalho), a Maslach Burnout Inventory (escala para avaliação da Síndrome de Burnout) e a escala de Satisfação no Trabalho. Todas essas escalas foram validadas para utilização no Brasil.

5 INFORMAÇÕES SOBRE AS ESCOLAS PARTICIPANTES

5.1 Escolas de Cambé (PR)

NOME	ENDEREÇO	TELEFONE
Colégio 11 de Outubro	RUA: PROF. BENTO MUSSURUNGA , Nº: 608 BAIRRO: JD. NOVO BANDEIRANTE	32513228
Colégio Andrea Nuzzi	RUA: BENTO MUNHOZ DA ROCHA NETO, Nº: 366 BAIRRO: JD. SANTO AMARO	32511491
Colégio Olavo Bilac	RUA: AV. INGLATERRA, Nº: 596 BAIRRO: CENTRO	32543376

5.2 Escolas de Londrina (PR)

NOME	ENDEREÇO	TELEFONE
Colégio Albino Feijó Sanches	RUA: JACAREZINHO Nº: 80 BAIRRO: P. DAS INDUSTRIAS	33412917
Centro Estadual de Educação Profissional Professora Maria do Rosário Castaldi	RUA: AV. ARTHUR THOMAZ Nº: 1181 BAIRRO: JD. JAMAICA	33380011
Colégio Hugo Simas	RUA: PIO XII Nº: 195 BAIRRO: CENTRO	33237303
Instituto de Educação Estadual de Londrina	RUA: BRASIL Nº: 1047 BAIRRO: CENTRO	33243057

Colégio José Aloísio Aragão	RUA: PIAUI Nº: 720 BAIRRO: CENTRO	33716785
Colégio José de Anchieta	RUA: RIACHUELO Nº: 89 BAIRRO: JD. HIGIENÓPOLIS	33242625
Colégio Lúcia Barros Lisboa	RUA: ARACI DE ALMEIDA Nº: 30 BAIRRO: C.MANOEL GONCALVES	33487786
Colégio Marcelino Champagnat	RUA: SAO SALVADOR Nº: 998 BAIRRO: CENTRO	33239332
Colégio Professora Maria José Balzanelo Aguilera	RUA: TARCISA KIKUTI Nº: 55 BAIRRO: C.H.A.MARCAL NOG.	33424529
Colégio Nossa Senhora de Lourdes	RUA: AV. SAO JOAO Nº: 965 BAIRRO: JD. BRASILIA	33376226
Colégio Olympia Morais Tormenta	RUA: RUDOLF KEILHOLD Nº: 173 BAIRRO: C. HAB JOAO PAZ	33292744
Colégio Polivalente	RUA: FIGUEIRA Nº: 411 BAIRRO: JD. SANTA RITA	33385018
Colégio Ubedulha Correia de Oliveira	RUA: JULIO FARINACEO Nº: 111 BAIRRO: C. H. LUIZ SA	33370325
Colégio Vicente Rijo	RUA: AV. JUSCELINO KUBITSCHECK Nº: 2372 BAIRRO: CENTRO	33237630

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J. Q. **Impactos da Violência na Escola: um diálogo com professores**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010. 96 p.
- BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the brazilian portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep medicine**, Amsterdam, v.12, n.1, p.70-75, jan. 2011.
- FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador in: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E. R.; RIGOTTO, R. M. (org). **Isto é trabalho de gente?: vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1993. p. 178-186.
- FREITAS, M. E.; HELONI, R.; BARRETO, M. **Assédio Moral no Trabalho**. São Paulo: Cengage Learning, 2008. 37 p.
- TUOMI, K. et al. **Índice de capacidade para o trabalho**. São Carlos: EduFSCar, 2005.
- ZWART, B. C.H.; FRINGS-DRESEN, M. H. W.; DUIVENBOODEN, J. C. Test-retest reliability of the work ability index questionnaire. **Occup Med**, v.52, supl.4, p. 177-181, 2002.

ANEXO C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Estadual de Londrina - UEL/ Hospital Regional do Norte do Paraná

PROJETO DE PESQUISA

Título: SAÚDE, ESTILO DE VIDA E TRABALHO DE PROFESSORES DA REDE PÚBLICA DO

Pesquisador: ARTHUR EUMANN MESAS

Versão: 1

Instituição: Universidade Estadual de Londrina - UEL/
Hospital Regional do Norte do Paraná

CAAE: 01817412.9.0000.5231

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 22562

Data da Relatoria: 16/05/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto aponta a necessidade de se conhecer as condições do processo de trabalho de professores do ensino fundamental e médio por considerar que a atividade docente implica em assumir responsabilidades de grande relevância social, embora muitas vezes as condições do processo de trabalho do professor não sejam suficientemente adequadas e possam, inclusive, associar-se a problemas de saúde nesses trabalhadores

Objetivo da Pesquisa:

1. Caracterizar os professores quanto às atividades profissionais, situação sócio-econômica e demográfica, condições de saúde física e mental, hábitos do estilo de vida, capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse ocupacional.
2. Relacionar o ambiente e as condições de trabalho com a capacidade para o trabalho, estresse ocupacional e absenteísmo.
3. Analisar a associação da qualidade de vida relacionada com a saúde com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
4. Analisar a associação entre distúrbios na duração e na qualidade do sono e sonolência diurna excessiva com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
5. Analisar a associação entre depressão, ansiedade e síndrome de Burnout com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
6. Examinar a relação entre dor crônica e condição vocal com a capacidade para o trabalho.
7. Investigar a relação da atividade física, dos hábitos alimentares e do consumo de tabaco e álcool com a capacidade para o trabalho, satisfação com o trabalho e estresse laboral.
8. Descrever o perfil dos professores quanto à sua alfabetização funcional em saúde, e investigar sua possível relação com o estado de saúde e com o processo de trabalho docente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos. Entre os benefícios do estudo, destacam-se as possíveis repercussões dos resultados encontrados nas condições de trabalho e na atenção à saúde do trabalhador, com vistas à melhoria na qualidade de vida e no estado de saúde dos professores.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os resultados obtidos poderão auxiliar na orientação da organização do ambiente escolar e das condições de trabalho de modo a favorecer o processo de trabalho dos professores, além de possibilitar a identificação dos principais problemas de saúde a serem abordados para a manutenção ou potencialização da capacidade e da satisfação com o trabalho desses profissionais, bem como contribuir para planejamento estratégico de ações que abarquem o sistema de ensino com um todo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Toda a documentação está correta e adequada.

Recomendações:

Recomenda-se envio de relatório final de cada subprojeto ao CEP/UEL.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

LONDRINA, 16 de Maio de 2012

Assinado por:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

ANEXO D

AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DE LONDRINA



NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DE LONDRINA

Of. CHEFIA/NRE n.º 87/2012



PARANÁ
ESTADO DO PARANÁ

Londrina, 04 de abril de 2012

Prezada Senhora
Prezado Senhor

A Chefia do Núcleo Regional de Educação de Londrina, em conformidade com orientações da SEED - Secretaria de Estado da Educação do Paraná, autoriza a realização da pesquisa intitulada, "Saúde, Estilo de Vida e Trabalho de Professores da Rede Pública do Paraná", junto às instituições de ensino da rede estadual de ensino de Londrina.

Informamos que deverá ser comunicado a este NRE, por escrito, qualquer modificação que ocorrer no desenvolvimento da pesquisa e que deverá também ser providenciado o preenchimento do formulário de Cadastro de Pesquisador, bem como a devolutiva dos resultados e dos diagnósticos os quais deverão ser enviados à SEED, via Núcleo Regional de Educação de Londrina.

Atenciosamente


Lucia Aparecida Cortez Martins
CHEFE DO NRE/LONDRINA
DECRETO Nº 788/2011

Ilmos Srs
Profª Drª Selma Maffei de Andrade - Coord. do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas - Coordenador do Projeto de Pesquisas
UEL - Londrina/PR

ANEXO E

AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
ESTADO DO PARANÁ

Of. 609/2012 - GABINETE DA SECRETÁRIA -S.M.E.

Londrina, 20 de abril de 2012

Ilustríssimos Senhores
Profª Drª Selma Maffei de Andrade
Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas
Coordenadores do Programa de Pós Graduação
UEL

Somos sabedores de que a realização da pesquisa intitulada "Saúde, Estilo de Vida e Trabalho de Professores da Rede Pública do Paraná", apresentada a esta secretaria, com o objetivo de ampliar o debate e a reflexão acerca de problemáticas sociais relacionadas à Saúde Coletiva no contexto das escolas estaduais de Londrina constitui-se como ferramenta de extrema relevância para a educação do município.

Informamos que deverá ser encaminhada a devolutiva dos resultados e dos diagnósticos os quais deverão ser enviados à SME, aos cuidados de Artemis Torres Nascimento.

Atenciosamente,


Virginia Pelisson Laço

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
Dec. 390/12 - Mat. 22625-4