

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Aline dos Santos Bittencourt**

**SOBREPESO, OBESIDADE E QUALIDADE DE SONO EM  
DOCENTES DA REDE PÚBLICA DA CIDADE DE TAUBATÉ**

**TAUBATÉ – SP**

**2014**

**Aline dos Santos Bittencourt**

**O SOBREPESO, OBESIDADE E QUALIDADE DE SONO EM  
DOCENTES DA REDE PÚBLICA DA CIDADE DE TAUBATÉ**

Monografia apresentada para a Obtenção do  
Certificado de Graduação pelo Curso de  
Psicologia do Departamento de Psicologia  
da Universidade de Taubaté.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Nancy Julieta  
Inocente.

**TAUBATÉ – SP**

**2014**

**ALINE DOS SANTOS BITTENCOURT**

**O SOBREPESO, OBESIDADE E QUALIDADE DE SONO EM DOCENTES DA  
REDE PÚBLICA DA CIDADE DE TAUBATÉ**

Monografia apresentada para a obtenção do  
Certificado de Graduação pelo Curso de  
Psicologia do Departamento de Psicologia  
da Universidade de Taubaté.

Data: 30/10/2014

Resultado: Aprovada

**BANCA EXAMINADORA**

Profª Dra Nancy Julieta Inocente

Universidade de Taubaté

Assinatura\_\_\_\_\_

Profª. Ma Rosa Maria Frugoli da Silva

\_\_\_\_\_

Assinatura\_\_\_\_\_

Prof. Dr.\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura\_\_\_\_\_

A Deus que me amparou nos momentos difíceis. À minha mãe Bernardete Tolosa Bittencourt e meu pai Benedito Bittencourt que sempre me apoiaram. À meu irmão Regis Bittencourt que não me deixou desistir e à minha cunhada Marcella Perrella Bittencourt que sempre me quis bem.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado força para caminhar e por proporcionar luz ao meu caminho.

Aos meus Pais que acreditaram em mim e me inspiraram a lutar pelos meus objetivos.

À minha orientadora, professora Nancy que muito contribuiu para o meu crescimento acadêmico, com seu jeito sábio e paciente de ser.

Agradeço aos meus familiares Celina Murta e Cecília Murta que de um jeito ou de outro me incentivaram a cursar a faculdade, mas em especial meu padrinho, Milton Geia.

Agradeço aos amigos Karina Maria de Mattos e Leandro Monteiro Oliveira pela oportunidade de sermos equipe. Foi uma experiência muito boa!

Agradeço o departamento de Psicologia pela oportunidade de ter participado de sua estrutura e por ser tão bem acolhida.

Ao meu primo Vinícius Tolosa que me auxiliou na formulação da parte estatística da pesquisa.

Aos sujeitos desse estudo que dedicaram parte de seu tempo e atenção para responder às questões que deram origem aos resultados desta pesquisa.

## *Obesidade*

Olhar no espelho	Que não pode ser vencida pelos olhares de reprovação
Já não é tarefa fácil	Nem por pequenas derrotas.
Como quase todas as	Dentro de nós existe alguém
Outras corriqueiras do	De extremo valor, que precisa
Dia a dia.	Ser ouvido, respeitado pelos
O que sobra é o desconsolo	Outros e por nós mesmos.
O sorriso largo e fácil	Um dia nós sairemos
Que esconde a tristeza de ser	Dessa prisão e abandonaremos
O que não se quer ser.	este “vício” que nos destrói.
Escondida atrás da grande massa	Nós podemos nos ajudar
Está uma pessoa acompanhada e só	Não estamos presos ao chão
Que faz de algo absolutamente	Devemos acreditar
Essencial uma ameaça a sua	O ser humano é capaz de tudo
Vida.	De destruir-se e de curar-se
Doce sabor, prazer fugaz	Estamos lutando e esperando
Fuga descontrolada que trás	Pelos dias em que poderemos
Solidão e dor.	Nos olhar sem culpa.
Como parar isso?	
Tão bom seria se uma	
Pílula resolvesse...	
A falta de tempo, a baixa- estima	
A falta de amor	
Próprio e apropriado	
Gostaria de ser leve	
Como o meu espírito	
Mas a materialidade me	
Prende a muitos e muitos	
Quilos a mais.	
Isso pode ter fim?	
Sim. É uma luta constante,	Simone Pimenta apud Guimarães (2009)

## RESUMO

### O SOBREPESO, OBESIDADE E QUALIDADE DE SONO EM DOCENTES DA REDE PÚBLICA DA CIDADE DE TAUBATÉ

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de sono em docentes com sobrepeso e obesidade. O tipo de pesquisa é exploratória-descritiva, quantitativa e o delineamento é de levantamento, por meio de questionários. A amostra foi composta por 31 docentes da rede municipal com peso normal, sobrepeso e obesos da cidade de Taubaté. Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: Questionário Sócio-Demográfico-Ocupacional (QSDO), Questionário de Qualidade de Sono (QQS) e Questionário sobre Sonolência Diurna Excessiva de Epworth. Os principais resultados foram: que 61,3% dos docentes são do sexo feminino; a faixa etária predominante é de 30 a 39 anos com 38,7%; a maioria dos docentes possui graduação (87,1% da amostra); a maioria dos docentes são casados (61,3% da amostra); o horário de trabalho diurno (93,54%) predomina sobre o horário noturno; 32,26% da amostra tem tempo de serviço entre 6 a 10 anos; 54,84% dos docentes possui uma jornada de trabalho acima de 40 horas/aula semanalmente; a maioria dos docentes avaliados atuam em apenas uma escola (64,52%); existe um predomínio do hábito de tomar café entre os docentes (48,39% da amostra); existe uma correspondência entre os docentes que realizam atividade física e os que não realizam, já que 48,39% da amostra afirmam que praticam atividade física e a mesma porcentagem afirmam que não a praticam; 93,55% da amostra reside com a família e somente 6,45% reside sozinha; 6,46% dos docentes afirmam seu peso influenciar a vida social. O Índice de Massa Corporal predominante foi o normal com 58,07% da amostra. Em relação a qualidade de sono, existe uma prevalência do horário de deitar entre 23h15 e 0h (41,94% da amostra); a latência de tempo predominante dos docentes em relação ao tempo que demora para dormir foi de 11 a 30 minutos (54,84% da amostra); há o predomínio de 64,52% da amostra acordando entre 5h01' a 6h da manhã; há o predomínio de 58,06% da amostra que tem entre 6 a 7 horas de sono por noite; quanto a Qualidade Subjetiva do Sono, a maior parte dos docentes se percebem com boa qualidade de sono, representando 61,3%; quanto a Qualidade Objetiva do Sono, a prevalência é de sono alterado em 54,84% dos docentes. Quanto à Sonolência Diurna Excessiva, a prevalência de Sonolência Diurna Excessiva foi de 29,04%. Conclui-se que, medidas preventivas precisam ser operacionalizadas com a finalidade de diminuir o sobrepeso/obesidade e de uma boa higiene do sono para se ter um sono reparador e de qualidade.

Palavras-Chave: Qualidade de sono. Trabalho. Docente.

## **ABSTRACT**

### **OVERWEIGHT, OBESITY, AND SLEEP QUALITY IN TEACHERS OF PUBLIC SCHOOLS IN THE CITY OF TAUBATÉ**

This research aims to evaluate the quality of sleep in teachers with overweight and obesity. The type of research is exploratory, descriptive, and quantitative and the lineation is a survey through questionnaires. The sample consisted of 31 teachers from public schools with normal weight, overweight and obese from the city of Taubaté. The following instruments were used to collect data: Socio-demographic Occupational Questionnaire (SDOQ), Sleep Quality Questionnaire (SQQ) and Excessive Daytime Sleepiness Questionnaire by Epworth. The main results were: that 61% of the teachers are female; the predominant age group is 30 to 39 year olds accounting for 38,7%; most teachers are graduates (87,1% of the samples); most of the teachers are married (61,3% of the samples); daytime working hours (93.54%) predominates over the evening hours; 32,26% of the samples have been teaching for 6 to 10 years; 54,84% of the teachers have a working load of over 40 hours/classes weekly; most of the teachers evaluated operate in only one school (64,52%); there is a predominance in the habit of drinking coffee among teachers (48,39% of the samples); there is a correspondence among the teachers who perform physical activity and those who do not, since 48.39% of the samples claim that they practice physical activity and the same percentage say they do not practice; 93,55% of the samples live with the family and only 6,45% live alone; 6,46% of the teachers confirm that their weight influences their social life. The Body Mass Index was predominantly normal with 58.07% of the samples. Regarding the quality of sleep, there is a prevalence of going to bed between 11:15pm and 0am (41.94% of the samples); the predominant latency time of teachers in relation to the time it takes to sleep was 11-30 minutes (54.84% of the samples); there is a predominance of 64.52% of the samples waking up between 5:01a.m. to 6 am; there is a predominance of 58.06% of the samples that have between 6-7 hours of sleep per night; as to the Subjective Sleep Quality, from most of the teachers who answered the questionnaire, it was possible to realize a good quality of sleep, accounting for 61.3%; as to the Objective Quality of Sleep, the prevalence is of altered sleep in 54.84% of the teachers. As for Excessive Daytime Sleepiness, the prevalence of Excessive Daytime Sleepiness was 29.04%; we conclude that, preventive measures need to be operationalized with the purpose of decreasing overweight/obesity and that a good hygiene of sleep is necessary so as to have a remedial and good sleep quality.

Key words: Sleep Quality. Work. Teacher.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de docentes segundo a variável sexo.....	49
Tabela 2 - Distribuição de docentes segundo faixa etária.....	49
Tabela 3 - Distribuição de docentes segundo escolaridade.....	50
Tabela 4 - Distribuição de docentes segundo estado civil.....	50
Tabela 5 - Distribuição de docentes segundo horário de trabalho.....	51
Tabela 6 - Distribuição de docentes segundo tempo de docência.....	51
Tabela 7 - Distribuição de docentes segundo jornada de trabalho semanal.....	52
Tabela 8 - Distribuição de docentes segundo quantidade de escolas que trabalha.....	52
Tabela 9 - Distribuição de docentes segundo hábitos de beber, fumar e tomar café.....	53
Tabela 10 - Distribuição de docentes segundo prática de atividade física.....	53
Tabela 11 - Distribuição de docentes segundo residência com família ou sozinho(a).....	54
Tabela 12 - Distribuição de docentes segundo o peso na influencia da família, da sociedade e da profissão.....	54
Tabela 13 - Distribuição dos docentes segundo o Índice de Massa Corporal.....	55
Tabela 14 - Distribuição dos docentes conforme o horário de deitar.....	55
Tabela 15 - Distribuição de docentes segundo quantos minutos são necessários para pegar no sono (Latência do Sono).....	56
Tabela 16 - Distribuição dos docentes segundo o horário de acordar.....	56
Tabela 17 - Distribuição de docentes segundo as horas de sono por noite.....	57
Tabela 18 - Qualidade subjetiva de sono.....	57

Tabela 19 - Qualidade objetiva de sono.....	58
Tabela 20- Sonolência diurna excessiva.....	59
Tabela 21 - Distribuição dos resultados do questionário de Sonolência Diurna Excessiva.....	60
Tabela 22 - Resultado de qualidade de sono (QQS).....	61
Tabela 23 - Distribuição de docentes segundo o tipo de problemas com o sono que apresenta.....	62
Tabela 24 - Resultado sobre Sonolência Diurna Excessiva.....	63

## LISTA DE TABELAS - PEARSON

Tabela 1 - Distribuição de docentes segundo a variável sexo.....	64
Tabela 2 - Distribuição de docentes segundo faixa etária.....	64
Tabela 3 - Distribuição de docentes segundo escolaridade.....	65
Tabela 4 - Distribuição de docentes segundo estado civil.....	65
Tabela 5 - Distribuição de docentes segundo horário de trabalho.....	65
Tabela 6 - Distribuição de docentes segundo tempo de docência.....	66
Tabela 7 - Distribuição de docentes segundo jornada de trabalho semanal.....	66
Tabela 8 - Distribuição de docentes segundo quantidade de escolas que trabalha.....	66
Tabela 9 - Distribuição de docentes segundo hábitos de beber, fumar e tomar café.....	67
Tabela 10 - Distribuição de docentes segundo prática de atividade física.....	67
Tabela 11 - Distribuição de docentes segundo residência com família ou sozinho(a).....	67
Tabela 12 - Distribuição de docentes segundo o peso na influencia da família, da sociedade e da profissão.....	68
Tabela 13 - Distribuição dos docentes segundo o Índice de Massa Corporal.....	68
Tabela 14 - Distribuição dos docentes conforme o horário de deitar.....	68
Tabela 15 - Distribuição de docentes segundo quantos minutos são necessários para pegar no sono (Latência do Sono).....	69
Tabela 16 - Distribuição dos docentes segundo o horário de acordar.....	69
Tabela 17 - Distribuição de docentes segundo as horas de sono por noite.....	69
Tabela 18 - Qualidade subjetiva de sono.....	70

Tabela 19 - Qualidade objetiva de sono.....	70
Tabela 20- Sonolência diurna excessiva.....	70
Tabela 21 - Distribuição dos resultados do questionário de Sonolência Diurna Excessiva .....	71

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
1.1 Problema .....	16
1.2.1 Objetivo Geral .....	16
1.2 Objetivos .....	16
1.2.2 Objetivos Específicos .....	16
1.3 Delimitação do Estudo .....	16
1.4 Relevância do Estudo .....	17
1.5 Organização do Estudo .....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA .....	18
2.1 Trabalho Docente .....	18
2.2 Sobrepeso e Obesidade .....	28
2.3 Pesquisas sobre Sobrepeso e Obesidade no Trabalho .....	34
2.4 Qualidade de Sono .....	36
3 MÉTODO .....	46
3.1 Tipo de pesquisa .....	46
3.2 Local .....	46
3.3 População e amostra .....	47
3.4 Instrumentos .....	47
3.4.1 Questionário Sócio-Demográfico-Ocupacional.....	47
3.4.2 Questionário da Qualidade de Sono .....	47
3.4.3 Questionário sobre Sonolência Diurna Excessiva de Epworth .....	47
3.5 Procedimento de Coleta de dados.....	47

3.6 Procedimento de Análise de Dados .....	48
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
4.1 Resultados do Perfil Sócio-Demográfico-Ocupacional (QSDO).....	49
4.2 Resultados da Qualidade de Sono.....	55
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS .....	74
ANEXO A-Termo de Consentimento Livre e esclarecido institucional .....	79
ANEXO B-Termo de Consentimento Livre e esclarecido dos participantes.....	81
ANEXO C-Questionários .....	83

## 1 INTRODUÇÃO

A palavra saúde vem de uma antiga palavra da língua alemã que tem representação em inglês, pelas palavras *hale* e *whole*, que se referem a um estado de “integridade do corpo”. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como ausência de doenças ou enfermidades”. Essa é uma definição que afirma a saúde como sendo um estado positivo e multidimensional e que para Straub (2007) envolve três domínios: saúde física, saúde psicológica e saúde social.

A saúde física, é claro, caracteriza-se em ter um corpo vigoroso e livre de doenças, com um bom desempenho cardiovascular, sentidos aguçados, sistema imunológico vital e a capacidade de resistir a ferimentos físicos. Ela também está relacionada a hábitos referentes com o estilo de vida que aumentem a saúde física. Entre estes, estão seguir um dieta nutritiva, fazer exercícios regularmente e dormir bem; evitar o uso de tabaco e outras drogas; praticar sexo seguro e minimizar a exposição a produtos químicos tóxicos.

A saúde psicológica se baseia na capacidade de pensar de forma clara, ter uma boa auto-estima e um senso geral de bem-estar. Ela abrange a criatividade, as habilidades de resolução de problemas (como buscar informações sobre questões relacionadas com a saúde) e a estabilidade emocional. Ela também é caracterizada pela auto-aceitação, abertura a novas idéias e uma “tenacidade” geral na personalidade.

A saúde social engloba ter boas habilidades interpessoais, relacionamento significativos com amigos e família, e apoio social em épocas de crise. Ela também tem ligação com fatores socioculturais em saúde, como o status socioeconômico, a educação, a etnicidade, a cultura e o gênero.

Durante muito tempo, um corpo abundante era sinal de prosperidade e saúde (STRAUB, 2007). Atualmente, a obesidade é considerada um problema de saúde pública mundial, tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento mostram elevação de sua prevalência (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004)

Em relação ao sobrepeso e obesidade, segundo o Ministério da Saúde (2006) com base na Organização Mundial de Saúde (OMS), é o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas. A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso.

Com a obesidade, geram-se doenças, como a doença coronariana e o câncer e afeta a qualidade de sono. Um outro ponto negativo, é que as crianças obesas são importunadas e, quando adultas, são consideradas feias e descuidadas (HARRIS; WALTERS; WASCHULL, 1991 apud STRAUB, 2007).

A obesidade é resultado da vulnerabilidade genética, como também de fatores ambientais ou de comportamentos mal-adaptativos. A partir de estudos realizados no Brasil e em outros países em desenvolvimento, têm se mostrado que as mulheres têm maior probabilidade de apresentar obesidade do que os homens (SOUSA et al , 2007).

Em relação ao trabalho, os indivíduos preocupam-se com o que e quanto eles comem por causa dos efeitos fisiológicos e psicológicos negativos da obesidade. O fato de ser obeso engloba um estigma social em muitas partes do mundo de hoje, indicando a importância que muitas sociedades colocam na aparência física (HARRIS; WALTERS; WASCHULL, 1991 apud STRAUB, 2007).

Observa-se um aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade em muitos dos países do mundo. O Brasil vem acompanhando a tendência mundial da prevalência de sobrepeso e da obesidade para adultos.

O crescimento acentuado da obesidade nas últimas décadas, incluindo os países em desenvolvimento, fez com que fosse considerada uma epidemia global (FREITAS et al.,2009).

No Brasil, a obesidade como problema de Saúde Pública é um evento recente. Enquanto agravo nutricional, a desnutrição era assumida como um problema relevante para os países em desenvolvimento, e a obesidade seria para países desenvolvidos. Na atualidade, tanto os países desenvolvidos como



os países em desenvolvimento não se apresentam como unidades homogêneas, quer para a predominância da desnutrição, quer para a da obesidade. Ao contrário, podem ser definidos em uma fórmula mista tanto de excesso de peso quanto de déficit nutricional (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

## **1.1 Problema**

Qual é a qualidade de sono em docentes com sobrepeso e obesidade?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a qualidade de sono em docentes com sobrepeso e obesidade.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil socioeconômico dos docentes pesquisados;
- Identificar a prevalência da qualidade de sono;
- Identificar a prevalência da Sonolência Diurna Excessiva;
- Identificar a prevalência e o grau de sobrepeso e obesidade;
- Relacionar os aspectos sociodemográficos com o grau de sobrepeso, obesidade e a qualidade de sono.

## **1.3 Delimitação do Estudo**

A presente pesquisa será realizada com docentes, da rede pública, de ambos os sexos, de uma escola municipal da cidade de Taubaté, porque no contexto da sociedade contemporânea, a educação pública apresenta-se com tríplex responsabilidade: ser agente de mudanças, com capacidade de gerar conhecimentos e desenvolver a ciência e a tecnologia; lidar com a tradição e os valores nacionais ante a pressão mundial de descaracterização da soberania das nações periféricas; formar cidadãos capazes de entender o mundo, seu

país, sua realidade e transformá-lo positivamente (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2003).

#### **1.4 Relevância do Estudo**

É importante estudar a qualidade de sono em docentes com sobrepeso e obesidade, pois a saúde vai além do bem-estar físico (STRAUB, 2007). Carvalho e Martins (2004 apud WANDERLEY; FERREIRA 2010) propõem que a obesidade é um estado destoante dos padrões de normalidade na cultura, isto é, a pessoa obesa é anormal porque difere do ideal de beleza do corpo magro e/ou musculoso construído pela sociedade.

Segundo Fontes, a pessoa obesa na nossa sociedade, presa a padrões estéticos rígidos, em que ser gordo representa um desvio da normalidade, gera dificuldades relacionais e afetivas expressas no cotidiano das pessoas obesas .

#### **1.5 Organização do estudo**

No capítulo um foi apresentado a Introdução, como também o Problema, os Objetivos, a Delimitação do Estudo, a Relevância do Estudo e a Organização do Estudo. No capítulo dois foi apresentado a Revisão de Literatura, e nesta se inclui os tópicos sobre o Trabalho Docente, Sobrepeso e Obesidade, Pesquisas sobre Sobrepeso e Obesidade no Trabalho e Qualidade de Sono. No capítulo três foi apresentado o método, o tipo de pesquisa, o local, a população e amostra, os instrumentos, o procedimento de coleta de dados e o procedimento de análise de dados. No capítulo quatro foi apresentado os Resultados e Discussão. No quinto capítulo foi apresentado as Considerações Finais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Trabalho Docente

Desde a Grécia antiga, a figura do docente era de auxiliar os jovens cidadãos gregos livres a compreenderem o mundo e a argumentarem, de maneira a se emanciparem pelo conhecimento. A escola era o espaço do ócio, da argumentação e estava destinada somente à elite (PASCHOALINO, 2014).

A profissão docente surge como destaque tendo um sentido forte como vocação e que passa ser considerada condição essencial para o exercício da docência. A utilização de tal termo é, atualmente, muito polêmica. Numa perspectiva racionalista, rejeita-se tal termo, porque ele implicaria uma atitude de resignação mediante às dificuldades da profissão (PASCHOALINO, 2014).

Falar sobre o trabalho docente é falar a respeito da vida cotidiana, pois no caso do docente, é impossível separar sua vida de seu trabalho, já que se trata de um ofício que envolve, todo o tempo, o trabalhador em sua teia de relações com outras pessoas, alunos, colegas, funcionários, pais (LÜDKE; BOING, 2007).

Não é difícil voltar os olhos para um passado não muito distante para ver, entre as pessoas, um docente que não tinha dúvidas a respeito da importância reconhecida do seu trabalho, independentemente da discussão sobre outros aspectos de sua ocupação, como salário e condições de atuação. (LÜDKE; BOING, 2007).

Huberman (2000 apud ROSSI; HUNGER, 2012) estabeleceu sequências no desenvolvimento da carreira do docente, a saber: entrada na carreira (um a três anos de docência): fase de sobrevivência, descoberta e exploração; estabilização (quatro a seis anos): sentimento de competência e pertença a um corpo profissional; diversificação ou questionamentos (sete a 25 anos): estágio de experimentação, motivação, busca de novos desafios e/ ou momento de questionamentos e reflexão sobre a carreira; serenidade e distanciamento afetivo e/ou conservadorismo e lamentações (25 a 35 anos): pode levar ao

conformismo ou ao ativismo; e, finalizando, fase de desinvestimento, recuo e interiorização (35 a 40 anos): pode ser sereno ou amargo.

Por sua vez, Nóvoa (2000) estabelece cinco fases da carreira dos docentes do ensino primário, a saber:

#### Fase 1: O “início”

A entrada na carreira oscila entre uma luta pela sobrevivência, determinada pelo choque do real, e o entusiasmo da descoberta de um mundo novo, que se abre às jovens docentes.

Para as docentes em que foi marcante para sua carreira “a falta de preparação”, efetiva ou suposta, para o exercer docente, a que se juntaram, na maioria dos casos, “condições difíceis” de trabalho e o “não saber como fazer-se aceitar como docente”, o início da carreira redundou numa autêntica luta entre a vontade de se afirmar e o desejo de abandonar a profissão.

#### Fase 2: Estabilidade

Nesta fase, que oscilará entre os 5 e os 7 anos de experiência, podendo em alguns casos prolongar-se até cerca dos 10, a pessoa está mais segura, a confiança foi alcançada, a gestão do processo de ensino-aprendizagem conseguida e a satisfação e um gosto pelo ensino, até ai, por vezes, não pressentindo, afirmaram-se.

#### Fase 3: Divergência

Este período, oscilando aproximadamente entre os 8 e os 15 anos de carreira, revela-se como sendo uma fase de desequilíbrio, por referência à anterior, divergindo, pela positiva ou pela negativa, o sentir profissional das docentes. Tal divergência apresentou-se, em alguns casos, enviesada, por referência ao início, difícil ou mais fácil.

De forma geral, umas docentes continuaram a investir profissionalmente de forma empenhada, procurando valorizar-se, enquanto outras, pelo contrário, denotam “cansaço” e “saturação”, tendo invocado, também, dificuldades diversas, a que problemas de carácter pessoal, ou da vida particular não foram

alheios.

#### Fase 4: Serenidade

Situando-se entre os 15 e cerca dos 20-25 anos de atividade letiva, esta fase caracterizou-se, fundamentalmente, por uma acalmia, fruto de uma quebra no entusiasmo anterior, como também, e sobretudo, ocorre um “distanciamento afetivo” e por uma capacidade de reflexão que a tornam algo semelhante à segunda etapa considerada.

#### Fase 5: Renovação do “interesse” e desencanto

As docentes em fim de carreira, de entre aproximadamente os 31 e os 40 anos de serviço, apresentaram divergir de novo em termos profissionais. Enquanto umas, em menor número, pareciam ter renovado o seu interesse pela escola e pelos alunos, apresentando-se com entusiasmo e desejando “prosseguir no aprendizado de coisas novas”, as restantes apresentaram cansaço, saturação, impaciência, na espera pela aposentação e, sobretudo, não se sentir já “capazes de ouvir e aguentar as crianças”. É a aposentação que, nesses casos, se perspectiva com fim imediato, e profundamente desejado a atingir.

De acordo com Nóvoa (2000) os melhores anos da carreira docente são determinados por fatores endógenos e exógenos à profissão e ao próprio indivíduo, acontecendo, mediante a literatura, no princípio do percurso profissional, determinados pela prevalência da descoberta sobre a angústia do enfrentamento com a realidade ou, por volta dos oito anos de atividade, quando a estabilização é atingida, ou ainda, deste instante até cerca do meio da carreira.

Segundo Nóvoa (2000), fatores que contribuem para os piores anos de docência são: o cansaço, o sentimento de rotina, os alunos indiferentes ou mal-comportados e razões institucionais.

Ainda de acordo com Nóvoa (2000) e a literatura temática, existem dois momentos que se mostram propícios à eclosão de crises: os primeiros anos da carreira, até à opção definitiva pelo ensino como profissão, e o final da carreira,

quando o desinvestimento se faz de forma amarga, em que as lamentações contra os discentes, os pais, os colegas e a instituição escolar se modificam numa quase obsessão, agudizada, por vezes, por uma impaciência pouco menos que incontrolável pela chegada do momento da aposentadoria.

Mediante estudos, é demonstrado que são múltiplas as razões pelas quais se escolhe o ensino como profissão, concorrendo em tal decisão fatores de ordem material e de ordem estritamente profissional. Ambos os aspectos estão sempre presentes na escolha da carreira, sendo a predominância de uns sobre outros frutos de condições individuais e circunstanciais (NÓVOA, 2000).

Para Tardif (2002), os docentes têm uma posição estratégica no interior das relações complexas que ligam as sociedades contemporâneas aos saberes que elas produzem e mobilizam. O desenvolvimento quantitativo e qualitativo dos saberes é inconcebível sem um desenvolvimento dos recursos educativos e, principalmente dos docentes e de formadores capazes de exercer, dentro dos sistemas de educação, os processos de aprendizagem individuais e coletivos que formam a base da cultura intelectual e científica moderna.

Ainda para Tardif (2002), os docentes ocupam uma posição estratégica, mas socialmente desvalorizada, entre os diferentes grupos que atuam no campo dos saberes. A relação que os docentes mantêm com os saberes é a de “transmissores”, de “portadores” ou de “objetos” de saber, porém não de produtores de um saber ou de saberes que poderiam impor como instância de legitimação social de sua função e como espaço de verdade de sua prática. O autor conclui que, a função docente se define em relação aos saberes, porém parece incapaz de definir um saber produzido ou controlado pelos que a exercem (TARDIF, 2002).

De acordo com Tardif e Raymond (2000, apud PENNA, 2012), o trabalho do docente efetiva-se na sala de aula, na relação com os alunos, a quem direcionam o seu fazer, envolvendo uma série de tarefas anteriores e posteriores a tal contato, como orientar os estudos, auxiliar os alunos, regular relações, preparo de materiais, seleção de atividades, organização do espaço. Para tanto, o docente mobiliza saberes adquiridos pela experiência, por

processos de formação e com o contato com os colegas. O docente tem decisões em função de julgamentos profissionais que vão além de fatos, baseando-se em valores morais, normas sociais, tradições escolares e experiência vivida.

Baker (2006, apud BARBOSA; CAMPOS; VALENTIM, 2011) destaca que a relação docente-aluno é necessária para o engajamento das crianças na aprendizagem; é, também, o alicerce para o desenvolvimento de crenças adaptativas a respeito de si mesmo e do mundo social, e para a aquisição de comportamentos e competências autorreguladoras e socioemocionais, essenciais no ambiente escolar. A relação com um adulto, se positiva, constitui por si mesma um fator de proteção e, ainda, proporciona fatores protetores, tais como autoeficácia, autoestima e desenvolvimento moral.

O docente na sua formação precisa de um investimento pessoal para a construção de uma identidade tanto pessoal como profissional. NIAS (1991 apud ROSSI; HUNGER, 2012), pois o docente é a pessoa, assim como uma parte importante da pessoa é o docente.

O desenvolvimento profissional docente não é um processo independente e individual, acontece na dinâmica das transformações sociais, políticas, econômicas e culturais. (ROSSI; HUNGER, 2012).

O docente é o ator principal para se efetivar a mudança, é um construtivista que processa informações, toma decisões, gera conhecimento prático, possui crenças e rotinas que acabam influenciando sua atividade profissional (GARCIA, 1994, apud SOUZA, 2009).

Assim, a formação inicial é a primeira fase de um longo e diferenciado processo de desenvolvimento profissional, requerendo novos parâmetros para a formação de docentes, que deve priorizar a reflexão, a criação, o conceber e executar projetos pedagógicos, na perspectiva do docente que participa em seu próprio processo de aprendizagem SOUZA (2009).

Barbosa, Campos e Valentim (2011), citam vários autores que enfatizam o papel do docente, conforme o Quadro 1:

Educador	Autor
Suporte e guia para a aprendizagem, bem como um potencial mediador e moderador de um processo motivacional significativo.	Birch; Ladd, 1997; Baker, 2006.
A qualidade da relação professor-aluno é um forte indicador de adaptação escolar, de forma especial para crianças que mostram problemas comportamentais em sala de aula.	Backer, 2006.
O relacionamento dos discentes com os docentes é consideravelmente associado a um positivo ajustamento escolar.	Birch; Ladd, 1997
A relação do discente com o docente, quando positiva, está relacionada a uma variedade de consequências escolares importantes, como o sucesso escolar e a confiança dos alunos em relação a suas capacidades, atitudes e motivações escolares.	Backer, 2006
Crianças que mostram uma relação mais próxima com o professor podem perceber o ambiente escolar como um apoio/suporte, desenvolvendo atitudes positivas quanto à escola; podem expressar seus sentimentos e preocupações e, por essa razão, pedir apropriadamente ajuda e orientação em sua tentativa de adaptar-se ao ambiente escolar. Essa relação de apoio entre professor e aluno pode, portanto, habilitar as crianças para se tornarem autodirigidas e participantes responsáveis na sala de aula.	Birch; Ladd, 1997
Uma relação positiva com os alunos pode evitar problemas disciplinares no ambiente escolar e, ainda, o stress do professor e o burnout, bem como fomentar o desenvolvimento profissional do docente.	Fraser; Walberg, 2005; Wubbels, 2005.
Quando negativa, a relação professor-aluno pode se relacionar à pobreza acadêmica e social, à evasão escolar, a uma menor cooperação em sala de aula, a atitudes escolares negativas, a um	Birch; Ladd, 1997; Baker, 2006.

Quadro I – Educador

Fonte: Barbosa, Campos e Valentim, (2011 p. 2) Elaborado pela pesquisadora.

Segundo Nóvoa (2000) existem princípios geradores de questões referentes à formação dos docentes do ensino primário, que podem ser enunciados em simultâneo:



- a) Os comportamentos, as atitudes e as representações dos docentes a respeito de si próprios enquanto profissionais e a respeito de suas carreiras, transformam-se ao longo do tempo, repercutindo-se, inexoravelmente, no imediato, nas atitudes e trabalho escolar dos seus alunos e, a prazo mais dilatado, na sua própria personalidade.
- b) O percurso profissional de cada docente é gerado a partir ação conjunta de três processos de desenvolvimento:
- processo de crescimento individual, em termos de capacidades, personalidade e capacidade pessoal de interação com o meio;
  - processo de aquisição e aperfeiçoamento de competências de eficácia no ensino e de organização de processo de ensino-aprendizagem; e
  - processo de socialização profissional, em termos normativos ou de adaptação ao grupo profissional a que pertence e à escola em que trabalha.
- As carreiras dos docentes desenvolvem-se em duas dimensões complementares: a individual, centrada na natureza do seu eu, formado a nível consciente e inconsciente, e a grupal, ou coletiva, formado sobre as representações do campo escolar, influenciando e determinando aquelas.
- c) O desenvolvimento profissional é condicionado pelos fatores de contexto, podendo acontecimentos de natureza sociopolítica e cultural vir a alterá-lo ou mesmo, a determiná-lo.
- d) A vida particular ou pessoal causa influência no percurso profissional dos docentes de ambos os sexos, por exemplo, nas mulheres em que vivem situações de gravidez, nascimento e criação dos filhos.
- e) De acordo com a perspectiva dos ciclos de vida profissional dos docentes, tomada como carreira, considera-se que eles passam por diferentes fases ou etapas. Todas elas têm características próprias, sendo que uma nova fase pressupõe a alteração das características

da anterior e a junção de novas características.

A Saúde do Trabalhador é um campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, surge da Saúde Coletiva, buscando conhecer as relações trabalho e saúde-doença (LACAZ, 2007).

A configuração do campo Saúde do Trabalhador caracteriza-se por três vetores: a produção acadêmica; a programação em saúde na rede pública e o movimento dos trabalhadores. O controle da saúde preconizado pela Saúde Ocupacional resume-se à estratégia de enquadrar o ambiente de trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho (LACAZ, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (2009), a saúde ocupacional é uma importante estratégia para garantir a saúde dos trabalhadores e para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade como um todo.

O trabalho está relacionado à condição humana. Ele é uma ação essencial para estabelecer a relação entre o homem e a natureza e entre a sociedade e a natureza. O trabalho deriva das condições naturais, tais como fome, sede, etc., porém realiza-se na interação entre os homens ou entre os homens e a natureza (BORGES; YAMAMOTO, 2004 apud ZANELLI; BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2004).

No seu trabalho docente, a figura deste, segundo Conceição e Sousa (2012, apud PERRENOUD, 2000) é um profissional que lida com conhecimentos específicos e que mobiliza saberes e esquemas de ação muito próprios. A noção de competência encontra-se relacionada à "capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação" (PERRENOUD, 2000, p.15 apud CONCEIÇÃO; SOUSA, 2012). Em tal contexto, a competência ou capacidade para mobilizar os diversos recursos constrói-se em formação e ao longo da atuação do docente em cada situação do seu dia-a-dia, passando por um conjunto de operações mentais complexas, ou esquemas de pensamento, que proporcionam determinar e realizar uma certa ação.

Em tal perspectiva, o ser docente adquire uma nova dimensão e ensinar, isto é, fazer com que alguém aprenda (ROLDÃO, 2008 apud CONCEIÇÃO; SOUSA, 2012) será largamente privilegiado favorecendo o debitar de conteúdos.

Os ideais atribuídos à profissão docente são históricos e culturais. No entanto, algumas características estão expressas no cerne da profissão. Dessa forma, no decorrer da formação do docente, na maioria das vezes ele não toma contato com o contexto real das escolas, somente com imagens que não se coadunam com a situação do cotidiano. Os docentes formados em tal perspectiva, ao ingressarem nas escolas, sentem-se perdidos, porque as imagens que tinham a respeito da educação e dos alunos, esfrelam-se no decorrer do seu trabalho. Se os docentes acumularam muitas tensões e conflitos em sua formação teórica, agora sentem-se desorientados em seu fazer prático (PASCHOALINO, 2014).

O trabalho do docente deve atender a todas as exigências da contemporaneidade, a formação integral e completa dos alunos, capacitá-los com uma cultura geral e também diversificada proporcionando o conhecimento científico, a comunicação e o raciocínio lógico. Assim como trabalhar com os alunos as várias dimensões do ser humano para atingir sua plena formação psicológica, afetiva e emocional (PASCHOALINO, 2014).

De acordo com um estudo que comparou quatro países da América Latina sobre alguns aspectos do magistério na educação básica. No Brasil, a maioria dos docentes se vê como classe média baixa (51,6%); 62,4% declaram ter condições econômicas melhores que as de seus pais e mais de 80% acham que daqui a cinco anos estarão em situação econômica igual ou melhor do que a atual; 9,1% dos docentes trabalhando em três ou mais estabelecimentos de ensino e 79,3% manifestando alta satisfação com a atividade docente em si mesma, sendo que 62,5% se dizem igualmente ou mais satisfeitos hoje que no início da carreira (LÜDKE; BOING, 2007).

Vários profissionais da educação se veem hoje obrigados a estender a carga horária de trabalho (manhã, tarde e noite) para alcançar um padrão de vida satisfatório. A extensa carga horária, várias vezes tem como resultado o

alto nível de esgotamento físico do profissional que se vê sem tempo para desenvolver outras atividades como estudos, lazer ou ainda desfrutar da companhia familiar (SILVA; SILVA; FERREIRA, 2012).

Para Fontana (1998, apud SILVA; SILVA; FERREIRA, 2012), os docentes que superaram as diversidades parecem ter uma personalidade cujas características psicológicas, idade, gênero, educação, posição social e experiências passadas influenciam sobre a maneira de avaliação de uma situação estressante e o grau de envolvimento com essas situações, podendo lidar melhor com os estresses e dificuldades do cotidiano escolar.

O profissional do ensino, perante uma situação, mobiliza um conjunto de competências específicas que caracteriza um recurso essencial para o ofício de docente (CONCEIÇÃO; SOUSA, 2012). De acordo com Perrenoud (2000) existem nove competências gerais citadas a seguir:

- a) Organizar e Dirigir Situações de Aprendizagem: dispor de competências profissionais para imaginar e criar situações de aprendizagem; pressupõe que o docente domine não só os conteúdos a serem ensinados, mas também os conceitos com suficiente fluência.
- b) Administrar a Progressão das Aprendizagens: caracteriza-se pela capacidade de administrar a heterogeneidade da turma, de uma situação – problema; propor situações - problema que favoreçam as aprendizagens visadas.
- c) Conceber e Fazer Evoluir os Dispositivos de Diferenciação: fazer com que os dispositivos didáticos permitam aos alunos captarem e organizar diferentemente o trabalho na aula
- d) Trabalhar em Equipe: pressupõe novas formas de cooperação; trabalhar em equipe; analisar e combater resistências ligadas à cooperação, bem como saber auto-avaliar e saber elaborar um projeto em equipe.
- e) Participar na Administração da Escola: elaborar, negociar um projeto da instituição; administrar os recursos da escola; coordenar, dirigir uma escola com todos os seus parceiros; organizar e fazer evoluir, no âmbito da escola, a

participação dos alunos.

f) Informar e Envolver os Pais: dirigir reuniões de informação e de debate; realizar entrevistas; causar envolvimento dos pais na construção dos saberes. Dirigir reuniões de informação pressupõe que o docente tenha a competência de não realizar reuniões gerais, quando os pais têm preocupações particulares.

g) Utilizar as Novas Tecnologias: familiarizar os alunos com as novas ferramentas informáticas; o docente deverá conciliar o seu trabalho com as ferramentas que tem ao seu alcance para facilitar as aprendizagens dos alunos.

h) Enfrentar os Deveres e Dilemas da Profissão: conseguir a adesão dos alunos contra os preconceitos e as discriminações sexuais, étnicas e sociais; deve inculcar esses valores, por meio de uma prática reflexiva.

i) Administrar a sua Própria Formação Contínua; interesse em saber analisar e explicitar as suas práticas, porque, refere-se da base para uma autoformação. Dessa forma, formar-se é aprender, é mudar, mediante diversos procedimentos pessoais e coletivos de autoformação.

Concluindo conforme a posição de Nóvoa (2000) é importante a que a opção da carreira seja fruto de uma vocação. Uns dizem-se “vocacionados”, pelo que enveredarão pela carreira docente por “gosto” e para satisfação do seu ego, enquanto outros, face ao mercado de trabalho, se vêem compelidos a acatar a oportunidade que lhes depara.

O problema da vocação não é, porém, linear, nem a carreira docente se pode ater, apenas, às vocações individuais, numa perspectiva em que ser professor se constrói e deve ser encarado numa visão científica.

## **2.2 Sobrepeso e Obesidade**

O Sobrepeso e a Obesidade caracterizam-se por acúmulo de gordura corporal em um nível que compromete a saúde dos indivíduos, ocasionando

prejuízos tais como alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

A obesidade é consequência do desequilíbrio no balanço entre a energia ingerida e aquela gasta para a manutenção de processos vitais e trabalho desenvolvido. Podendo, portanto, ser desencadeada quando há excesso na ingestão, sem aumento correspondente no gasto energético, ou por ingestão normal ocasionado por erros no metabolismo (YORK, 1985 apud TEIXEIRA, 1993).

A obesidade com frequência é definida como uma condição de acúmulo anormal ou excessivo de gordura no tecido adiposo, numa extensão em que a saúde pode ser prejudicada. A doença subjacente é o equilíbrio entre energia positiva indesejável e ganho de peso, pois a obesidade é consequência de um desequilíbrio de energia – a ingestão de energia excede o gasto de energia durante um período considerável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

O Ministério da Saúde (2006) com base na Organização Mundial de Saúde (OMS) define a obesidade como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas. A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso. Assim, a obesidade é definida em termos de excesso de peso.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009, estimou que, exista cerca de 180 milhões de obesos adultos no mundo, sendo que tal número se torna significativamente maior se for considerado os indivíduos com sobrepeso e que apresentam um risco aumentado de se tornarem obesos no futuro. Apesar da obesidade não ser classificada como transtorno mental, apresenta aspectos de perturbações no comprometimento alimentar, que por vezes necessitam de intervenção psiquiátrica.

Para Lamounier e Parizzi (2007), muitos estudos apontam obesidade como um distúrbio da solidão e da desvalorização do cuidado nas relações interpessoais. O excesso de ingestão de alimentos pode ser entendido como

uma forma eficiente de preencher vazios existenciais, tão comuns na sociedade mercantilista contemporânea.

A obesidade está sendo considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos, por causa do aumento de sua incidência. É possível que atinja 10% da população destes países e que mais de um terço das pessoas norte-americanas estejam acima do peso desejável (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Mais pessoas são tratadas para obesidade nos Estados Unidos do que para todos os outros problemas de saúde combinados. Um custo inacreditável de 30 bilhões de dólares é gasto a cada ano apenas em programas comerciais de perda de peso (GURA, 1997 apud STRAUB, 2007).

Segundo estudo feito pela Universidade de Brasília (UnB), apresentado pelo Ministério da Saúde, em Brasília, o tratamento da obesidade e de doenças relacionadas ao excesso de peso gera um custo de R\$ 488 milhões de reais por ano ao governo.

A pesquisa realizada pela UnB, inclui os gastos diretos com o tratamento da obesidade. As cirurgias bariátricas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, geram um custo de R\$ 32 milhões ao ano para o governo.

Os primeiros hábitos alimentares podem causar determinação do padrão para a vida inteira, e esse padrão pode levar a problemas futuros na vida. Os alimentos que estão relacionados com cinco das 10 principais causas de morte: doenças cardíacas, câncer, Acidente Vascular Cerebral (AVC), diabetes e arteriosclerose (Organização Mundial da Saúde, 1990 apud STRAUB, 2007).

O excesso de gordura na dieta é reconhecido com importante patógeno comportamental (WILLETT, 1994 apud STRAUB, 2007). Uma vez internamente no corpo, a gordura alimentar torna-se gordura corporal de uma forma muito eficiente.

O consumo de gordura, que se torna colesterol alimentar no corpo, caracteriza-se um fator que contribui para muitos problemas de saúde, o que inclui a doença coronariana. O colesterol é uma substância oleosa essencial

para que se formem as paredes celulares fortes, a mielinização das células nervosas e a produção de hormônios. Entretanto, o colesterol que recebemos das gorduras dos alimentos não é essencial, porque o fígado fabrica todo o colesterol de que o corpo necessita. O colesterol alimentar, que provém de gorduras e óleos animais e não de produtos vegetais, circula no sangue e, portanto, é chamado de colesterol do soro, sendo o soro a parte líquida do sangue.

A dieta está relacionada em um terço de todas as mortes que ocorrem por causa do câncer nos Estados Unidos (LICHTENSTEIN e cols., 1998 apud STRAUB, 2007). A maior responsável pelo câncer em relação à dieta é a gordura saturada, em especial aquela encontrada em mantimentos de origem animal. A gordura saturada já foi relacionada com vários tipos de câncer, o que inclui o câncer de mama, o câncer da próstata e o câncer de colo e reto (TORIBARA; SLEISENGER, 1995 apud STRAUB, 2007).

Além de doenças causadas pela gordura saturada, observa-se que dentro da esfera social a obesidade recebe duas definições: a de um estado desviante dos padrões de normalidade na cultura. Dessa forma, o corpo gordo é considerado fora da norma social vigente porque vai de encontro ao modelo de corpo magro e/ou musculoso tido como socialmente aceitável. A outra definição abrange a obesidade enquanto um estado patológico, uma doença, em função dos vários sinais e sintomas da enfermidade, da sua alta relação com outras comorbidades e ainda por comprometer a qualidade de vida do indivíduo no seu ambiente (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Nos últimos anos, a definição de obesidade foi refinada, passando a ter significação de existir a presença de gordura corporal em excesso. Um método utilizado com mais frequência para mensurar a obesidade atualmente é o índice de massa corporal, que compreende uma forte correlação com a porcentagem de gordura corporal. Segundo Straub (2007), o índice de massa corporal é feito dividindo-se o seu peso corporal, em kg, pelo quadrado da sua altura, em metros:  $IMC = \text{peso em kg} / \text{altura em m}^2$ .

O diagnóstico da obesidade é feito mediante o parâmetro estipulado pela Organização Mundial de Saúde - o *body mass index* (BMI) ou índice de massa



corporal (IMC), obtido a partir da relação entre peso corpóreo (kg) e estatura (m)<sup>2</sup> dos indivíduos. Por meio deste parâmetro, são considerados obesos os indivíduos cujo IMC encontra-se num valor igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup> (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Para Pinheiro, Freitas, Corso (2004) o Índice de Massa Corporal (IMC) (definido pelo peso em kg dividido pela altura em metros quadrados) é medida eficaz para avaliar o excesso de gordura corporal, sendo consensual admitir que, independentemente de sexo e idade, pessoas adultas com IMC igual ou superior a 30kg/m<sup>2</sup> devem ser classificadas como obesas.

A quantidade geral de gordura corporal é importante, sendo que as evidências apontam que o lugar onde a gordura corporal é distribuída pode ser ainda mais significativo. O excesso de gordura na porção superior do corpo e no abdome, corpo na forma de maçã, relacionado com o padrão masculino de obesidade, foi vinculado com a arteriosclerose, a hipertensão e o diabetes (MORRIS e RIMM, 1991 apud STRAUB, 2007) e, quilo por quilo, com risco geral à saúde maior do que a gordura que se concentra nos quadris e nas coxas, corpo no formato de pera do padrão feminino de obesidade.

Entretanto, os perigos para a saúde de uma relação cintura/quadril alta se aplicam a mulheres e homens (SJOSTROM, 1992 apud STRAUB, 2007) e podem tornar-se um prognóstico ainda mais preciso de mortalidade de todas as causas do que o índice de massa corporal.

A obesidade é um grande risco: à medida que a gordura corporal acumula, preenche o espaço ocupado por órgãos internos e contribui para muitos problemas crônicos de saúde (STRAUB, 2007), como:

- A incidência de hipertensão em pessoas que estão 50% ou mais acima do peso é de três a cinco vezes a de pessoas com peso considerado normal.
- A obesidade aumenta a demanda do corpo por insulina e sua resistência a ela, por isso, é a principal razão da existência na pessoa de diabetes tipo II.

- O fígado fabrica mais triglicerídeos, a forma mais comum de gordura na corrente sanguínea, e colesterol em indivíduos com excesso de peso corporal, aumentando o risco de artrite, gota e problemas na vesícula.
- Complicações após cirurgias, incluindo infecções, são ocasionadas com mais frequência entre pessoas obesas.
- Existe firme correlação entre a obesidade e doenças cardiovasculares em homens e mulheres, mesmo após ajustes estatísticos serem realizados para a pressão, o colesterol, o hábito de fumar, a idade e o diabetes.
- A obesidade aumenta o risco de alguns tipos de câncer.

Um fator que complica a relação entre obesidade e saúde é a idade. O fato de estar acima do peso faz aumentar a chance de morte de todas as causas entre os jovens e os adultos de meia-idade (OSTER et al, 1999; STEVENS e cols., 1998 apud STRAUB, 2007).

Até o bem-estar psicológico é afetado pela obesidade, embora a maneira como é afetado dependa do gênero. Por exemplo, mulheres acima do peso têm mais probabilidade de se sentirem deprimidas, e mesmo suicidas, do que as mulheres mais magras (CARPENTER et al, 2000 apud STRAUB, 2007). De maneira interessante, os homens abaixo do peso são mais prováveis de ser diagnosticados com depressão clínica do que os mais gordos.

A obesidade é um fenômeno complexo, que envolve fatores biológicos, sociais e psicológicos em suas causas e consequências. Para Wanderley e Ferreira (2010) na literatura existe um consenso de que a etiologia da obesidade é muito complexa, apresentando um caráter multifatorial. Envolve, portanto, uma gama de fatores, o que inclui os históricos, ecológicos, políticos, socioeconômicos, psicossociais, biológicos e culturais. Ainda assim, nota-se que, em geral, os fatores mais estudados da obesidade são os biológicos relacionados ao estilo de vida, de modo especial no que diz respeito ao binômio dieta e atividade física com a incorporação do sedentarismo.

Os obesos apresentam níveis maiores de sintomas depressivos,

ansiedade, transtornos alimentares, de personalidade e distúrbios da imagem corporal. As pessoas obesas eram vistas como as únicas culpadas pela sua condição, isto é, são gordas por não se controlar, tendo assim baixa auto-estima e se sentindo covarde por usarem a gordura para se esconder. (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

Quanto a hereditariedade, os genes contribuem com a probabilidade de ser obeso e atingem a maneira como o corpo absorve nutrientes. Alguns indivíduos não respondem e o seu colesterol do soro permanece o mesmo, inclusive quando o consumo de ovos e outros alimentos ricos em colesterol é reduzido (BRODY, 1995 apud STRAUB, 2007).

Reconhece-se que o apetite e o comportamento alimentar recebem influência genética e há indícios de que o componente genético atue sobre o gasto energético, notadamente sobre a taxa metabólica basal (STRAUB, 2007).

É importante reconhecer que somente a hereditariedade não destina um indivíduo a ser gordo. A obesidade é resultado da vulnerabilidade genética, de fatores ambientais ou de comportamentos mal-adaptativos. O que parece ser herdado é uma tendência a ser gordo e a atividade cotidiana, uma dieta moderada com baixos teores de gordura podem limitar as tendências genéticas para a obesidade (BROWNELL; WADDEN, 1992 apud STRAUB, 2007)

Quanto à cultura, *status* socioeconômico e gênero: a obesidade vem aumentando, para os dois gêneros, tanto em países desenvolvidos quanto nas sociedades em desenvolvimento; as diferenças geográficas no país expressam diferenciações sociais na distribuição da obesidade com maior prevalência de excesso de peso nas regiões mais desenvolvidas; a ocorrência desse agravo praticamente triplicou entre homens e mulheres maiores de vinte anos; a obesidade já está aumentando na classe com recursos financeiros mais baixo; os indivíduos obesos e não-obesos respondem a diferentes estímulos alimentares (WANDERLEY; FERREIRA, 2010).

### **2.3 Pesquisas sobre Sobrepeso e Obesidade no Trabalho**

Sousa et al (2007) estudaram a “Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde de Teresina, Piauí”

mostraram que o excesso de peso foi mais frequente no sexo masculino (59,68%) do que no feminino (51,03%), porém a obesidade foi mais prevalente no sexo feminino (19,31%). Os autores concluíram que, vários estudos realizados no Brasil e em outros países em desenvolvimento, têm mostrado que as mulheres têm maior probabilidade de apresentar obesidade do que os homens.

Silveira; Kac e Barbosa (2009), estudaram a “Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal”. Os autores ressaltaram que a obesidade é um problema de saúde em ascensão, sendo comum entre mulheres e populações urbanas. Ainda os autores comentam que uma possível explicação para maior prevalência de obesidade nas mulheres pode ser o maior acúmulo de gordura visceral e maior expectativa de vida.

Segundo Freitas et al (2009) objetivou-se conhecer a prevalência de sobrepeso e obesidade entre os docentes de uma Instituição de Ensino Superior (IES) de Fortaleza. Os resultados indicaram que no estudo realizado, há um percentual elevado de docentes com sobrepeso e obesidade, que as mulheres são mais sedentárias do que os homens e que a obesidade esteve mais presente entre os solteiros e os mestres. Os autores concluíram que, há necessidade de intervenções, junto às instituições de ensino, como a educação e a promoção da saúde, para que os docentes busquem estilos de vida mais saudáveis, reduzindo o peso corporal e praticando atividades físicas regularmente.

Guimarães (2009) realizou um grupo de apoio com docentes em encontro semanal durante aproximadamente dois meses e meio, com três horas de duração, onde foram trabalhados os conteúdos relacionados a obesidade. Os resultados indicaram que o trabalho confirmou a necessidade e importância da atividade com profissionais de áreas multidisciplinares na conscientização, adesão e tratamento das questões referentes à obesidade. Identificou-se a importância do grupo de apoio, em que os participantes reconheceram problemas em comum, interagiram e se fortaleceram enquanto

membros de um mesmo grupo: dificuldade de locomoção; problemas respiratórios, dificultando a comunicação; dificuldade de adaptação aos cuidados relacionados à educação infantil (amarrar sapatos de crianças, mesinhas baixas); não facilidade em realizar recreação e não facilidade em disponibilizar horários para tratamento médico e psicoterápico (alto índice de professores atuando em carga horária integral, face aos baixos salários). Percebem-se problemas ligados a dores lombares – no abaixar e levantar-se ao realizar os cuidados de rotina com a Educação Infantil.

Segundo Malta et. al (2014) estudaram a prevalência de excesso de peso na população adulta que reside nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. Os resultados indicaram que, aumentou de 43,2% em 2006 para 51,0% em 2012, sendo de 1,37% o incremento anual médio calculado para o período. A prevalência do excesso de peso se elevou significativamente em homens e mulheres, em todas as faixas etárias e em todos os níveis de escolaridade. A prevalência foi mais elevada para pessoas do sexo feminino, para as faixas etárias mais jovens e de maior escolaridade. Os resultados do estudo aponta para o grande problema do crescimento do excesso de peso e obesidade no Brasil. A intensidade do aumento, de mais de um ponto percentual ao ano no caso do excesso de peso e de quase um ponto percentual no caso da obesidade, indica que, mantida essa tendência, em mais dez anos, cerca de dois terços dos brasileiros terão excesso de peso e cerca de um quarto serão obesos.

Portanto, são grandes os desafios para deter o crescimento da obesidade e excesso de peso e este esforço requer uma ação conjunta e integrada dos diferentes setores e participação ativa da sociedade.

## **2.4 Qualidade de Sono**

O sono é definido como estado fisiológico complexo, descontínuo, organizado em fases, que requer interação cerebral completa, no qual acontecem alterações fisiológicas e comportamentais (CARLSON, 2002 apud

SOARES, 2011). A pessoa tem três processos básicos (o circadiano, homeostático e ultradianos) e qualquer alteração nestes produzirá alteração no ciclo sono-vigília, porque a interação circadiana e homeostática favorece um adequado funcionamento entre a relação sono e vigília e estes acontecem em momentos determinados do dia (MARTINS; TUFIK, 2001 apud SOARES, 2011)

O sono caracteriza-se por ser uma função biológica fundamental na concretização da memória, na termorregulação, na conservação e reparo da energia e do metabolismo (SOARES, 2011).

A variação circadiana da sonolência faz com que a pessoa sinta mais sono em determinadas horas do dia e da noite. Os períodos de maior sonolência diurna e noturna são, respectivamente, os próximos ao horário do almoço e no período da madrugada. Dessa forma, é menos fácil para quem trabalha à noite começar o sono de manhã, do que no começo da tarde. Frequentemente, os locais de trabalho não têm locais para repouso (MENDES, 2005).

Existe uma grande diversidade individual referente ao padrão e à necessidade de sono. Alguns indivíduos sentem-se descansados e ativos dormindo cinco horas por noite; outros precisam de 10 a 12 horas de sono para se sentirem bem durante o dia (DALGALARRONDO, 2008).

Segundo Müller e Guimarães (2007), as medidas preventivas para se obter qualidade de sono é a necessidade que a pessoa tem de ir de encontro com o desenvolvimento tecnológico, pois este contribui tanto de forma positiva quanto negativa para a qualidade do sono das pessoas. Dentre os fatores que afetam o sono nas sociedades modernas está, por exemplo, a luz artificial - que modificou os hábitos relacionados aos ciclos sono-vigília e claro-escuro.

O diagnóstico dos transtornos do sono é feito por meio de anamnese detalhada relacionada aos comportamentos referentes ao sono e à sonolência. Nos casos de diagnóstico mais difícil, é melhor utilizar o laboratório de sono, no qual são feitas as avaliações global, fisiológica e comportamental do sono (DALGALARRONDO, 2008).

Os Transtornos do Sono são abordados no presente estudo com base

no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM – IV elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2000) e o autor Dalgalarondo (2008), a saber:

### Insônia

A insônia primária, segundo o DSM-IV (APA, 2000) é uma queixa de não facilidade para começar ou manter o sono ou de um sono não reparador, que dura no mínimo 1 mês e gera sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

A insônia caracteriza-se pela dificuldade em adormecer (insônia inicial), pela dificuldade em permanecer adormecido (sono entrecortado), ou pelo despertar muito precoce, acordando de madrugada (normalmente por volta das 3 a 5 horas da manhã), não conseguindo voltar a dormir (Silver, 2005 apud DALGALARRONDO, 2008).

Do ponto de vista epidemiológico, a insônia acontece mais comumente em mulheres, idosos, pessoas de baixo nível socioeconômico, divorciados, viúvos e em pessoas internadas em hospital geral ou em prisões (DALGALARRONDO, 2008).

### Síndrome das pernas inquietas

Esta síndrome define-se pela necessidade irresistível de movimentar as pernas (acatisia) vindo junto com a sensação de desconforto “dentro” delas (pode também acometer os braços e todo o corpo). Podem acontecer sensações parestésicas (formigamentos, sensação de peso ou de pinicar, etc.) nas pernas, entre o tornozelo e o joelho. Tal desconforto se intensifica com o repouso e melhora como movimento. A sensação é pior à noite, prejudicando seriamente o sono (EARLEY, 2003 apud DALGALARRONDO, 2008)

### Transtornos do sono associados à apnéia

A apnéia do sono define-se pela ocorrência de pausas respiratórias curtas, de 10 a 50 segundos, durante o sono. Nos episódios de apnéia, o indivíduo geralmente ronca, a saturação sanguínea de oxigênio cai e, com

frequência, acontece breve despertar. Para o diagnóstico, exige-se que aconteçam pelo menos 30 episódios de pausas em uma noite (DALGALARRONDO, 2008).

Quando se observam pacientes que se queixam de constante sonolência, dores de cabeça, cansaço e irritação durante o dia, deve-se perguntar aos cônjuges (ou outros indivíduos que observam o paciente dormindo com certa frequência) se eles são pessoas que, durante o sono, apresentam roncos, pausas respiratórias, sono muito agitado, noctúria (necessidade de urinar à noite) e sudorese noturna. Em caso positivo, deve-se suspeitar de apnéia do sono e indicar um estudo polissonográfico (PSG) a fim de confirmar o diagnóstico (DALGALARRONDO, 2008).

Estima-se que cerca de 9% da população masculina de meia-idade e 4% da população feminina após a menopausa sofram de apnéia obstrutiva do sono (AZEVEDO; ALOÉ; TAVARES, 2007 apud DALGALARRONDO, 2008)

Além de frequente, é uma condição que causa graves prejuízos. O indivíduo dorme no trabalho, no carro, no semáforo; sente-se irritado, ansioso, cansado e deprimido. Outrossim, a apnéia do sono está associada com morbidade e mortalidade aumentadas (por arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, acidentes, etc.) (DALGALARRONDO, 2008).

## Narcolepsia

A Narcolepsia, segundo o DSM-IV (APA, 2000) são ataques repetidos e irresistíveis de sono reparador, cataplexia e intrusões recorrentes de elementos do sono REM no espaço de tempo de transição entre o sono e a completa vigília.

A narcolepsia define-se por ataques diurnos de sono REM, com sonolência intensa, como se a atividade neurofisiológica característica desse tipo de sono “invadissem” a vigília. Ademais da sonolência diurna, a narcolepsia manifesta-se clinicamente por ataques de cataplexia, que é uma crise imperceptível de fraqueza de grupos musculares (queixo, cabeça, joelho), ocorrendo a queda da mandíbula, da cabeça, fraqueza nos joelhos e, eventualmente, queda abrupta e completa ao solo. Os “ataques de sono” são



normalmente desencadeados por emoções fortes, riso, raiva e excitação sexual (DAUVILLIERS; ARNULF; MIGNOT, 2007 apud DALGALARRONDO, 2008).

Essa condição costuma surgir na adolescência e mantém-se ao longo da vida. Ocorre em 0,02 a 0,1% dos adultos, com leve predomínio para o sexo masculino (DALGALARRONDO, 2008).

#### Síndrome de Kleine-Levin

É uma condição relativamente rara (186 casos relatados) que acontece mais em adolescentes (11 a 17 anos, média de 15anos). Existem episódios de sonolência, com média de 10 dias de duração, em que o paciente dorme excessivamente durante o dia e a noite. Quando acordado, come vorazmente (hiperfagia), fica irritado e desinibido socialmente (algo semelhante ao episódio de mania), podendo apresentar também hipersexualidade e agressividade. Ocorre mais em rapazes que em garotas, e sua causa é desconhecida (ARNULF et al., 2005 apud DALGALARRONDO, 2008).

#### Parassonias

As Parassonias, segundo o DSM-IV (APA, 2000) são transtornos caracterizados por eventos comportamentais ou fisiológicos não normais, acontecendo em associação com o sono, estágios específicos do sono ou transições do sono para a vigília.

As parassonias definem-se por alterações do despertar, por disfunções na transição sono-vigília ou por um despertar incompleto (DALGALARRONDO, 2008).

#### Sonambulismo

O Transtorno de Sonambulismo, segundo o DSM-IV (APA, 2000) relaciona-se a episódios repetitivos de comportamento motor complexo começado durante o sono, incluindo levantar-se da cama e deambular.

O sonambulismo define-se pela deambulação e pela execução de comportamentos complexos durante o sono. O comportamento complexo pode incluir atos automáticos como andar, trocar de roupa, urinar no armário ou

mesmo por fogo em um móvel. É comum na infância e na adolescência (principalmente em crianças entre 4 e 8 anos) (DALGALARRONDO, 2008).

#### Terror ou pavor noturno

O Transtorno de Terror Noturno, segundo DSM-IV (APA, 2000) é a ocorrência repetida de terror no decorrer do sono, representada por um despertar abrupto, de forma geral iniciando com um grito de pânico.

O terror ou pavor noturno define-se por um despertar de uma fase de sono profundo (sono de ondas lentas, normalmente na fase 4) com um grito lancinante, acompanhado de medo intenso e manifestações autonômicas (taquicardia, taquipnéia, sudorese, rubor e midríase). A crise costuma durar de 5 a 20 minutos. No dia seguinte, a pessoa não se lembra do que aconteceu (DALGALARRONDO, 2008).

#### Paralisia do sono

A paralisia do sono caracteriza-se por ser um despertar (ou adormecer) incompleto. A pessoa, ao despertar (ou ao adormecer), mostra fraqueza muscular importante, sendo incapaz de realizar atividade motora voluntária. Sente-se muito angustiada por não poder mover um só dedo, apesar de já estar consciente (DALGALARRONDO, 2008).

#### Bruxismo

O bruxismo também pode ser considerado um transtorno do despertar parcial, mediante um período de sono profundo (fase 3 ou 4). Dormindo, a pessoa range vigorosamente os dentes, devido à atividade rítmica do músculo masseter. Ocorre em 3 a 20% da população geral, sendo mais comum em jovens. Uma das consequências do bruxismo é o sono de má qualidade (DALGALARRONDO, 2008).

#### Enurese

A enurese noturna também acontece durante o sono profundo, normalmente em crianças com mais de 4 anos de idade (até essa idade, a enurese não é considerada anormal). Acomete mais crianças de até 6 anos

(25% dos meninos e 15% das meninas), acontecendo em 2% dos adultos. A micção ocorre devido ao relaxamento do esfíncter urinário (DALGALARRONDO, 2008).

### Pesadelo

O Transtorno de Pesadelo, segundo DSM-IV (APA, 2000) é a ocorrência repetida de sonhos assustadores que direcionam ao despertar. A pessoa torna-se plenamente alerta ao despertar.

Os pesadelos são sonhos ansiosos, com conteúdos ameaçadores e terroríficos, que acontecem durante o sono REM, no terço final da noite. A pessoa pode acordar durante o pesadelo e lembrar-se de seu conteúdo no dia seguinte. Os pesadelos associam-se a conflitos emocionais inconscientes ou conscientes, períodos de ansiedade e tensão, preocupações e temores antigos ou atuais. Deve-se buscar diferenciar claramente os pesadelos (sono REM, último terço da noite) do terror noturno (sono profundo, primeiro terço da noite) (DALGALARRONDO, 2008).

### Síndromes do atraso e do avanço do sono

Nestas síndromes, o início (e período total do sono) acontece mais cedo ou mais tarde que o socialmente convencional ou desejado. A síndrome do atraso da fase do sono acontece mais em adolescentes. O paciente apresenta tempo de sono mais longo e tende a ter como período principal do sono os horários das 5 as 14 horas. Mostra dificuldade de sincronizar seu sono em períodos socialmente desejados; isso pode gerar problemas familiares e escolares e uso indevido de álcool e hipnóticos. De modo geral, após o sono iniciar-se, ele revela-se normal (não se trata de insônia, mas de deslocamento do período de sono). A síndrome de avanço do sono acontece mais em idosos; o paciente dorme antes das 20 ou 21 horas e acorda de madrugada, não conseguindo mais dormir. Não se sabe ao certo se essas síndromes ocorrem devido a fatores psicológicos e socioculturais (hábitos, interesses das distintas “idades”) ou a fatores neurobiológicos (perfil de maturação ou involução cerebral) (DALGALARRONDO, 2008).

### Hipersonia Primária

A Hipersonia Primária, segundo o DSM-IV (APA, 2000) consiste de sonolência excessiva por um espaço de tempo mínimo de 1 mês, evidenciada por episódios extensos de sono ou por episódios de sono diurno ocorrendo quase que diariamente.

#### Transtorno do Sono Relacionado à Respiração

O Transtorno do Sono Relacionado à Respiração, segundo o DSM-IV (APA, 2000) caracteriza-se por ser um distúrbio do sono que provoca sonolência excessiva ou insônia, considerado decorrente de anormalidades ventilatórias no desenrolar do sono (por ex.: apnéia do sono ou hipoventilação alveolar central).

#### Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono

O Transtorno do Ritmo Circadiano do Sono, segundo DSM-IV (APA, 2000) caracteriza-se por ser um padrão persistente ou recorrente de distúrbio do sono que resulta de um desajuste entre o sistema circadiano de sono-vigília endógeno da pessoa, por uma vertente, e demandas exógenas relativas ao tempo e duração do sono, por outra.

#### Transtornos do Sono Relacionados a Outro Transtorno Mental

Segundo o DSM-IV (APA, 2000), a Insônia Relacionada a Outro Transtorno Mental e a Hipersonia Relacionada a Outro Transtorno Mental caracterizam-se pela presença de insônia ou hipersonia considerada temporal e causalmente vinculada a outro transtorno mental.

#### Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral

O Transtorno do Sono Devido a uma Condição Médica Geral, segundo o DSM-IV (APA, 2000) caracteriza-se por ser um distúrbio proeminente no sono de forma suficiente severo para indicar uma atenção clínica de maneira independente e devido a uma condição médica geral.

#### Transtorno do Sono Induzido por Substância

O Transtorno do Sono Induzido por Substância, segundo o DSM-IV (APA, 2000) caracteriza-se por ser um distúrbio do sono proeminente dos

efeitos fisiológicos diretos de uma substância (ou seja, droga de abuso, medicamento ou exposição a uma toxina).

Em relação a atividade docente, o docente além das atividades diárias necessita a todo momento estar atualizando-se com os acontecimentos que o cerca e novas as tecnologias – fatores que geram intensas cobranças, não só externa, mas interna. Diante disso, pode sentir-se despreparado e desmotivado quando não consegue executar adequadamente suas obrigações, o que poderá desencadear estresse no trabalho, que irá acarretar complicações para a saúde, gerando má qualidade do sono e insatisfação com a profissão, pois esta deixará de proporcionar prazer e passará a ser causadora de problemas e desconfortos (SOARES, 2011).

Em um estudo realizado em nove escolas públicas de São Paulo, 95,4% dos docentes relataram que a docência é cansativa e desgastante, comprovando a influência de considerável carga de estresse que esse profissional está submetido. O docente que sofre ações de estresse tem seu sono afetado, não apresentando um bom desempenho em suas atividades, fator que levará a transtornos psicofísicos. Este tenderá a sintomas como isolamento, sentimento de onipotência, perda de interesse pelo trabalho ou pelo lazer, insônia e cinismo (SOARES, 2011).

Em uma pesquisa realizada em escolas privadas da Bahia, sobre as condições de trabalho e saúde, foi observado que 67,9% dos docentes possuíam um ritmo acelerado de trabalho e 54,9% possuíam um ritmo frenético; 25,7% mencionaram a escola como ambiente estressante. Assim é possível observar um horário de trabalho diferenciado com relação a este profissional, que muitas vezes atua em mais de uma escola e inicia seus horários muito cedo e finaliza-os muito tarde, alterando drasticamente seu ciclo sono-vigília, e aumentando os agentes estressores, acarretando prejuízos à sua saúde (SOARES, 2011).

Associa-se estresse a má qualidade do sono, pois a insônia é um dos transtornos mais frequente na sociedade atual, e esta pode r devido a comportamentos inadequados, como estados de ansiedade, expectativas negativas relacionadas às atividades do cotidiano, cansaço diurno, hábitos

irregulares de sono e situações conflitantes (SOARES, 2011).

Segundo Valle, Reimão e Malvezzi (2011), na medida em que o estresse e os distúrbios do sono interferem no desempenho dos docentes e na aprendizagem dos alunos, percebe-se uma lacuna que não vem recebendo atenção de profissionais especializados na aprendizagem. As exigências do trabalho obrigam o docente a esforços e podem comprometer o seu equilíbrio e saúde, interferindo em sua atividade de sono, também. O estresse e os distúrbios do sono são ameaças graves, porque causam sofrimento e repercutem em toda a sociedade, quando o profissional é um educador, responsável por crianças e adolescentes.

A ansiedade que pode surgir diante de fatores estressantes pode gerar níveis graves de insônia e evoluir para transtornos graves e crônicos, que podem incluir fragmentação do sono com múltiplos despertares e dificuldade em conciliar o sono, gerando desequilíbrio no comportamento e na saúde (VALLE; REIMÃO; MALVEZZI, 2011).

Para concluir, o sono é fundamental para a conservação e reparo da energia e do metabolismo, sendo que o professor necessita de boa qualidade de sono para dar conta de suas atividades docentes.

### **3 MÉTODO**

O método fornece ao pesquisador a objetividade necessária para o tratamento dos fatos e tem como objetivo proporcionar soluções para os problemas da investigação científica (GIL, 1994).

#### **3.1 Tipo de Pesquisa**

O tipo de pesquisa foi exploratória e descritiva, quantitativa, por meio de levantamento. O levantamento foi por meio de questionários. A pesquisa se define também por ser exploratória descritiva e de acordo com Gil (1994) as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com objetivo na construção de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos que venham ocorrer posteriormente. Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de oferecer uma visão geral, de tipo aproximativo, sobre determinado fato.

Ainda de acordo com Gil (1994) a pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Também são pesquisas descritivas aquelas que têm como enfoque descobrir a existência de associações entre variáveis.

As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que de forma habitual fazem os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. São também as mais requisitadas por organizações como instituições educacionais, empresas comerciais, partidos políticos, etc.

#### **3.2 Local**

O local da pesquisa foi em uma instituição escolar do ensino

fundamental da cidade de Taubaté.

### **3.3 População e Amostra**

A amostra pesquisada foi constituída de 31 professores da rede municipal com abaixo do peso, peso normal, sobrepeso e obesos da cidade de Taubaté.

### **3.4 Instrumentos**

**3.4.1 Questionário Sócio-Demográfico-Ocupacional (QSDO):** para identificação da amostra com dados gerais sobre idade, sexo, estado civil, trabalho, escolaridade, peso e altura. Solicitou-se o peso e altura dos professores para a análise do Índice de Massa Corporal (IMC).

**3.4.2 Questionário de Qualidade de Sono (QQS)** O questionário consta de 12 perguntas sobre a Qualidade de Sono (de 1 a 12 questões) e conforme os resultados obtidos, classifica-se a qualidade de sono (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

**3.4.3 Questionário sobre Sonolência Diurna Excessiva de Epworth.** A pontuação da escala varia de 0 a 24 pontos, sendo que valores acima de 10 pontos indicam sonolência diurna excessiva (GORENSTEIN; ANDRADE; ZUARDI, 2000).

### **3.5 Procedimento de Coleta de Dados**

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa



da Universidade de Taubaté e, após a sua aprovação, os instrumentos foram aplicados. Foi encaminhado um Termo de Autorização da Instituição (ANEXO A) à instituição, solicitando, à direção, permissão para a realização da pesquisa.

A pesquisa foi realizada depois de formalizada sua autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté e aprovado.

Foram incluídos no estudo apenas os docentes que concordaram em participar desta pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (ANEXO B).

Os questionários foram entregues em mãos após orientação e esclarecimento sobre a pesquisa, aplicados na instituição escolar e depois de respondidos foram recolhidos pela pesquisadora, para posterior análise e tabulação dos dados.

### **3.6 Procedimento de Análise de Dados**

Os questionários após respondidos foram recolhidos pela pesquisadora, para análise. Após a tabulação, foram feitos os cálculos estatísticos, porcentagens, médias, correlações. Por último, para que se possam interpretar os resultados, os dados serão organizados em tabelas.

O teste estatístico utilizado foi o Cálculo do coeficiente de Pearson que serviu para correlacionar cada resultado obtido pelo cálculo, utilizando as tabelas, com sobrepeso e obesidade. A correlação foi entre negativa perfeita (-1) e positiva perfeita (1).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados do perfil sociodemográfico e da qualidade de sono da amostra pesquisada.

### 4.1 Resultados do Perfil Sócio-Demográfico-Ocupacional (QSDO)

**Tabela: 1 Distribuição de docentes segundo a variável sexo**

Sexo	Frequência	%
Masculino	12	38,70
Feminino	19	61,30
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se **Tabela 1** que, 38,7% dos docentes são do sexo masculino e 61,3% dos docentes do sexo feminino. Segundo UNESCO (2004), entre os postos de trabalho, registrados pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) para os profissionais do ensino, 77%, eram professores do sexo femininos.

**Tabela: 2 Distribuição de docentes segundo faixa etária**

Idade	Frequência	%
20-29	7	22,60
30-39	12	38,70
40-49	8	25,80
50-59	4	12,90
Acima de 60	0	0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 2** que, a faixa etária predominante é de 30 a 39 anos com 38,7%, corroborando os dados da UNESCO (2004) em que apresentam como resultado uma média de idade dos docentes de 37,8 anos, o que, considerado o panorama internacional, coloca os docentes brasileiros como relativamente mais jovens.

**Tabela:3 Distribuição de docentes segundo escolaridade**

<b>Nível educacional</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Magistério	0	0
<b>Graduado</b>	<b>27</b>	<b>87,10</b>
Especialização incompleta	0	0
Pós-graduação	4	12,90
Mestrado	0	0
Doutorado	0	0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 3** que, a maioria dos docentes possui graduação, representando 87,1% da amostra. Segundo UNESCO (2004), a importância dos profissionais do ensino se revela também pelo fato de constituírem eles o maior subgrupo ocupacional entre os profissionais das ciências e das artes (53%) com alto nível de escolaridade (médio e superior), compartilhado com outros profissionais como engenheiros, médicos, dentistas, jornalistas, advogados.

**Tabela: 4 Distribuição de docentes segundo estado civil**

<b>Estado civil</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Solteiro (a)	10	32,25
<b>Casado (a)</b>	<b>19</b>	<b>61,30</b>
Viúvo (a)	0	0
Divorciado(a) /Separado(a)	2	6,45
Outro	0	0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 4** que, a maioria dos docentes são casados, com representação de 61,3%. Segundo dados da UNESCO (2004), com relação ao estado civil, os docentes se declaram, em sua maioria, casados (55,1%), situação que não varia muito segundo o sexo. Chama a atenção, entretanto, o fato de 28,3% serem solteiros, o que pode estar relacionado com um perfil de docentes mais jovens no Brasil: 42,4% têm menos de 35 anos de idade.

**Tabela: 5 Distribuição de docentes segundo horário de trabalho**

Horário de trabalho	Frequência	%
Diurno	29	93,54
Noturno	1	3,23
Mais de uma resposta	1	3,23
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 5** que, 93,54% dos docentes trabalham no horário diurno, 3,23% no noturno e 3,23%, tanto no diurno como noturno. Segundo Inocente (2008), o trabalho em turno noturno é um fator de risco de natureza psicossocial.

**Tabela: 6 Distribuição de docentes segundo tempo de docência**

Tempo de serviço	Frequência	%
0 a 5 anos	8	25,80
6 a 10 anos	10	32,26
11 a 15 anos	3	9,68
16 a 20 anos	3	9,68
Mais de 21 anos	7	22,58
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 6** que, 32,26% da amostra tem tempo de serviço entre 6 a 10 anos e 22,58 % da amostra possui mais de 21 anos de tempo de serviço.

Observa-se que a fase mais freqüente do tempo de serviço da amostra foi de 6 a 10 anos (32,26%). Segundo Nóvoa (2000), corresponde a fase de estabilidade em que o docente está mais seguro e confiante, sente mais satisfação e gosto pelo ensino.

**Tabela: 7 Distribuição de docentes segundo jornada de trabalho semanal**

Jornada de trabalho	Frequência	%
Menos de 20 horas/aula	0	0
De 20 a 30 horas/aula	3	9,68
31 a 40 horas/aula	8	25,80
Acima de 40 horas/aula	17	54,84
Não respondeu	3	9,68
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 7** que, 54,84% possui uma jornada de trabalho acima de 40 horas/aula semanalmente. Segundo a UNESCO (2004) é importante ressaltar que esses docentes que atuam por um período de 40 horas/aula ou mais, é muito provável, o fazerem em virtude dos baixos salários, levando em consideração o fato de trabalharem em mais de um local.

**Tabela: 8 Distribuição de docentes segundo quantidade de escolas que trabalha**

Quantidade de escolas	Frequência	%
1	20	64,52
2	6	19,36
3	1	3,22
4	3	9,68
Mais de 4	0	0
Não respondeu	1	3,22
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 8** que, a maioria dos docentes avaliados atuam em apenas uma escola (64,52%) e que apenas 9,68% atuam em quatro escolas. De acordo com a UNESCO (2004), o levantamento realizado, a maioria dos docentes afirma trabalhar em apenas uma escola, 58,5%, os que trabalham em duas escolas são 32,2% e os que trabalham em três escolas somam 6,3%.

**Tabela: 9 Distribuição de docentes segundo hábitos de beber, fumar e tomar café**

Hábitos	Frequência	%
Beber	0	0
Fumar	0	0
<b>Café</b>	<b>15</b>	<b>48,39</b>
Não respondeu	15	48,39
Mais de uma resposta	1	3,22
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 9** que, existe um predomínio do hábito de tomar café entre os docentes, representando 48,39% da amostra. Segundo o DSM (APA, 2000), o consumo de cafeína é onipresente em grande parte dos Estados Unidos, chegando a um valor próximo a 200mg/dia. Algumas pessoas que consomem grandes quantidades de café apresentam aspectos de dependência de cafeína, além de tolerância e talvez abstinência. O uso excessivo de cafeína está associado com o Transtorno do Sono.

**Tabela: 10 Distribuição de docentes segundo prática de atividade física**

Pratica atividade física	Frequência	%
<b>Sim</b>	<b>15</b>	<b>48,39</b>
<b>Não</b>	<b>15</b>	<b>48,39</b>
Não respondeu	1	3,22
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 10** que, existe uma correspondência entre os docentes que realizam atividade física e os que não realizam, já que 48,39% da amostra afirmam que praticam atividade física e a mesma porcentagem afirmam que não a praticam. Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2009), a prática de atividade física pela população tornou-se uma questão de saúde ainda na década de 1990. Muitos estudos enfatizam como sendo importante a construção do hábito da prática de atividade física já na infância.

**Tabela:11 Distribuição de docentes segundo residência com família ou sozinho(a)**

Reside com	Frequência	%
Família	29	93,55
Sozinho	2	6,45
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se a **Tabela 11** que, 93,55% da amostra reside com a família e somente 6,45% reside sozinha. Conforme UNESCO (2004) a grande maioria dos docentes já constituiu uma unidade familiar autônoma em relação à original (formada com seus pais): pelo menos 71,6% deles declararam morar com a família nuclear que construíram.

**Tabela: 12 Distribuição de docentes segundo o peso na influencia da família, da sociedade e da profissão**

Peso na influencia	Docentes	%
Familiar	1	3,23
Social	2	6,46
Profissional	0	0
Não respondeu	25	80,65
Mais de uma resposta	3	9,66
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 12** que, apenas 3,23% da amostra afirmam que seu peso influencia a vida familiar, 6,46% afirmam influenciar a vida social, 80,65% da amostra não responderam e 9,66% deram mais de uma resposta.

Segundo Guimarães (2009), o comprometimento alimentar tem função de mostrar que gera dificuldade nos relacionamentos sociais e afetivos, atingindo graus de sofrimento.

**Tabela:13 Distribuição dos docentes segundo o Índice de Massa Corporal**

Horário	Docentes	Porcentagem
Baixo peso	1	3,22
<b>Peso Normal</b>	<b>18</b>	<b>58,07</b>
Sobrepeso	8	25,81
Obesidade	4	12,90
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 13** que, existe a predominância com 58,07% com Índice de Massa Corporal (IMC) equivalente ao peso normal e 25,81% com IMC equivalente a sobrepeso. Segundo Ricardo e Araújo (2002), o excesso de peso já é, historicamente, relacionado a doenças crônico-degenerativas, como a cardiopatia isquêmica, hipertensão arterial sistêmica, a dislipidemia, a doença pulmonar obstrutiva crônica, a doença da vesícula biliar, o diabetes mellitus, e a algumas formas de câncer, sendo assim, valores elevados do índice de massa corporal têm sido relacionados a índices altos de morbimortalidade.

#### 4.2 Resultados da Qualidade de Sono

**Tabela:14 Distribuição dos docentes conforme o horário de deitar**

Horário	Docentes	Porcentagem
entre 21h e 22h	6	19,36
entre 22h15 e 23h	11	35,48
<b>entre 23h15 e 0h</b>	<b>13</b>	<b>41,94</b>
entre 0h15 e 1h	1	3,22
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 14** que, existe uma prevalência do horário de deitar entre 23h15 e 0h, o que corresponde a 41,94% da amostra. Segundo SOUZA; SOUSA, AZEVEDO (2013), os docentes durante a semana se deitaram e levantaram mais cedo. Esta diferença entre a semana e o fim de semana pode ser decorrente de hábitos frequentemente praticados pelos docentes, referentes às condições de trabalho docente. Uma vez que os motivos mais alegados pelos docentes para terem acordado em média às 6h04 às 23h20 durante a semana foram o horário do trabalho e as atividades extras (preparações de planos de aulas, correções de trabalhos e



provas), demonstrando a influência do trabalho como fator de relevância na determinação dos horários de sono.

**Tabela: 15 Distribuição de docentes segundo quantos minutos são necessários para pegar no sono (Latência do Sono)**

Minutos	Docentes	Porcentagem
< ou 10	11	35,50
entre 11 – 30	17	54,84
entre 31 – 60	1	3,22
>60	0	0
Não respondeu	1	3,22
outro tipo de resposta	1	3,22
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 15** que, quanto à Latência do tempo, 35,50% demoram até 10 minutos para dormir, apresentando uma latência curta; já a Latência de tempo predominante foi a qual os docentes demoram de 11 a 30 minutos para dormir, o que representa 54,84% dentro dos padrões considerados normais. No entanto, um 11 docentes dormem menos de 10 minutos, apresentando uma latência curta e 1 docente apresenta uma latência longa. Tanto a latência curta ou longa é prejudicial ao organismo, pois segundo Inocente et al., (2010), o sono adquire uma função primordial decorrente das funções cerebrais.

**Tabela: 16 Distribuição dos docentes segundo o horário de acordar**

	Docentes	Porcentagem
<= 5h	2	6,46
entre 5h01' a 6h	20	64,52
entre 6h01' a 7h	7	22,58
entre 7h01' a 8h	1	3,22
Não respondeu	1	3,22
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 16** que, há o predomínio de 64,52% dos docentes que acordam entre 5h01' a 6h da manhã e 6,46% dormem menos de 5 horas por noite. Possivelmente, ocorre uma privação do sono que, quando persistente ocasiona danos no sistema nervoso (INOCENTE, 2008).

**Tabela: 17 Distribuição de docentes segundo as horas de sono por noite**

Horas de sono	Docentes	Porcentagem
>7h	7	22,58
entre 6h a 7h	18	58,06
entre 5h a 6h	4	12,90
<5h	0	0
Não respondeu	2	6,46
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 17** que há o predomínio de 58,06% da amostra que tem entre 6 a 7 horas de sono por noite. Segundo DALGALARRONDO (2008) existe uma grande diversidade individual referente ao padrão e à necessidade de sono. Alguns indivíduos sentem-se descansados e ativos dormindo cinco horas por noite; outros precisam de 10 a 12 horas de sono para se sentirem bem durante o dia.

**Tabela: 18 Qualidade subjetiva de sono**

	Docentes	%
Muito bom	4	12,90
Bom	19	61,30
Ruim	8	25,80
Muito ruim	0	0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 18** que, quanto a Qualidade Subjetiva do Sono, a maior parte dos docentes que responderam o questionário, foi possível perceber como existe uma boa qualidade de sono, representando 61,3%.

O docente além de suas atividades diárias precisa a todo momento estar atualizando-se – não somente com os acontecimentos que o cerca, mas também com as tecnologias – itens que produzem intensas cobranças, não somente externa, mas interna, o que desencadeia estresse no trabalho, que irá desenvolver complicações para a saúde, produzindo má qualidade do sono e insatisfação com a profissão (SOARES, 2011).

**Tabela:19 Qualidade objetiva de sono**

<b>Sono</b>	<b>Docentes</b>	<b>%</b>
Muito bom	0	0
<b>Bom</b>	<b>14</b>	<b>45,16</b>
Levemente alterado	7	22,58
Moderadamente alterado	6	19,36
Muito alterado	4	12,90
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 19** que quanto a Qualidade Objetiva do Sono (medido pelo instrumento utilizado), 45,16% dos docentes, têm um sono bom, 0% tem sono muito bom. No entanto, 12,9% desta apresenta sono muito alterado. A prevalência de sono alterado corresponde a 54,84% (22,58% levemente alterado, 19,36% moderadamente alterado e 12,90% muito alterado), demonstrando má qualidade de sono.

A má qualidade de sono afeta em pelo menos três níveis da qualidade de vida. No primeiro traz consequências imediatas ao organismo, juntamente a alterações fisiológicas (cansaço, fadiga, falhas de memória, não facilidade de concentração, e alterações do humor); no segundo são transtornos em médio prazo, com complicações nas atividades do cotidiano, envolvendo absenteísmo no trabalho, elevação do risco para acidentes, problemas sociais e cochilos impróprios. O terceiro nível acontece a longo prazo, com mudanças drásticas na vida social e emocional do indivíduo afetando diretamente sua saúde física (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007 apud SOARES, 2011).

**Tabela: 20 Sonolência diurna excessiva**

	<b>Docentes</b>	<b>%</b>
<b>Ausência de sonolência</b>	<b>22</b>	<b>70,96</b>
Sonolência Leve	7	22,58
Sonolência moderada	2	6,46
Sonolência severa	0	0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 20** que, 70,96% apresenta ausência de Sonolência Diurna Excessiva; 22,58% apresenta sonolência diurna excessiva leve, 6,46% apresenta sonolência diurna excessiva moderada, sendo que nenhum professor apresenta sonolência diurna excessiva severa.

Segundo Souza (2007), os distúrbios do sono vêm sendo reconhecidos como graves problemas de saúde pública, particularmente em relação à sonolência diurna excessiva (SDE). O termo sonolência é empregado aqui como a propensão a cochilar ou a adormecer quando a intenção é ficar acordado, diferente do cansaço ou fadiga, que não estão sempre relacionados à sonolência. Existem vários censos epidemiológicos mundiais indicando que a prevalência da SDE, em adultos, na população geral está entre 0,3% e 13,3%.

Tabela 21: Distribuição dos resultados do questionário de Sonolência Diurna Excessiva

**Tabela: 21 Sonolência diurna excessiva**

	<b>Docentes</b>	<b>%</b>
Ausência de sonolência (Não sonolência)	22	70,96
<b>Sonolência (presença de sonolência)</b>	<b>9</b>	<b>29,04</b>
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se na **Tabela 21** que, na amostra pesquisada, há a prevalência de Sonolência Diurna Excessiva que foi de 29,04%. Segundo SOUZA; SOUSA; AZEVEDO (2013), quando os indivíduos não dormem a quantidade e com a qualidade necessárias pode-se observar elevados níveis de sonolência diurna, alterações de humor, déficit de atenção, o que possibilita o comprometimento do desempenho e a aprendizagem da pessoa. Ao mesmo tempo, a manutenção deste estilo de vida pode acarretar no desenvolvimento de doenças, tais como: obesidade, diabetes, problemas cardiovasculares e câncer.

**Tabela: 22 Resultado de qualidade de sono (QQS)**

	Não	%	Sim	%
1º Você tem dificuldade em adormecer à noite	5	16,12	26	83,88
2º você acorda de madrugada e não consegue dormir de novo	7	22,58	24	77,42
3º Você toma remédios, tranquilizantes ou bebidas para dormir?	24	77,42	7	22,58
4º Você dorme durante o dia?	13	41,94	18	58,06
5º Ao acordar de manhã, você ainda se sente cansado?	3	9,68	28	90,32
6º Você ronca a noite?	14	45,16	17	54,84
7º Você acorda durante a noite?	4	12,90	27	87,10
8º Você acorda com dor de cabeça?	13	41,94	18	58,06
9º Você sente cansaço durante o dia e atribui ao seu sono?	7	22,58	24	77,42
10º Você tem sono agitado, movimento constante das pernas e braços?	12	38,70	19	61,30
11º Você tem problemas com seu sono?	11	35,48	20	64,52

Fonte: Dados da pesquisa

Observa-se que a **Tabela 22** apresenta que 28 docentes dizem que ao acordar de manhã, ainda se sentem cansados o que representa 90,32%. Acordam durante a noite 87,10%, apresentam dificuldade para adormecer 83,33%, acordam de madrugada e não consegue dormir de novo, sentem-se cansados durante o dia, podem ser indicações de insônia. Inocente (2005) em seu estudo sobre a qualidade de sono com 510 professores universitários a prevalência geral da insônia de 60,1% foi considerada alta.

**Tabela: 23 Distribuição de docentes segundo o tipo de problemas com o sono que apresenta**

	professores	porcentagem
Apneia	1	3,22
Cansaço físico/rouquidão/inquietação	2	6,47
Ansiedade	2	6,47
Sono leve	1	3,22
Ronco	1	3,22
Não ter sono na hora certa	1	3,22
Cuidar de filho (amamentação)	1	3,22
Acordar durante a noite quando tem algo importante para resolver	1	3,22
Acordar durante a noite e ficar cansado durante o dia, com dores de cabeça	1	3,22
Sudorese noturna	1	3,22
Rotina de trabalho pesada e pouco lazer	1	3,22
Insônia	1	3,22
Sono perturbado e cansaço excessivo	1	3,22
Não respondeu	14	45,17
Nenhum	2	6,47
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a **Tabela 23** existe a predominância do cansaço físico, da rouquidão e inquietação em 6,47% dos docentes como também da ansiedade, em também 6,47% deles.

Segundo Penteado (2007) percebe-se um aumento da preocupação dos docentes que, anteriormente, costumavam considerar a rouquidão como voz “normal”, habitual e “natural”, no contexto da docência e que hoje, entretanto, a interpretam como indicativa de problemas de saúde vocal e geral. A rouquidão é uma doença grave ou distúrbio, podendo apresentar alterações orgânicas e patologias em estágios avançados.

**Tabela: 24 Resultado sobre Sonolência Diurna Excessiva**

	Não	%	Sim	%
Sentado e lendo	10	32,26	21	67,74
Vendo TV	7	22,58	24	77,42
Sentado em lugar público	21	67,74	10	32,26
Como passageiro de trem, ônibus, metrô ou carro andando uma hora sem parar	10	32,26	21	67,74
<b>Deitando-se para descansar à tarde</b>	<b>6</b>	<b>19,36</b>	<b>25</b>	<b>80,64</b>
Sentado e conversando com alguém	24	77,42	7	22,58
Sentado, calmamente após o almoço	10	32,26	21	67,74
Se você tiver carro, enquanto para alguns minutos quando pega trânsito intenso	25	80,64	6	19,36

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme a **Tabela 24**, ocorre a possibilidade do cochilo entre 80,64% dos docentes quando estes deitam-se para descansar à tarde. Segundo a pesquisa de Moreno, Fischer e Rotenberg (2003), os horários de realização dos episódios de sono em relação ao início do trabalho, é importante pois, há a distinção dos diferentes horários de início do trabalho, de acordo com cada um dos turnos. Estima-se que há um terço do número de trabalhadores que tiram um cochilo no final da tarde ou começo da noite. Em geral, não há ocorrência de cochilos quando os operários trabalham no turno vespertino. Já com relação ao turno matutino, verifica-se que um terço dos trabalhadores tira um cochilo à tarde, notadamente quando o início do trabalho é muito cedo, e os leva a acordar por volta das 4 horas da manhã.

Segundo o Cálculo do coeficiente de Pearson foi possível obter a correlação em cada aspecto sociodemográfico, como também a Qualidade de Sono em relação ao sobrepeso e a obesidade.

A classificação da correlação segundo Pearson está entre -1 e 1 (correlação negativa perfeita a correlação positiva perfeita). A seguir estão os valores da classificação de Pearson:

C= -1 correlação negativa perfeita;

-1 < C < -0,6 correlação negativa forte;

-0,6 < C < -0,3 correlação negativa moderada;



-0,3 < C < 0,0 correlação negativa fraca;

0,0 < C < 0,3 correlação positiva fraca;

0,3 < C < 0,6 correlação positiva moderada;

0,6 < C < 1 correlação positiva forte;

C=1 correlação positiva perfeita.

As tabelas foram submetidas ao Cálculo do coeficiente de Pearson:

$$C = \frac{[n \cdot \sum(x_i \cdot y_i)] - [(\sum x_i) \cdot (\sum y_i)]}{\sqrt{[n \cdot \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2] \cdot [n \cdot \sum y_i^2 - (\sum y_i)^2]}}$$

Após realizado o cálculo, obtive a correlação para as tabelas que segue, sendo o x o número de docentes (sempre 31) e y a porcentagem (sempre 100%):

**Tabela: 1 Distribuição de docentes segundo a variável sexo**

x	12	19
y	38,7	61,13

x	y	x.y	x <sup>2</sup>	y <sup>2</sup>
12	38,7	464,4	144	1497,69
19	61,3	1164,7	361	3757,69
Σ 31	Σ 100	Σ 1629,1	Σ 505	Σ 5255,38

**Resultado: 1 correlação positiva perfeita**

**Tabela : 2 Distribuição de docentes segundo a faixa etária**

X	7	12	8	4	0
y	22,6	38,7	25,8	12,9	0

x	y	x.y	x <sup>2</sup>	y <sup>2</sup>
7	22,6	158,2	49	510,76
12	38,7	464,4	144	1497,69
8	25,8	206,4	64	665,64
4	12,9	51,6	16	166,41
0	0	0	0	0
Σ 31	Σ 100	Σ 880,6	Σ 273	Σ 2840,5

**Resultado: 0,31 correlação positiva moderada**

**Tabela:3 Distribuição de docentes segundo escolaridade**

x	0	27	0	4	0	0
y	0	87,1	0	12,9	0	0

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
0	0	0	0	0
27	87,1	2351,7	729	7586,41
0	0	0	0	0
4	12,9	51,6	16	166,41
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 2403,3	$\Sigma$ 745	$\Sigma$ 7752,82

**Resultado: 1 correlação positiva perfeita.**

**Tabela : 4 Distribuição de docentes segundo estado civil.**

x	10	19	0	2	0
y	32,25	61,3	0	6,45	0

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
10	32,25	322,5	100	1040,06
19	61,3	1164,7	361	3757,69
0	0	0	0	0
2	6,45	12,09	4	41,6
0	0	0	0	0
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1500,1	$\Sigma$ 461	$\Sigma$ 4839,35

**Resultado: 1 correlação positiva perfeita.**

**Tabela :5 Distribuição de docentes segundo horário de trabalho.**

X	29	1	1
y	93,54	3,232	3,23

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
29	93,54	2712,66	841	8749,73
1	3,23	3,23	1	10,43
1	3,23	3,23	1	10,43
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 2719,12	$\Sigma$ 841	$\Sigma$ 8770,59

**Resultado: Não existe correlação de horário de trabalho e obesidade, não é possível estabelecer nenhum parâmetro.**

**Tabela: 6 Distribuição de docentes segundo tempo de docência.**

x	8	10	3	3	7
y	25,8	32,26	9,68	9,68	22,58

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
8	25,8	206,4	64	665,64
10	32,26	322,6	100	1040,7
3	9,68	29,04	9	93,7
3	9,68	29,04	9	93,7
37	22,58	158,06	49	509,85
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 745,14	$\Sigma$ 231	$\Sigma$ 2403,59

**Resultado: 1 correlação positiva perfeita.**

**Tabela: 7 Distribuição de docentes segundo jornada de trabalho semanal.**

x	0	3	8	17	3
y	0	9,68	25,8	54,84	9,68

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
0	0	0	0	0
3	9,68	29,04	9	93,70
17	25,8	206,4	64	665,64
3	54,84	932,28	289	3007,42
31	9,68	29,04	9	93,7
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1196,76	$\Sigma$ 371	$\Sigma$ 3860,46

**Resultado: 0.69 Correlação positiva forte.**

**Tabela:8 Distribuição de docentes segundo numero de escolas em que trabalham.**

x	20	6	1	3	0	1
y	64,52	19,36	3,22	9,68	0	3,22

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
20	64,52	1290,4	400	4162,83
6	19,36	116,16	36	374,80
1	3,22	3,22	1	10,36
3	9,68	29,04	9	93,70
0	0	0	0	0
1	3,22	3,22	1	10,36
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1442,04	$\Sigma$ 447	$\Sigma$ 4652,05

**Resultado: 1 correlação positiva perfeita**

**Tabela:9 Distribuição de docentes segundo hábitos de beber ,fumar e tomar café.**

x	0	0	15	15	1
y	0	0	48,39	48,39	3,22

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
15	48,39	785,85	225	2341,59
15	48,39	785,85	225	2341,59
1	3,22	3,22	1	10,36
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1454,92	$\Sigma$ 451	$\Sigma$ 4693,54

**Resultado: 1 Correlação positiva perfeita.**

**Tabela:10 Distribuição de docentes segundo pratica de atividade física.**

x	15	15	1
y	48,39	48,39	3,22

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
15	48,39	785,85	225	2341,59
15	48,39	785,85	225	2341,59
1	3,22	3,22	1	10,36
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1454,92	$\Sigma$ 451	$\Sigma$ 4693,54

**Resultado: 1 Correlação positiva perfeita.**

**Tabela:11 Distribuição de docentes segundo residência com família ou sozinho(a).**

x	29	2
y	93,55	6,45

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
29	93,55	2712,95	841	8751,6
2	6,45	12,9	4	41,6
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 2725,85	$\Sigma$ 845	$\Sigma$ 8793,20

**Resultado: 1 Correlação positiva perfeita.**

**Tabela: 12 Distribuição de docentes segundo o peso na influencia de família, da sociedade e da profissão.**

x	1	2	0	25	3
y	3,23	6,46	0	80,65	9,66
x	y	x.y	$x^2$	$y^2$	
1	3,23	3,23	1	10,43	
2	6,46	12,92	4	41,73	
0	0	2016,25	0	0	
25	80,65	28,98	625	6504,42	
3	9,66	2061,38	9	93,31	
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$	$\Sigma$ 639	$\Sigma$ 6649,89	

**Resultado: 1 correlação positiva perfeita.**

**Tabela: 13 Distribuição de docentes segundo o índice de massa corporal.**

x	1	18	8	4
y	3,22	58,07	25,81	12,9
x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
1	3,22	3,22	1	10,36
18	58,07	1045,26	324	3372,12
8	25,81	206,48	64	666,15
4	12,09	51,06	16	166,41
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1306,56	$\Sigma$ 404	$\Sigma$ 4215,04

**Resultado:1 Correlação positiva perfeita.**

**Tabela:14 Distribuição de docentes conforme o horário de deitar.**

x	6	11	13	61
y	19,36	35,48	41,94	3,22
x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
6	19,36	116,16	36	374,8
11	35,48	390,28	121	1258,83
13	41,94	545,22	169	1758,96
1	3,22	3,22	1	10,36
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1054,88	$\Sigma$ 327	$\Sigma$ 3402,95

**Resultado: Não é possível estabelecer nenhum parâmetro.**

**Tabela: 15 Distribuição de docentes segundo quantos minutos são necessários para pegar no sono (Latência do sono).**

x	11	17	1	0	1	1
y	35,5	54,84	3,22	0	3,22	3,22

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
11	35,5	390,5	121	1260,25
17	54,84	932,28	281	3007,42
1	3,22	3,22	1	10,36
0	0	0	0	0
1	3,22	3,2	1	10,36
1	3,22	3,22	1	10,36
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1332,44	$\Sigma$ 410	$\Sigma$ 4298,75

**Resultado: 1 Correlação positiva perfeita.**

**Tabela:16 Distribuição de docentes segundo o horário de acordar.**

x	2	20	7	1	1
y	6,46	64,52	22,58	3,22	3,22

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
2	6,46	12,92	4	41,73
20	64,52	1290,4	400	4162,83
7	22,58	158,06	49	509,85
1	3,22	3,22	1	10,36
1	3,22	3,22	1	10,36
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1467,82	$\Sigma$ 455	$\Sigma$ 4735,13

**Resultado: 1 Correlação positiva perfeita.**

**Tabela :17 Distribuição de docentes segundo as horas de sono por noite**

x	7	18	4	0	2
y	22,58	58,06	12,9	0	6,46

x	Y	x.y	$x^2$	$y^2$
7	22,58	158,06	49	509,85
18	58,06	1045,08	324	3370,96
4	12,9	51,06	16	166,41
0	0	0	0	0
2	6,46	12,92	4	41,73
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1267,66	$\Sigma$ 393	$\Sigma$ 4088,95

**Resultado: 1 Correlação positiva perfeita.**

**Tabela: 18 Qualidade Subjetiva do Sono.**

x	4	19	8	0
Y	12,9	61,3	25,8	0

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
4	12,9	51,6	16	166,41
19	61,3	1164,7	361	3757,69
8	25,8	206,4	64	6656,4
0	0	0	0	0
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1422,7	$\Sigma$ 441	$\Sigma$ 4589,74

**Resultado : 1 correlação perfeita.**

**Tabela: 19 Qualidade Objetiva de Sono**

x	0	14	7	6	4
Y	0	45,16	22,58	19,36	12,9

x	y	x.y	$x^2$	$y^2$
0	0	0	0	0
14	45,16	632,24	196	2039,42
7	22,58	158,06	49	509,85
6	19,36	116,16	36	374,80
4	12,9	51,6	16	166,41
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 958,06	$\Sigma$ 297	$\Sigma$ 3090,48

**Resultado: 0,3 correlação positiva moderada.**

**Tabela:20 Sonolência diurna excessiva.**

x	22	7	2	0
y	70,96	22,58	6,46	0

x	Y	x.y	$x^2$	$y^2$
22	70,96	1561,12	484	5035,32
7	22,58	158,06	49	509,85
2	6,46	12,92	4	41,73
0	0	0	0	0
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1732,1	$\Sigma$ 537	$\Sigma$ 5586,9

**Resultado: 1 Correlação positiva perfeita.**

**Tabela 21: Distribuição dos resultados do questionário de Sonolência Diurna Excessiva****Tabela:21 Sonolência diurna excessiva.**

x	22	9
y	70,96	29,04

x	Y	x.y	$x^2$	$y^2$
22	70,96	1561,12	484	5035,32
9	29,04	261,36	81	843,32
$\Sigma$ 31	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 1822,48	$\Sigma$ 565	$\Sigma$ 5878,64

**Resultado: 1 Correlação positiva perfeita.**



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de sono em docentes com sobrepeso e obesidade, quanto ao perfil sociodemográfico existiu o predomínio do sexo feminino entre os docentes (61,30%), o estado civil que mais apareceu foi o casado (61,30%) entre os docentes e em relação a quantidade de escolas que os docentes trabalham o predomínio foi em uma escola somente (64,52%).

Em relação aos docentes pesquisados a maioria deles estão com IMC considerado saudável (58,07%), a amostra com sobrepeso corresponde a 25,81% e obesidade 12,90%.

Frente aos principais resultados obtidos, quanto a Qualidade Subjetiva do Sono, a maior parte dos docentes que responderam o questionário, percebeu-se como apresentando uma boa qualidade de sono, representando 61,3% dos docentes. Já em relação a Qualidade Objetiva de Sono a prevalência de má qualidade de sono foi alta 54,84% entre os docentes pesquisados.

Da mesma maneira, a prevalência de Sonolência Diurna Excessiva de 29,04% também é considerada alta, visto que, em adultos, na população geral a prevalência está entre 0,3% e 13,3%.

Diante dos resultados obtidos, pode-se afirmar, que entre os docentes analisados não há uma boa qualidade de sono.

Para relacionar os aspectos sociodemográficos com o grau de sobrepeso, obesidade e a qualidade de sono, usou-se o cálculo do coeficiente Pearson e sua classificação da correlação. A distribuição de docentes segundo a variável sexo, escolaridade, estado civil, tempo de docência, quantidade de escolas que trabalham, hábitos de beber, fumar e tomar café, prática de atividade física, residência com família ou sozinho (a), o peso na influência da família, da sociedade e da profissão, o Índice de Massa Corporal, quantos minutos são necessários para pegar no sono (Latência do Sono), o horário de acordar, as horas de sono por noite e as tabelas Qualidade Subjetiva de Sono, Qualidade Objetiva de Sono e sobre Sonolência diurna excessiva apresentaram uma correlação positiva perfeita com sobrepeso, a obesidade e a qualidade do sono, isto é, cada item influencia no ganho de peso da pessoa e na sua qualidade de sono; já a distribuição de docentes segundo a faixa etária obteve uma correlação positiva moderada; e a distribuição de docentes segundo horário de

trabalho e o horário de deitar não há correlação com sobrepeso, obesidade e qualidade de sono. A distribuição de docentes segundo jornada de trabalho semanal obteve uma correlação positiva forte com sobrepeso, obesidade e qualidade de sono, então observa-se que existe um predomínio de correlações positivas perfeitas entre os campos pesquisados e qualidade de sono, sobrepeso e obesidade.

Espera-se que esse trabalho possa contribuir para novos estudos sobre sobrepeso, obesidade e qualidade de sono em docentes da rede pública da cidade de Taubaté (SP); já que este se mostra valioso de informações para se avaliar o sono de um sujeito. Espera-se também que este possa contribuir para trabalhos referentes a obesidade em docentes.

Portanto, esta pesquisa cumpriu com o objetivo maior que foi o aprendizado da aluna-pesquisadora e contribuiu também com o objetivo de enriquecer a ciência e proporcionar margens a outras pesquisas na área da Psicologia com a interface com outras áreas do conhecimento.

### **Sugestão para novos trabalhos**

A partir da pesquisa realizada, sugestão é para outras pesquisas sobre qualidade de sono e obesidade, por exemplo em crianças ou idosos, já que analisar a qualidade de sono e obesidade para essas pessoas também seria uma pesquisa de muita relevância para a ciência, sendo importante para que se aumente o conhecimento na área.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

BARBOSA, A. J. G.; CAMPOS, R. A.; VALENTIM, T. A. A diversidade em sala de aula e a relação professor-aluno. **Estud. psicol.** (Campinas) vol.28 no.4 Campinas Oct./Dec. 2011.

CONCEIÇÃO, C; SOUSA, O. Ser professor hoje. O que pensam os professores das suas competências. **Rev. Lusófona de Educação** nº. 20 Lisboa 2012.

DALGALARRONDO, P. **Psicologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FONTES, G. A. V. **O 'ser' obeso processo, experiência e estigma**. Scielo Books. EDUFBA.

FREITAS, R. W. J. F.; SILVA, A. R. V.; ARAÚJO, M. F. M.; MARINHO, N. B. P.; TEIXEIRA, R. M. V.; DAMASCENO, M. M. C. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em docentes de uma instituição de ensino superior de Fortaleza – CE**. Trabalho 351 – 1/2 e 2/2. 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental. 07 a 10 de dezembro 2009. Centro de Convenções do Ceará Fortaleza.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L., ANTONIO WALDO ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

GUIMARÃES, S. S. **Cuidados com a obesidade, promoção de qualidade de vida e formação profissional**. Congresso Cole 09/08/2009. Disponível em: <[http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes\\_anteriores/anais17/txtcompletos/sem20/COLE\\_3914.pdf](http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais17/txtcompletos/sem20/COLE_3914.pdf)>.

Acesso em : 20/09/2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009. Análise dos resultados.

INOCENTE, N.J. **Síndrome de Burnout em professores universitários do Vale do Paraíba, (SP)**. Campinas, SP: [s.n.], 2005.

INOCENTE, N.J. **Estresse Ocupacional, depressão e sono**. In: REIMÃO, R.; RIBEIRO DO VALLE, L.H.; ROSSINI, S. Segredos do sono.: sono e qualidade de vida. São Paulo: TECMEDD, 2008.

INOCENTE, C.O; INOCENTE, J.J ; INOCENTE, N.J; REIMÃO, R. **Burnout e o sono do trabalhador**. In: REIMÃO, R.; RIBEIRO DO VALLE, L.H.; RIBEIRO DO VALLE, E.L.; ROSSINI, S. **Sono & Saúde: interface com a psicologia e neurologia**. Ribeirão Preto (SP): Novo conceito, 2010.

LACAZ, F. A. C. **O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde**. Cad. Saúde Pública vol.23 no.4 Rio de Janeiro Apr. 2007.

LAMOUNIER, J. A.; PARIZZI, M. R. **Obesidade e Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública vol.23 no.6 Rio de Janeiro June 2007.

LIBÂNIO, J. C.; OLIVEIRA, J. F.; TOSCHI, M. S. **Educação Escolar: políticas, estrutura e organização**. São Paulo: Cortez, 2003.

LÜDKE, M; BOING, L. A. **O trabalho docente nas páginas de educação & sociedade em seus (quase) 100 números**. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p. 1179-1201, out. 2007.

MALTA, D. C.; ANDRADE, S. C.; CLARO, R. M.; BERNAL, R. T. I.; MONTEIRO, C. A. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. **Rev. bras. epidemiol.** vol.17 supl.1 São Paulo 2014.

MARTINO, M. M. F.; Estudo comparativo de padrões de sono em trabalhadores de enfermagem dos turnos diurno e noturno. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 12(2), 2002.

- MENDES, R. **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo Perspec.** vol.17 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2003.
- MÜLLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estud. psicol.** (Campinas) vol.24 no.4 Campinas Out./Dec. 2007.
- NÓVOA, A. **Vida de professores**. Portugal: Porto Editora, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global**. São Paulo: Roca, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=44&area=Conceito.26/06/2009>>. Acesso em: 05/07/2014.
- PASCHOALINO, J. B .Q. **A complexidade do trabalho docente na atualidade**. Disponível em: <[http://www.senept.cefetmg.br/galerias/Arquivos\\_senept/anais/quarta\\_tema6/QuartaTema6Artigo2.pdf](http://www.senept.cefetmg.br/galerias/Arquivos_senept/anais/quarta_tema6/QuartaTema6Artigo2.pdf)>. Acesso abr 2014.
- PENNA, M. G. O. Professores das primeiras séries do ensino fundamental e relações estabelecidas com o conhecimento. **Educ. rev.** no. 44 Curitiba Apr./June 2012.
- PENTEADO, R. Z. Relações entre saúde e trabalho docente: percepções de professores sobre saúde vocal. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.** 2007;12(1):18-22.
- PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.** vol.17 no.4 Campinas Oct./Dec. 2004.
- RICARDO, D. R.; ARAÚJO, C. G. S. **Índice de Massa Corporal: Um**

Questionamento Científico Baseado em Evidências. Arq Bras Cardiol, volume 79 (nº 1), 61-9, 2002.

ROSSI, F.; HUNGER, D. As etapas da carreira docente e o processo de formação continuada de professores de Educação Física. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.323-38, abr./jun. 2012 • 323.

SILVA, G. K. S.; SILVA, V. D.; FERREIRA, S. P. A. **Bem-estar e mal-estar de docentes dos anos iniciais de uma escola municipal do Recife**. Disponível em: < [http://www.ufpe.br/ce/images/Graduacao\\_pedagogia/pdf/2012.1/bem-estar%20e%20mal-estar%20de%20docentes%20dos%20anos%20iniciais%20de%20uma%20escola%20municipal%20do%20recife.pdf](http://www.ufpe.br/ce/images/Graduacao_pedagogia/pdf/2012.1/bem-estar%20e%20mal-estar%20de%20docentes%20dos%20anos%20iniciais%20de%20uma%20escola%20municipal%20do%20recife.pdf)>. Acesso abr 2014.

SILVEIRA, E. A.; KAC, G.; BARBOSA, L. S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. **Cad. Saúde Pública** vol.25 no.7 Rio de Janeiro July 2009.

SOARES, F. L. **Nível de estresse e qualidade de sono em professores da rede pública do município de Lagoa Seca – PB** – Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba. PB. 21. ed. CDD 616.98. 2011.

SOUSA, R. M. R. P.; SOBRAL, D. P.; PAZ, S. M. R. S.; MARTINS, M. C. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde de Teresina, Piauí. **Rev. Nutr.** vol.20 no.5 Campinas Sept./Oct. 2007

SOUZA, D. B. **Os dilemas do professor iniciante**: reflexões sobre os cursos de formação inicial. Saber Acadêmico - n ° 08 - Dez. 2009/ ISSN 1980-5950

SOUZA, J. C.; SOUSA, I. C.; AZEVEDO, C. V. M. **Conhecimento e hábitos de sono de professores do ensino médio**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ Departamento de Fisiologia, 2013. Disponível em: < <http://www.nutes.ufpr.br/abrapec/viiiinpec/resumos/R1174-1.pdf/R1174-1.pdf>>. Acesso em 17/10/2014.

- SOUZA, J. C. Sonolência diurna excessiva em trabalhadores da área de enfermagem. **J. bras. psiquiatr.** vol.56 no.3 Rio de Janeiro 2007.
- STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed: 2007.
- TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- TEIXEIRA, L. A. **Educação Física Escolar Adaptada: postura, asma, obesidade e diabetes na infância e adolescência**. São Paulo: EEFUSP/EFP, 1993.
- UNESCO. **O perfil dos professores brasileiros: o que fazem, o que pensam, o que almejam**. Pesquisa Nacional UNESCO. São Paulo: Moderna, 2004.
- VALLE, L. E. R.; REIMÃO, R.; MALVEZZI, S. Reflexões sobre Psicopedagogia, estresse e distúrbios do sono do professor. **Rev. psicopedag.** vol.28 no.87 São Paulo 2011.
- WANDERLEY, E. N.; FERREIRA, V. A. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciênc. saúde coletiva** vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2010.
- ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

## **ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INSTITUCIONAL**

Esta pesquisa está sendo realizada pela Srta. Aline dos Santos Bittencourt, aluna da Universidade de Taubaté, como sendo orientada pela professora **Dra. Nancy Julieta Inocente**.

Seguindo os preceitos éticos, informamos que sua participação será absolutamente sigilosa, não constando seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo no manuscrito final da monografia ou em qualquer publicação posterior sobre esta pesquisa. Pela natureza da pesquisa, sua participação não acarretará em quaisquer danos para sua pessoa. A seguir, damos as informações gerais sobre esta pesquisa, reafirmando que qualquer outra informação que V.S. desejar, poderá ser fornecida pelo aluno-pesquisador ou pelo professor orientador, inclusive telefonar a cobrar para a pesquisadora responsável (12-98168-5096) ou para a aluna pesquisadora Aline dos Santos Bittencourt (12- 991062926).

**TEMA DA PESQUISA:** “O sobrepeso, obesidade e qualidade de sono em docentes da rede pública da cidade de Taubaté”.

**OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de sono em docentes com sobrepeso e obesidade.

**PROCEDIMENTO:** os professores deverão responder os questionários

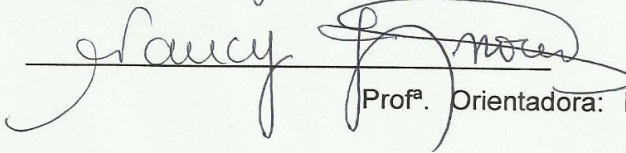
**SUA PARTICIPAÇÃO:** autorizar a pesquisa

Após a conclusão da pesquisa, prevista para novembro de 2014, a monografia contendo todos os dados e conclusões, estará à disposição para consulta na Biblioteca da Universidade de Taubaté.

Agradecemos sua participação, enfatizando que a mesma em muito contribuiu para a construção de um conhecimento atual na área.



Taubaté, 03. julho de 2014.



Prof<sup>a</sup>. Orientadora: Nancy Julieta Inocente

E-mail: nancyinocente@gmail.com

Tel: 98168-5096

Aline dos Santos Bittencourt

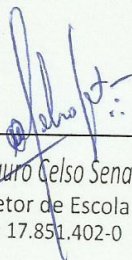
Aluna Pesquisadora: Aline dos Santos Bittencourt

E-mail: alinesbittencourt@hotmail.com

Tel: (12) 991062926

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento,  
eu Prof. Ms. Mauro Celso Senatore  
portador do RG nº 17.851.402-0, autorizo a realização da pesquisa.

Taubaté, 04 / 07 / 2014



Assinatura Prof. Mauro Celso Senatore  
Diretor de Escola  
RG: 17.851.402-0

## **ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PARTICIPANTES**

Esta pesquisa está sendo realizada pela Srta. Aline dos Santos Bittencourt, aluna da Universidade de Taubaté, como sendo orientada pela professora **Dra. Nancy Julieta Inocente**.

Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Seguindo os preceitos éticos, informamos que sua participação será absolutamente sigilosa, não constando seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo no manuscrito final da monografia ou em qualquer publicação posterior sobre esta pesquisa. Pela natureza da pesquisa, sua participação não acarretará em quaisquer danos para sua pessoa. Você poderá obter todas as informações sobre a pesquisa, inclusive telefonando a cobrar para a pesquisadora responsável Nancy Julieta Inocente (12-981-58-60-96) ou para aluna pesquisadora Aline dos Santos Bittencourt (12) 991062926. A seguir, damos as informações gerais sobre esta pesquisa, reafirmando que qualquer outra informação que V.S. desejar, poderá ser fornecida pelo aluno-pesquisador ou pelo professor orientador.

**TEMA DA PESQUISA:** “O sobrepeso, obesidade e qualidade de sono em docentes da rede pública da cidade de Taubaté”.

**OBJETIVO:** Avaliar a qualidade de sono em docentes com sobrepeso e obesidade

**SUA PARTICIPAÇÃO:** responder o questionário de Qualidade de Sono.

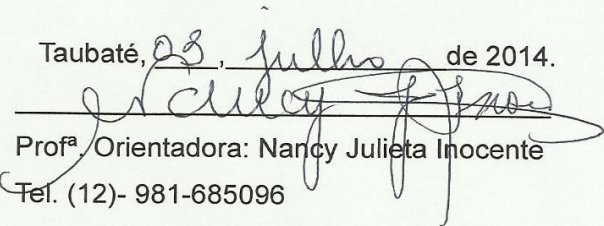
Após a conclusão da pesquisa, prevista para outubro de 2014, a monografia contendo todos os dados e conclusões, estará à disposição para consulta na Biblioteca da Universidade de Taubaté.

V.S. terá a total liberdade para recusar sua participação, assim como solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalização ou prejuízo.

Agradecemos sua participação, enfatizando que a mesma em muito contribuiu para a construção de um conhecimento atual na área.



Taubaté, 23 de Julho de 2014.

  
Prof<sup>a</sup> Orientadora: Nancy Julieta Inocente  
Tel. (12)- 981-685096

*Aline dos Santos Bittencourt*  
Aluna Pesquisadora: Aline dos Santos Bittencourt  
E-mail: alinesbittencourt@hotmail.com  
Tel: (12) 991062926

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento,  
eu \_\_\_\_\_  
portador do RG nº \_\_\_\_\_, autorizo a utilização, nesta pesquisa,  
dos dados por mim fornecidos.

Taubaté, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

\_\_\_\_\_

## ANEXOS C

### - QUESTIONÁRIOS

As questões que seguem são relativas à sua ocupação atual. Respondendo-as, você contribuirá para melhor entendimento científico sobre a vida moderna no trabalho e a saúde. Agradecemos sua participação.

#### Questionário Sócio-Demográfico-Ocupacional (QSDO)

- 1) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino.
- 2) Idade em anos: \_\_\_\_\_
- 3) Escolaridade: \_\_\_\_\_
- 4) Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado/união estável ( ) separado/divorciado ( ) viúvo.
- 5) Horário de trabalho : Diurno ( ) Noturno ( )
- 6) Tempo de docência: \_\_\_\_\_
- 7) Horas trabalhadas por semana:
- 8) Número de escolas em que trabalha: \_\_\_\_\_
- 8) Hábitos de: ( ) beber ( ) fumar ( ) café
- 9) Praticar atividade física: ( ) sim ( ) não
- 10) Reside com: ( ) família ( ) sozinho(a)
- 11) O seu peso interfere na sua vida: ( ) familiar, ( ) social, ( ) profissional
- 12) Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

#### A) Informação sobre o sono:

Horário de deitar: \_\_\_\_\_

Quantos minutos demora para pegar no sono: \_\_\_\_\_

Horário de acordar: \_\_\_\_\_

Horas de sono por noite: \_\_\_\_\_

Você classificaria a qualidade do seu sono em:

( ) muito boa

( ) ruim

( ) boa

( ) muito ruim

**B) QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE SONO QQS****C) Questionário sobre Sonolência Diurna Excessiva****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO SOBREPESO, OBESIDADE E QUALIDADE DE SONO EM DOCENTES DA REDE PÚBLICA DA CIDADE DE TAUBATÉ

**Pesquisador:** NANCY JULIETA INOCENTE

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 27625514.2.0000.5501

**Instituição Proponente:** Universidade de Taubaté

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 743.909

**Data da Relatoria:** 08/08/2014

**Apresentação do Projeto:**

Esta pesquisa tem por objetivo avaliar os aspectos psicológicos dos professores com sobrepeso e obesidade e a qualidade de sono em docentes. Para alcançar o objetivo será realizada uma pesquisa exploratória-descritiva, quantitativa e com delineamento de levantamento. A população pesquisada será constituída de 31 professores da rede municipal com sobrepeso e obesos da cidade de Taubaté. A amostra será por acessibilidade que constitui o menos rigoroso de todos os tipos de amostragem, por isto mesmo é destituída de qualquer rigor estatístico. Os instrumentos aplicados serão: questionário de Identificação da Amostra; Inventário Beck de Depressão e Inventário de Ansiedade de Beck. Espera-se com os resultados obtidos obter maior conhecimento da problemática estudada.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar os aspectos psicológicos dos professores com sobrepeso e obesidade e a qualidade de sono em docentes.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Atende as recomendações da Resolução 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Tema relevante para a área de estudo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Atende as recomendações da Resolução 466/12.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Atendida a solicitação do parecer anterior.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté, em reunião de 08/08/2014, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 466/12, considerou o Projeto de Pesquisa: NÃO APROVADO.