



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

RENNE RODRIGUES

**ASSOCIAÇÃO ENTRE LETRAMENTO EM SAÚDE E
PERCEPÇÃO DE TRABALHO DE ALTA EXIGÊNCIA COM
CONDUTAS RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO EM
PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA DE LONDRINA,
PARANÁ**

RENNE RODRIGUES

**ASSOCIAÇÃO ENTRE LETRAMENTO EM SAÚDE E
PERCEPÇÃO DE TRABALHO DE ALTA EXIGÊNCIA COM
CONDUTAS RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO EM
PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA DE LONDRINA,
PARANÁ**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas.

Londrina
2018

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

Rodrigues, Renne.

Associação entre letramento em saúde e percepção de trabalho de alta exigência com condutas relacionadas à alimentação em professores da educação básica de Londrina, Paraná / Renne Rodrigues. - Londrina, 2018.
162 f.

Orientador: Arthur Eumann Mesas.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.
Inclui bibliografia.

1. Condutas Alimentares - Tese. 2. Letramento em Saúde - Tese. 3. Condições de Trabalho - Tese. 4. Professor - Tese. I. Eumann Mesas, Arthur. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

RENNE RODRIGUES

**ASSOCIAÇÃO ENTRE LETRAMENTO EM SAÚDE E PERCEPÇÃO
DE TRABALHO DE ALTA EXIGÊNCIA COM CONDUTAS
RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO EM PROFESSORES DA
EDUCAÇÃO BÁSICA DE LONDRINA, PARANÁ**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Selma Maffei de Andrade
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Mathias Roberto Loch
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Clísia Mara Carreira
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Dartagnan Pinto Guedes
Universidade Norte do Paraná - UNOPAR

Londrina, 20 de abril de 2018.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas, por sua paciência nas orientações, entusiasmo a cada resultado promissor e pela sua capacidade de encontrar frestas a serem exploradas, mesmo nos becos sem saída.

À Prof. Dra. Selma Maffei de Andrade e ao Prof. Dr. Alberto Durán González, colaboradores do projeto Pró-Mestre, sempre presentes nas reuniões e discussões.

À toda equipe de pesquisadores e colaboradores do Pró-Mestre, que durante os quatro anos de coleta souberam agir como uma verdadeira equipe, dividindo experiências, dificuldades e angústias. Em especial agradecimento à Marcela Maria Birolim e Francine Nesello Melanda, que desde o início apoiaram e se esforçaram para a concretização deste projeto, e fizeram com que o doutorado não fosse uma caminhada isolada.

Aos professores, diretores e pedagogos que se entusiasmaram com a pesquisa, fornecendo condições operacionais para sua execução e incentivos aos pesquisadores.

Aos colegas de turma e professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina por todo o conhecimento, ideias e momentos compartilhados.

À Sandra Lage e equipe da secretaria de pós-graduação por sua dedicação e empenho.

À minha família, especialmente a Nadir Rodrigues, e aos amigos que sempre torceram por mim e me apoiaram.

À Fabiana Sayuri Takahashi Rodrigues pelo incentivo, paciência, escuta, ideias e companheirismo prestado.

A todos aqueles que direta ou indiretamente participaram desta etapa, meu sincero reconhecimento!

“Existem muitas hipóteses em ciência que estão erradas. Isso é perfeitamente aceitável, elas são a abertura para achar as que estão certas”.

Carl Sagan

RODRIGUES, Renne. **Associação entre letramento em saúde e percepção de trabalho de alta exigência com condutas relacionadas à alimentação em professores da educação básica de Londrina, Paraná**. 2018. 162 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

RESUMO

A docência possui diversos desafios e responsabilidades, e fatores pessoais, como o letramento em saúde, e ocupacionais, como o trabalho de alta exigência (categoria de maior risco do modelo demanda-controle), podem predispor à realização de condutas alimentares não recomendáveis. Em razão da importância dos professores para a sociedade, considera-se essencial o aprofundamento de questões pessoais e laborais com condutas alimentares. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivos investigar a associação do letramento em saúde e das exigências para o trabalho com condutas alimentares. Para a estruturação desta tese, cada objetivo foi apresentado no formato de um estudo com métodos, resultados e conclusões próprias. Os objetivos foram explorados no âmbito do projeto Saúde, Estilo de Vida e Trabalho de Professores da Rede Pública do Paraná (PRÓ-MESTRE), no qual professores das 20 maiores escolas estaduais de Londrina foram entrevistados individualmente em dois momentos: *baseline* (nos anos de 2012 e 2013) e seguimento (após 24 meses). Desse modo, o primeiro estudo é um recorte transversal, com dados obtidos no *baseline*, investigando a associação entre o letramento em saúde (obtido por meio da ferramenta *Newest Vital Sign – NVS*) e condutas alimentares. O segundo estudo é uma coorte prospectiva que investiga a influência do trabalho de alta exigência em condutas alimentares. O letramento em saúde inadequado foi observado em 62,6% dos 927 professores incluídos no primeiro estudo, associando-se com menor frequência de consulta a informações nutricionais em professores mais jovens, e com maior chance de consumo de alimentos pré-preparados frequentemente entre os professores de meia idade. O trabalho de alta exigência medido no *baseline* foi identificado em 39,2% dos 502 professores incluídos no segundo estudo, associando-se com maior chance de manutenção do consumo não frequente de frutas, maior chance de diminuição do consumo de frutas e verduras/legumes e com menor chance de diminuição do consumo de gordura visível de carne vermelha, após 24 meses de seguimento. Com base nos resultados encontrados é possível identificar que tanto o letramento em saúde inadequado (em recorte transversal) quanto o trabalho de alta exigência (em recorte longitudinal) estão implicados na maior chance de manutenção de condutas alimentares não recomendadas e piora de condutas alimentares, bem como na menor chance de melhora de condutas alimentares. É importante ressaltar que diversas associações esperadas entre letramento em saúde e condutas alimentares não se confirmaram na presente população. Desse modo, sugere-se a discussão sobre as condições de trabalho e ações integradas que visem o incentivo à alimentação saudável.

Palavras-chave: Professor. Condutas Alimentares. Letramento em Saúde. Condições de Trabalho. Ensino Fundamental e Médio.

RODRIGUES, Renne. **Association between health literacy and perception of high-demand work with eating behaviors in basic education teachers of Londrina, Paraná, Brazil**. 2018. 162 p. Thesis (Doctor's Degree in Collective Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

ABSTRACT

Teaching bears several challenges and responsibilities, and personal factors, such as health literacy, and occupational ones, as high-demand jobs (category with greater risk in the demand-control model), may predispose to the accomplishment of inadvisable eating behaviors. Due to the importance of such professionals for society, it has been considered essential that personal and labor aspects are deepened in relation to eating behaviors. In this way, the present study aims to investigate the association of health literacy and work-demands with eating behaviors. Regarding this thesis' structure, each objective was introduced in the shape of a study, with its own methods, results, and conclusions. The objectives were explored in the scope of the Health, Lifestyle and Work of Teachers from the Public Network of Paraná project (PRÓ-MESTRE), in which teachers from the 20 larger state schools in Londrina were individually interviewed in two moments: baseline (in the years of 2012 and 2013) and follow-up (after 24 months). Therefore, the first study had a cross-sectional design, with data obtained during the baseline, investigating the association between health literacy (obtained through the tool Newest Vital Sign – NVS) and eating behaviors. The second study comprised prospective analyses and investigated the influence of high-demand work in eating behaviors. Inadequate health literacy was observed in 62.6% of the 927 teachers included in the first study, which was associated to a lower frequency of consulting nutritional facts for younger teachers, and to a greater chance of consuming pre-prepared meals for middle-aged teachers. The high-demand work measured during baseline was identified in 39.2% of the 502 teachers included in the second study, which was associated with a greater chance of maintenance of non-frequent consumption of fruit, greater chance of reducing fruit and vegetables consumption, and with a lower chance of reducing the consumption of visible fat in red meat, after follow-up of 24 months. Based on the results found, it is possible to identify that both inadequate health literacy (in cross-sectional analyses) and high-demand work (in longitudinal analyses) are related to a greater chance of maintaining inadvisable eating behaviors and of worsening those, as well as to a lower chance of improving eating behaviors. It is important to highlight that several expected associations between health literacy and eating behaviors were not met in the present population. Therefore, a discussion about working conditions and integrated actions aiming to incentive healthy eating habits is suggested.

Keywords: Teacher. Eating Behaviors. Health Literacy. Job Strain. Elementary and High School.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Prevalência do Letramento em Saúde (LS) e características pessoais e do trabalho de professores da rede estadual de ensino em relação ao Londrina/PR, Brasil, 2012-2013 (n=927).58
- Tabela 2** – Associação entre o letramento em saúde (LS) e características alimentares em professores da rede estadual de ensino em relação a faixa etária, Londrina/PR, Brasil, 2012-2013 (n=927).59
- Tabela 3** – Caracterização dos professores da rede estadual de ensino na primeira etapa de coleta, Londrina/PR, 2012-2013 (n=502).73
- Tabela 4** – Distribuição da frequência de condutas relacionadas à alimentação entre o *baseline* e o seguimento após 24 meses segundo a percepção de exigência para o trabalho no *baseline* em professores da rede estadual de ensino, Londrina/PR, 2012-2013, 2014-2015.76
- Tabela 5** – Associação entre o trabalho de alta exigência* e a mudança na frequência de condutas relacionadas à alimentação após 24 meses em professores da rede estadual de ensino, Londrina/PR.77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCSQ	<i>Demand Control Support Questionnaire</i>
DP	Desvio Padrão
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IMC	Índice de Massa Corporal
LA	Letramento Alimentar
LN	Letramento Nutricional
LS	Letramento em Saúde
NVS	<i>Newest Vital Sign</i> versão em Português do Brasil
PR	Estado do Paraná, Brasil
Pró-Mestre	Saúde, Estilo de Vida e Trabalho de Professores da Rede Pública do Paraná
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TOFHLA	<i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
TV	Televisão
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA.....	12
1.2	PROCESSO DE EDUCAÇÃO BÁSICA NO BRASIL	15
1.3	CONDUTAS ALIMENTARES	19
1.4	LETRAMENTO EM SAÚDE	30
1.5	ESCALA DE DEMANDA-CONTROLE.....	32
1.6	TERMOS E CONCEITOS.....	34
1.7	JUSTIFICATIVA.....	37
2	OBJETIVOS	39
2.2	GERAL	40
2.3	ESPECÍFICOS	40
3	MÉTODO	41
4	RESULTADOS	47
4.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE A COLETA DE DADOS.....	48
4	PRIMEIRO ESTUDO	50
4.2	LETRAMENTO EM SAÚDE E CONDUTAS RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO DE ACORDO COM A IDADE EM PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA.	51
4.2.1	Resumo	51
4.2.2	Introdução.....	52
4.2.3	Métodos.....	54
4.2.4	Resultados.....	57
4.2.5	Discussão	59
4	SEGUNDO ESTUDO	64
4.3	PERCEPÇÃO DE TRABALHO DE ALTA EXIGÊNCIA E CONDUTAS RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO: ESTUDO PROSPECTIVO COM PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA.	65
4.3.1	Resumo	65

4.3.2	Introdução.....	66
4.3.3	Método.....	68
4.3.4	Resultados.....	71
4.3.5	Discussão	78
5	CONCLUSÕES	82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS.....	90
	APÊNDICES	112
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO <i>BASILINE</i>	113
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO SEGUIMENTO.....	133
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	149
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	151
	ANEXOS	153
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O <i>BASILINE</i>	154
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O SEGUIMENTO.....	156
	ANEXO C – APROVAÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DE LONDRINA PARA REALIZAÇÃO DO PRÓ-MESTRE <i>BASILINE</i>	161
	ANEXO D – APROVAÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DE LONDRINA PARA REALIZAÇÃO DO PRÓ-MESTRE SEGUIMENTO.....	162

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

A humanidade passou por um intenso processo de mudança na sua organização social e de alteração do meio ambiente ao longo de sua história. Dentre os inúmeros avanços ocorridos, o progresso no conhecimento foi uma peça-chave na transformação de primatas a astronautas (HARARI, 2015; MLODINOW, 2015). As evidências apontam que a capacidade de raciocínio não se alterou significativamente desde o surgimento do *homo sapiens* nas planícies africanas até os dias atuais. Dentre as diversas causas para a mudança na vida e organização social entre esses períodos, pode-se destacar as habilidades necessárias para a aquisição e divulgação de conhecimentos, que tiveram um salto expressivo com a invenção de sistemas de registro, como a escrita, e pelo surgimento de uma figura especializada para a transmissão desses conhecimentos, iniciando a arte da docência (HARARI, 2015).

Na Grécia antiga, no período pré-socrático e socrático (séculos V-IV antes da era comum), o aprimoramento de diversas concepções originou o que pode ser considerado o berço do sistema educacional ocidental, com grande protagonismo dos discentes, intensa reflexão sobre o mundo e reconhecimento daqueles que se colocavam como provocadores dessas reflexões. Com a disseminação do cristianismo surgiu a necessidade de manter o clero educado, originando no século VII da era comum as escolas monacais. No século seguinte, Carlos Magno ajudou a disseminar a importância da educação para a população geral, instituindo degraus para os níveis educacionais, que amadureceram durante a Idade Média para consolidar a educação elementar, secundária e superior. No final da Idade Média (séculos XIV e XV da era comum), já com a consolidação das universidades e escolas elementares e secundárias, a educação monástica entrou em decadência, mantendo o sistema de educação para a população em geral, com crescente reconhecimento social dos docentes (MOURA, 2014).

Todo o processo educacional e sua disseminação no final do período medieval serviram como um motor propulsor para a Revolução Industrial, com o papel do professor transformado em engrenagem nesse processo. A lógica de

produção do sistema fordista foi aplicada ao sistema de ensino, com a instituição de grades de horários adequadas ao funcionamento das fábricas e um sistema de séries (HARARI, 2015; NÓVOA, 2014), nas quais os estudantes vão avançando, assim como automóveis avançam por uma linha de produção. Nesse processo, a educação se afastou dos pressupostos iniciais, restando aos estudantes um papel passivo (MOURA, 2014) e, ao docente, o papel de operário do saber. O docente se igualou a um operário, vivendo em uma sociedade que cada vez mais delegou importância aos bens materiais e menos às relações humanas (CURY, 2017; HARARI, 2015; MARCÍLIO, 2005; MOURA, 2014; RIBEIRO, 1993).

No século XIX, diversas discussões trataram do formato que a educação deveria tomar, culminando na padronização do modelo de ensino. No século XX, graças às lutas políticas para substituição do trabalho infantil pelo direito à educação, houve grande expansão das escolas e do número de crianças e jovens atendidos. No final do século XX, pesquisadores e organizações começaram a rediscutir o formato da educação, colocando o papel da escola em “cheque” (NÓVOA, 2014). Nesse processo histórico, os docentes que, na Grécia antiga, possuíam grande notoriedade social e que no início do século XX foram símbolo da conquista do direito à educação e de novas perspectivas, hoje (século XXI) se encontram como engrenagens do sistema educacional. Sem o devido reconhecimento social, acabam por ser a “peça” mais desgastada no sistema educacional, sofrendo diversas patologias físicas e psicológicas associadas ao trabalho (ASA; LASEBIKAN, 2016; FILLIS et al., 2016; GLUSCHKOFF et al., 2016; KOGA et al., 2015; MELANDA et al., 2017; MUNIER; FARRELL, 2016).

Tendo em vista a proteção da saúde dos docentes, diversos estudos avaliam os possíveis impactos das cargas físicas e psicológicas nesses trabalhadores. Tais condições de trabalho se associam a problemas fonoaudiológicos (FILLIS et al., 2016; MUNIER; FARRELL, 2016), estresse (ASA; LASEBIKAN, 2016; GLUSCHKOFF et al., 2016), *burnout* (ASA; LASEBIKAN, 2016; GLUSCHKOFF et al., 2016; KOGA et al., 2015), violência (MELANDA et al., 2017), ansiedade e depressão (ASA; LASEBIKAN, 2016). A literatura é uníssona no que tange à importância da saúde dos docentes que, mais do que uma classe de trabalhadores/operários, representam um dos elementos essenciais para a capacitação e avanço da sociedade. Contudo, a maioria dos estudos mantém foco nas doenças resultantes do processo de trabalho, não explorando de modo objetivo e aprofundado variáveis que auxiliam na

promoção da saúde dos mesmos, como as condutas alimentares (ASA; LASEBIKAN, 2016; FILLIS et al., 2016; GLUSCHKOFF et al., 2016; KOGA et al., 2015; MELANDA et al., 2017; MUNIER; FARRELL, 2016).

Demandas relacionadas ao exercício de diversas profissões são associadas a condutas alimentares não recomendadas (LANDSBERGIS et al., 2015), a maior risco cardiovascular (KIVIMÄKI et al., 2012) e a maior chance de apresentar hipertensão e diabetes (LANDSBERGIS et al., 2015). Embora tais evidências estejam de acordo com o modelo causal de Landsbergis e colaboradores (2015), faltam estudos que auxiliem no entendimento de que fatores podem influenciar as condutas alimentares e, com isso, repercutir no estado de saúde. Nesse sentido a presente investigação visa verificar a associação entre fatores pessoais e laborais com condutas relacionadas à alimentação de professores.

1.2 PROCESSO DE EDUCAÇÃO BÁSICA NO BRASIL

O histórico do processo de desenvolvimento da educação básica reflete o contexto político social das grandes potências mundiais, especialmente na Europa. A educação começou no Brasil em 1549 com os jesuítas, que uniam a alfabetização ao ensino religioso, com o objetivo de converter os povos indígenas, em um período que a educação se restringia a saber ler e escrever (MARCÍLIO, 2005).

Incentivado pelo Iluminismo, em 1746, surgiu no Brasil o modelo de educação “instrução popular”, inicialmente parecido com o ensino jesuíta. A partir de 1759, sob responsabilidade do governo, essa modalidade de ensino passou a contar com aulas régias e com flexibilidade nas matrículas, ações que visavam aumentar o interesse da população (MARCÍLIO, 2005). Fato marcante do período era a má remuneração conferida aos docentes, que refletia em profissionais com menor qualificação. O desfecho foi trágico, resultando na fragmentação do ensino (MARCÍLIO, 2005; RIBEIRO, 1993). Em 1825, foi implementado o modelo lancasteriano (ensino mútuo), modelo problemático que não conseguiu melhorar o ensino (MARCÍLIO, 2005). Em 1835 foram criadas as “Escolas Normais” para preparação dos professores das escolas públicas. Embora precário e lento, o processo de educação pública foi expandido para as cidades populosas possibilitando condições para as mudanças futuras (MARCÍLIO, 2005; RIBEIRO, 1993).

A partir de 1870, o Brasil iniciou um processo de crescimento demográfico sem precedentes, com o aumento da população em 17 vezes até o ano de 2000, especialmente pela imigração de europeus aos grandes centros. Inúmeras propostas e reformas do processo educacional foram instituídas (MARCÍLIO, 2005; RIBEIRO, 1993). Destaca-se o período de 1870 a 1930 como importante para a criação da Educação Infantil e consolidação do Ensino Primário e Secundário, em especial a Escola Normal e o Ginásio (MARCÍLIO, 2005).

O século XX foi marcado pela universalização da escola, aumento da importância conferida pela sociedade à educação, com melhor formação dos professores e a consolidação da “carreira profissional do professor” como uma atividade de elevada qualificação e importância social no Brasil (MARCÍLIO, 2005). Após o golpe militar de 1964 houve um longo período de repressão e instabilidade

política, panorama que se modificou apenas após a redemocratização do país (MARCÍLIO, 2005; RIBEIRO, 1993).

Após a redemocratização do país ocorreu a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1996) que, juntamente com suas atualizações, definiu os níveis de ensino e suas responsabilidades. Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, a educação básica é formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio (BRASIL, 1996). A educação infantil é a primeira etapa da educação, tendo como finalidade o desenvolvimento integral de crianças de até 5 anos. O ensino fundamental possui duração de 9 anos, iniciado pelas crianças aos 6 anos, e tendo como objetivo a formação básica do cidadão. E, por fim, o ensino médio, com duração mínima de 3 anos, iniciando-se após a conclusão do ensino fundamental e tendo como objetivo consolidar os conhecimentos já aprendidos e a preparação para o mercado de trabalho (BRASIL, 1996).

No processo de educação básica, o ensino fundamental representa uma das etapas essenciais para a formação do cidadão, uma vez que se dá durante o período de formação da criança/adolescente. Mais do que prover conhecimento técnico, essa modalidade de ensino também é responsável por fundamentar os valores da sociedade, fortalecer os vínculos da família, solidariedade humana e de tolerância (BRASIL, 1996). Embora constitua um enorme desafio, a oportunidade de ensinar e fazer a diferença na vida dos estudantes é um fator motivacional para os docentes (NASCIMENTO, 2015). Os domínios culturais e sociais são os mais complexos e difíceis de serem atingidos, tanto pelo despreparo dos estudantes para lidar com essas situações, como pelo distanciamento dos pais da escola, os quais, por sua vez, delegam a essa instituição todo o papel educacional (NASCIMENTO, 2015).

Analisando o histórico da educação básica no Brasil, ficam evidentes os avanços ocorridos ao longo do último século (MARCÍLIO, 2005). A atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação comemorou 21 anos em 2017. Porém, esse período foi marcado por constantes atualizações (BRASIL, 1996; CURY, 2017), discussões sobre a estruturação do ensino e sobre seu financiamento, questões que ainda se mostram mal resolvidas (CURY, 2017). A educação básica, desde o século XX, é tida como prioridade para o avanço do país (CURY, 2017; MARCÍLIO, 2005), contudo, as ações políticas ainda permanecem aquém da importância conferida nos discursos políticos. Ainda não se alcançou a consolidação de uma educação de

qualidade, sem privilégios, igualitária e para todos, e decisões inadiáveis são proteladas a todo tempo, não fornecendo a devida estrutura para o pleno exercício da educação de qualidade (CURY, 2017; MARCÍLIO, 2005; RIBEIRO, 1993).

Ao longo da história da educação no Brasil, o papel do professor foi marcado por constantes mudanças, mas com alterações inicialmente lentas, o que permitiu o tempo necessário para adaptação dos profissionais, seja pela mudança de gerações como por mudanças na formação dos profissionais (MARCÍLIO, 2005; RIBEIRO, 1993). Contudo, nas últimas décadas, houve a transferência de diversas responsabilidades da comunidade e da família para a escola (BRASIL, 1996; MARCÍLIO, 2005; OLIVEIRA, 2005; RIBEIRO, 1993). Em poucas décadas, a escola passou a ter que educar crianças e adolescentes em todas as dimensões, cada vez com menor envolvimento da família nesse processo, aumentando a cobrança sobre o docente (CURY, 2017; NASCIMENTO, 2015) sem que houvesse adequações na formação ou no tempo para adaptação (MARCÍLIO, 2005; SALTINI; VIDAL; SOBRINHO, 2014). A mesma geração que aprendeu a lecionar apenas questões técnico-científicas (MARCÍLIO, 2005; OLIVEIRA, 2005; RIBEIRO, 1993) passou a ser cobrada por domínios culturais, sociais e psicológicos (BRASIL, 1996; CURY, 2017; NASCIMENTO, 2015).

O processo, ao invés de ser acompanhado por políticas de suporte aos docentes, foi permeado pela inclusão de indicadores de qualidade e premiação aos docentes pelo cumprimento de metas (IVO; HYPOLITO, 2015; OLIVEIRA; VIEIRA; AUGUSTO, 2014). A responsabilidade pelo desempenho dos estudantes ficou delegada aos docentes, ou seja, em situações de reprovação o docente passou a ser culpabilizado (MARCÍLIO, 2005). Com foco nas metas, o processo de ensino e o docente podem ser deixados de lado, gerando situações de regulação do trabalho docente a partir do desempenho dos estudantes (IVO; HYPOLITO, 2015), com perda da identidade profissional e aumento da necessidade de esforço docente para desempenhar suas atribuições (ZARAGOZA, 1999).

Decorrente desse processo, situações de descompasso entre a estrutura de trabalho fornecida e as crescentes responsabilidades conferidas aos docentes (BRASIL, 1996; CURY, 2017; ZARAGOZA, 1999) podem gerar um processo de trabalho prejudicial a esses profissionais, denominado por diversos autores com o termo “mal-estar docente” (ARAÚJO et al., 2014; ZARAGOZA, 1999). O mal-estar docente pode ser entendido como “um estado de incômodo indefinível”, um conceito

propositalmente inespecífico em razão da diversidade e complexidade desse fenômeno (ZARAGOZA, 1999).

Além de um incômodo, sem conotação de temporalidade, ainda pode-se entender o mal-estar docente como “efeitos negativos permanentes que afetam a personalidade do professor como resultado das condições psicológicas e sociais em que se exerce a docência” (ZARAGOZA, 1999). Nota-se que, nessa segunda abordagem, o mal-estar docente não é apenas um estado, mas o resultado de efeitos permanentes, pressupondo a exposição prolongada a condições de trabalho não adequadas.

A saúde dos docentes pode ser afetada pelas condições físicas e organizacionais nas quais o trabalho é realizado. Condições de trabalho que exigem esforço além da capacidade de adaptação e resposta do indivíduo geram uma situação prejudicial, na qual a demanda ou a carga de trabalho representam uma situação de desgaste físico e/ou psicológico (FACCHINI, 1994).

Dentre as diversas consequências das demandas de trabalho para a saúde docente estão as alterações de condutas alimentares (ROOHAFZA et al., 2013; TRYON; DECANT; LAUGERO, 2013), as quais, por sua vez, podem favorecer a ocorrência, persistência ou o agravamento de doenças crônicas não transmissíveis (GARBARINO; MAGNAVITA, 2015; GILBERT-OUIMET et al., 2014; LANDSBERGIS et al., 2015; NYBERG et al., 2014). Tendo em vista a importância da alimentação por seu valor simbólico, fisiológico e para a saúde, considera-se imprescindível o adequado aprofundamento da relação entre condutas alimentares e saúde.

1.3 CONDUTAS ALIMENTARES

Ao longo da história diversas foram as ameaças à vida humana. O *homo sapiens* surgiu como um animal nômade, andando em bandos e com a alimentação baseada no sistema caçador-coletor. Nesse período, as principais ameaças eram os predadores e possíveis acidentes durante a caça. Com a adoção da agricultura como principal forma de subsistência, ocorreu a fixação do homem em determinado território, e os problemas de saúde decorrentes da mudança no estilo de vida logo surgiram. O organismo adaptado a uma dieta variada e a um longo período de caminhada diária começou a apresentar problemas até então desconhecidos, como deficiências alimentares (em razão da dieta baseada em carboidrato – trigo e arroz) e problemas ergonômicos (pela constante necessidade de se trabalhar com a terra) (HARARI, 2015).

Ao longo da evolução da humanidade, apesar dos avanços indiscutíveis (científicos, culturais e sociais), o objetivo de conseguir alimento abundante com a diminuição do esforço, o qual seduziu o homem a “criar” a agricultura, nunca se concretizou (HARARI, 2015). A sociedade atual mantém os mesmos objetivos básicos (embora diversos outros tenham sido adicionados) como ter sustento e descanso, mas, para alcançar esse ideal, acabamos trabalhando cada vez mais e nos alimentamos cada vez pior. O açúcar simples, ácidos graxos e proteína animal, que eram raridade nos tempos de caçadores-coletores, hoje enchem a nossa geladeira, seduzem nosso paladar e promovem alterações fisiológicas no nosso corpo de modo mais evidente do que o esforço de nossos antepassados pela busca do alimento. Para compreender quais condutas são adequadas ou não é necessário o aprofundamento no efeito de determinados componentes alimentares no organismo humano, bem como sua distribuição em alimentos e associação com condutas alimentares.

Um dos elementos mais relacionado com a hipertensão, Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) mais prevalente no Brasil e no Mundo (NAGHAVI et al., 2015; VILELA et al., 2015), é o sódio (ECKEL et al., 2014; SARNO et al., 2009; SOUZA et al., 2016). O sódio é um íon essencial para o funcionamento bioquímico do nosso corpo (NELSON; COX, 2014), atribui o sabor salgado aos alimentos (JAENKE et al., 2017) e era encontrado em pequenas quantidades na alimentação

humana até o início de sua captação por meio da evaporação da água do mar (aproximadamente há 4 mil anos atrás) (FLAD et al., 2005). Em razão de sua abundância na sociedade atual, por suas propriedades sensoriais, ação conservante e na potencialização da qualidade técnica de produtos industrializados, concentrações elevadas de sódio se tornaram presentes na maior parte dos alimentos, inclusive em doces (JAENKE et al., 2017).

O consumo recomendado de sódio é de até 2 g/dia para adultos (WHO, 2012), contudo, a ingestão média do brasileiro varia de 3,2 (DE MOURA SOUZA et al., 2013) a 4,5 g/dia (SARNO et al., 2009), dependendo da metodologia de estimativa empregada. O consumo excessivo de sódio acarreta sua acumulação no organismo, o que, conseqüentemente, aumenta a pressão arterial em razão de sua capacidade em estabelecer ligações de hidrogênio com a água, e sua conseqüente retenção no organismo (HALL, 2017; NELSON; COX, 2014). Diante disso, a redução no consumo de sódio é uma das principais estratégias para controle da hipertensão (WHO, 2012) e prevenção da mortalidade por causa cardiovascular (MICHA et al., 2017). Porém, essa redução esbarra em questões técnicas do processo produtivo dos alimentos industrializados e no receio da não aceitação pelos consumidores de produtos com menor teor de sódio (JAENKE et al., 2017). Diversas iniciativas já promoveram, nos últimos anos, essa redução (JAENKE et al., 2017; MALTA; SILVA JR, 2013; SOUZA et al., 2016), e novas reduções devem ser realizadas para que o consumo de sódio fique dentro dos valores recomendados (MALTA; SILVA JR, 2013).

Assim como ocorre com o sódio, os ácidos graxos estão presentes abundantemente nos alimentos industrializados (MALHOTRA, 2013; MOZAFFARIAN; LUDWIG, 2015) e na carne processada (MALHOTRA, 2013), itens de grande consumo atualmente (BOLHUIS; NEWMAN; KEAST, 2016; MALHOTRA, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). O consumo de ácidos graxos contribui com muita energia ao organismo, em razão de sua elevada densidade energética (NELSON; COX, 2014). É o principal constituinte do tecido adiposo (na forma de triglicerídeos), tecido especializado no armazenamento de energia e importante isolante térmico para regiões frias (HALL, 2017; NELSON; COX, 2014). Os ácidos graxos possuem um sabor único, o “oleogustus”, podendo ainda apresentar uma similaridade com o sabor umami, conhecido por realçar o sabor dos alimentos (RUNNING; CRAIG; MATTES, 2015). Essa característica sensorial, por

mais imperceptível que pareça, contribui para a identificação desse componente nos alimentos (RUNNING; CRAIG; MATTES, 2015), associando-se a sensação de prazer e bem-estar, e fazendo com que alimentos com mais ácidos graxos (DREWNOWSKI, 1997), especialmente quando associado ao sódio, tenham preferência de consumo (BOLHUIS; NEWMAN; KEAST, 2016).

Os ácidos graxos, de acordo com a característica de suas cadeias, podem ser divididos em 3 grandes grupos: insaturados, saturados e *trans* (NELSON; COX, 2014). Nosso organismo produz, em determinada etapa do ciclo mitocondrial, ácidos graxos *trans*, os quais são imediatamente convertidos em energia e não geram prejuízos ao organismo (NELSON; COX, 2014). Além dos compostos endógenos, o ser humano pode adquirir os ácidos graxos *trans* pela alimentação, sejam os ácidos formados durante o processo de ruminação de bovinos e caprinos, que compõem até 5% dos ácidos graxos da carne e leite, ou os formados durante o processo de hidrogenação ou desodorização de óleos vegetais (DAWCZYNSKI; LORKOWSKI, 2016). Os ácidos graxos *trans* originários pelo processo da ruminação são constituídos principalmente pelo ácido *trans*-vacênico, e ainda possuem papel incerto na etiologia de doenças cardiovasculares (DAWCZYNSKI; LORKOWSKI, 2016). Por outro lado, os ácidos graxos *trans* provenientes de alimentos industrializados que utilizam óleos vegetais hidrogenados são compostos por uma miscelânea de ácidos, especialmente o ácido elaídico (DAWCZYNSKI; LORKOWSKI, 2016; MOZAFFARIAN; WALLACE, 2009). Investiga-se a alteração vascular provocada pela ingestão desses ácidos *trans* industriais, uma vez que pode haver maior risco para aterosclerose (CHEN et al., 2011; MERCHANT et al., 2008), estando o consumo frequente associado com a etiologia de doenças cardiovasculares (CHOWDHURY et al., 2014; DAWCZYNSKI; LORKOWSKI, 2016).

O elevado consumo de ácidos graxos saturados pode resultar em níveis plasmáticos aumentados do LDL-colesterol, transportador de lipídeos para os tecidos (CHIU; WILLIAMS; KRAUSS, 2017), podendo aumentar a espessura de vasos envolvidos na aterosclerose (MERCHANT et al., 2008) e, conseqüentemente, podendo aumentar o risco cardiovascular (CHIU; WILLIAMS; KRAUSS, 2017; MERCHANT et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Por esses motivos, existe uma clara recomendação para a redução do consumo de ácidos graxos saturados (MALTA; SILVA JR, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Contudo, é importante ressaltar que os ácidos graxos possuem diversas funções metabólicas, e que a redução no seu consumo acarreta no aumento da ingestão de outros elementos, como os carboidratos (EBBELING et al., 2012). Em razão disso, discute-se a validade da recomendação de redução do consumo de ácidos graxos sem que haja o controle de outros fatores aparentemente mais nocivos, porém menos debatidos, como o consumo de carboidratos (MALHOTRA, 2013). Essa discussão é fomentada pelas evidências de que a ingestão de ácidos graxos saturados parece possuir um efeito pequeno sobre a etiologia de eventos cardiovasculares (CHOWDHURY et al., 2014; SANTOS et al., 2013), que o consumo de carboidratos em grandes quantidades parece ser mais prejudicial para o controle do LDL-colesterol do que o consumo de ácidos graxos (MUSUNURU, 2010), e que a substituição de ácidos graxos por carboidratos provoca problemas metabólicos que prejudicam o controle energético e aumentam a resistência à insulina (EBBELING et al., 2012).

O efeito do consumo de ácidos graxos monoinsaturados sobre eventos cardiovasculares ainda não está claro na literatura (CHOWDHURY et al., 2014; SANTOS et al., 2013), embora pareça apontar uma ação protetora (SANTOS et al., 2013), enquanto ácidos graxos poliinsaturados são fatores de proteção (CHOWDHURY et al., 2014). Além do consumo de alimentos ricos em ácidos graxos, é importante considerar os alimentos fritos. O consumo desse tipo de alimento pode aumentar o peso, a pressão arterial e os níveis plasmáticos de LDL-c, aumentando, conseqüentemente, o risco para diabetes tipo 2 e doenças coronarianas (CAHILL et al., 2014).

O colesterol é uma molécula essencial para nosso organismos, participando da regulação hormonal e estabilização da membrana plasmática das células (NELSON; COX, 2014). O colesterol do corpo humano é prioritariamente produzido endogenamente, mas também é obtido por meio do consumo de carne animal, ovos, leite e derivados (NELSON; COX, 2014; SANTOS et al., 2013). Não existe um consenso sobre a restrição do consumo do colesterol (SANTOS et al., 2013). O consumo de colesterol aumenta os níveis plasmáticos do colesterol total e de sua fração de baixa densidade, o LDL-colesterol, contudo, parece não aumentar o risco de desfechos cardiovasculares, acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico (BERGER et al., 2015). Apesar dessas evidências, em razão do possível efeito para indivíduos portadores de alguns tipos de polimorfismos genéticos

envolvendo sua via de absorção, recomenda-se sua restrição (SANTOS et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) e discute-se a importância da diminuição do consumo de carboidratos (MALHOTRA, 2013), um dos componentes responsáveis pela formação endógena de LDL-colesterol (MUSUNURU, 2010).

Alimentos compostos por carne processada, em razão da adição de sódio e nitratos, aumentam as chances de problemas cardiovasculares e diabetes (CHEN et al., 2013; MICHA; WALLACE; MOZAFFARIAN, 2010), justificando a recomendação de consumo moderado (ECKEL et al., 2014; SANTOS et al., 2013). Algumas evidências apontam para a não associação entre o consumo de carne vermelha e doenças cardiovasculares, diabetes ou acidente vascular cerebral (MICHA; WALLACE; MOZAFFARIAN, 2010), enquanto outras apontam para maior risco de diabetes do tipo 2 (CHEN et al., 2013; PAN et al., 2013) e acidente vascular cerebral isquêmico não hemorrágico (CHEN et al., 2013). Com base nisso, o consumo de carne vermelha também possui indicativo de consumo controlado, em razão da presença de colesterol e ácidos graxos, o que pode contribuir para o possível aumento do risco cardiovascular (ECKEL et al., 2014; SANTOS et al., 2013). Em razão de possíveis alterações no perfil lipídico como consequência do consumo de gordura de origem animal, têm-se investigado o consumo de gordura visível de carne vermelha e da pele de carne de frango (BRASIL, 2016), sendo recomendado o preparo e consumo desses alimentos com o mínimo de gordura possível, ou seja, retirando-se a gordura visível da carne e a pele do frango (ECKEL et al., 2014; SANTOS et al., 2013).

Outra classe de produtos importante são as bebidas açucaradas, como os refrigerantes e sucos naturalmente doces ou com adição de açúcar (IMAMURA et al., 2015). Bebidas doces são rapidamente assimiladas pelo trato gastrointestinal, ativando mecanismos de liberação de insulina para controle glicêmico (HALL, 2017; NELSON; COX, 2014). A exposição constante a esse estímulo pode gerar estresse nas células beta pancreáticas, produtoras de insulina, bem como desregulação dos níveis glicêmicos e possível desregulação do metabolismo intermediário (HALL, 2017; IMAMURA et al., 2015). O consumo excessivo de açúcares pode contribuir para a formação do LDL-colesterol, aumentando os riscos relacionados a dislipidemia (MALHOTRA, 2013; MUSUNURU, 2010), além de provocar desgaste nas células produtoras de insulina (IMAMURA et al., 2015; KIDGER et al., 2016). As bebidas açucaradas, exceto sucos naturalmente doces, aumentam o risco de

desenvolvimento de diabetes tipo 2 (IMAMURA et al., 2015; MICHA et al., 2017), acidente vascular cerebral isquêmico, demência, doença de Alzheimer (PASE et al., 2017) e possível aumento na incidência de hipertensão (JAYALATH et al., 2015). Todas as bebidas açucaradas, ou seja, incluindo os sucos naturalmente doces, aumentam o risco de doenças cardiovasculares (HUANG et al., 2014) e mortalidade por essa causa (MICHA et al., 2017). Esse conjunto de evidências fundamenta recomendações de consumo limitado/espórádico dessas bebidas (ECKEL et al., 2014), embora as mesmas ainda não constem nos atuais consensos e protocolos clínicos em razão da necessidade de estudos de coorte prolongadas.

Os vegetais e legumes são alimentos ricos em fibras, com composição variada e presença de vitaminas, minerais oligoelementos e fitoquímicos. O consumo constante desses alimentos possui efeito protetor, reduzindo o risco cardiovascular e de acidente vascular cerebral (hemorrágico e isquêmico) (AFSHIN et al., 2014; MICHA et al., 2017). Frutas, exceto o suco, também são alimentos ricos em micronutrientes, fibras e outras substâncias capazes de atuarem na diminuição do risco cardiovascular e de acidente vascular cerebral (hemorrágico e isquêmico) (AFSHIN et al., 2014; MICHA et al., 2017).

Os legumes são constituídos por diversos compostos bioativos que auxiliam na regulação do colesterol total, LDL-colesterol, triglicerídeos e melhorando a resposta à glicose (AFSHIN et al., 2014; SLAVIN; LLOYD, 2012). Frutas são ricas em compostos bioativos, com ampla variabilidade entre cada grupo, mas que em linhas gerais são fonte de minerais, fibras, vitaminas e compostos antioxidantes, promovendo regulação da glicose e melhora dos níveis de colesterol (SLAVIN; LLOYD, 2012). Recomenda-se o consumo diário de 400g de verduras ou legumes e de frutas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Contudo, o consumo de ao menos 100g ao dia de qualquer um desses alimentos já é suficiente para apresentar benefícios significativos (MICHA et al., 2017).

O consumo constante de nozes, grãos integrais e peixes contendo ômega-3 produz efeitos protetores semelhantes, reduzindo o risco cardiovascular e de acidente vascular cerebral (hemorrágico e isquêmico) (AFSHIN et al., 2014; MICHA et al., 2017). Os benefícios do consumo de nozes podem advir de seus minerais (como o magnésio), fibras, e elementos antioxidantes, que auxiliam no controle dos triglicerídeos, promovem a diminuição da inflamação no organismo e melhor regulação da glicose (AFSHIN et al., 2014). O consumo constante de alimentos

integrais, em razão das fibras e da menor velocidade de liberação dos carboidratos, diminui o risco de diabetes tipo 2 e o risco de ganhar peso (YE et al., 2012). Por outro lado, o consumo de ômega-3 diminui a ativação e agregação das plaquetas, podendo auxiliar no controle dos níveis plasmáticos de triacilglicerol e VLDL-colesterol, além de diminuir a inflamação e a pressão arterial (MCEWEN et al., 2010).

O consumo de alimentos contendo ômega-3 pode interferir no metabolismo e controle de diversos órgãos, devendo ser realizada uma ingestão consciente desses alimentos. Para tanto, é necessário o conhecimento de informações nutricionais dos alimentos consumidos. Considera-se essa uma tarefa complexa, haja vista que uma refeição é constituída por inúmeros elementos (carboidratos, proteínas, entre outros), recomendados e não recomendados, e em diferentes proporções. Portanto, para o adequado entendimento da situação alimentar e planejamento de futuras orientações de uma população específica, como a de professores, é importante que um panorama fidedigno da alimentação seja conhecido, com utilização de ferramentas validadas na literatura.

Obtenção de Informações Sobre a Alimentação

A avaliação dos alimentos consumidos é imprescindível para o levantamento do perfil dietético de determinada população, possibilitando, assim, a proposição de melhorias e o monitoramento dos resultados (AFSHIN et al., 2014; MICHA et al., 2017; NASKA; LAGIOU; LAGIOU, 2017). Contudo, diferente de outras condutas, sua mensuração apresenta diversos obstáculos, uma vez as pessoas possuem uma percepção limitada sobre o que comem e em que quantidades. Por essa razão, foram desenvolvidos diversos métodos de avaliação da alimentação (SHIM; OH; KIM, 2014).

Não existe um método considerado como padrão, uma vez que todos possuem vantagens e limitações. Os métodos podem ser divididos em dois grandes grupos, de acordo com a forma de verificação da dieta por parte do pesquisador: os métodos de verificação direta ou indireta. Os métodos de verificação direta incluem a dieta duplicada e observação do alimento consumido, possuindo excelente acurácia na verificação da quantidade e variedade dos alimentos (KIRKPATRICK et al., 2014;

SHIM; OH; KIM, 2014). Novas tecnologias estão sendo incorporadas a esse método (NASKA; LAGIOU; LAGIOU, 2017; SHIM; OH; KIM, 2014; STUMBO, 2013), mas eles não se mostraram viáveis para verificação por longos períodos em um grande número de indivíduos, como em estudos epidemiológicos (SHIM; OH; KIM, 2014; STUMBO, 2013).

Os métodos indiretos podem se dividir entre os que avaliam um período específico ou longos períodos. Recordatório alimentar e diário de registro são os principais métodos para verificar um período específico. Para tanto, no recordatório alimentar os indivíduos devem preencher um questionário com os alimentos consumidos nas últimas 24 horas, enquanto no diário de registro o preenchimento é realizado pelos mesmos ao longo do período de consumo. O recordatório alimentar e o diário de registro fornecem informações detalhadas, mas se referem apenas ao período avaliado, e podem ter viés de memória e problemas no preenchimento, respectivamente (NASKA; LAGIOU; LAGIOU, 2017; SHIM; OH; KIM, 2014).

Por fim, os métodos indiretos de avaliação que possibilitam a verificação de um período de tempo maior são o histórico dietético e os questionários de frequência. O histórico dietético tem por objetivo avaliar os alimentos consumidos normalmente, dependendo de uma longa e aprofundada entrevista, na qual o indivíduo deve completar um diário alimentar de 3 dias e um questionário com os alimentos consumidos usualmente (SHIM; OH; KIM, 2014). Os questionários de frequência possuem uma abordagem mais simples, na qual os participantes respondem a questões de acordo com o padrão que praticam essas condutas alimentares (RODRIGO et al., 2015; SHIM; OH; KIM, 2014). Esse método fornece informação não apenas sobre determinada refeição ou período específico, mas também às ações habituais dos indivíduos pesquisados (RODRIGO et al., 2015; SHIM; OH; KIM, 2014). Para tanto, é importante que as questões sejam bem elaboradas, fundamentadas na literatura e adaptadas à população de estudo (SHIM; OH; KIM, 2014). Apesar dessas limitações, as vantagens referentes ao tempo de aplicação e custo-efetividade fazem dos questionários de frequência um dos métodos mais empregados em estudos epidemiológicos (KIRKPATRICK et al., 2014; RODRIGO et al., 2015; SHIM; OH; KIM, 2014).

O reconhecimento das vantagens e limitações dos métodos de coleta de informações dietéticas utilizado é um passo fundamental para a seleção do método mais adequado aos objetivos propostos. Para estudos epidemiológicos dá-se

preferência para métodos que conseguem avaliar as informações dietéticas por um maior período de tempo, como os questionários de frequências de condutas alimentares. Além disso, a facilidade de aplicação e objetividade são características que permitem a utilização desse método para grandes populações (RODRIGO et al., 2015; SHIM; OH; KIM, 2014).

Questionários de Verificação de Frequências Alimentares

Objetivando a construção de questionários de frequências alimentares que consigam fornecer informações fidedignas sobre as condutas alimentares da população, diversos grupos de pesquisa vêm aprimorando questões e constructos importantes (BRASIL, 2016; KWEON et al., 2014). Dentre as questões mais consolidadas envolvendo condutas alimentares podemos destacar a frequência de consumo de frutas, verduras ou legumes (BRASIL, 2016; KWEON et al., 2014), de verificação de rótulos nutricionais (KWEON et al., 2014), dentre outros (BRASIL, 2016; LINS et al., 2013; MUNIZ et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2015).

O consumo de frutas, verduras e legumes é consolidado na literatura como fator de proteção para diversos problemas de saúde como, por exemplo, eventos cardiovasculares (AFSHIN et al., 2014; MICHA et al., 2017). Alimentos como carnes processadas são mais simples de serem analisados como fatores de risco, pois as principais substâncias potencialmente maléficas são o sódio e nitratos (CHEN et al., 2013; MICHA; WALLACE; MOZAFFARIAN, 2010), com possível papel dos ácidos graxos insaturados (SANTOS et al., 2013). Contudo, frutas, verduras e legumes constituem grupos com grande variabilidade de constituintes, flavonoides, terpenos, taninos, isoflavonas, carotenoides, minerais, açúcares, ácidos graxos poliinsaturados e vitaminas (AFSHIN et al., 2014; GENKINGER et al., 2004; NICKLETT; KADELL, 2013; SLAVIN; LLOYD, 2012). Uma investigação aprofundada, como dieta duplicada ou observação do alimento consumido, sobre a quantidade e tipo de cada fruta, verdura ou legume se tornam dispendiosas e pouco viável para estudos epidemiológicos com grande número amostral (NASKA; LAGIOU; LAGIOU, 2017; SHIM; OH; KIM, 2014). Diante disso, uma abordagem comumente aplicada na literatura é o questionamento da frequência de consumo, independentemente da fruta ou vegetal consumido. Embora pareça uma forma de mensuração imprecisa,

os resultados com correlações clínico-laboratoriais e desfechos em saúde são concordantes, e coerentes com o fato de que dietas compostas por uma variedade de frutas ou vegetais trazem benefícios à saúde (AFSHIN et al., 2014; GENKINGER et al., 2004; MURAKI et al., 2013; RAUTIAINEN et al., 2015; SHIM; OH; KIM, 2014; SLAVIN; LLOYD, 2012).

A utilização de rótulos nutricionais depende de conhecimentos prévios relacionados aos alimentos (COOKE; PAPADAKI, 2014), sobretudo os industrializados, não constituindo uma variável de fácil verificação como a frequência do consumo de frutas e verduras. A verificação de informações nutricionais, embora não seja associada diretamente com melhor qualidade da alimentação (COOKE; PAPADAKI, 2014), pode dar suporte para a escolha de alimentos mais saudáveis e com menor teor de determinados componentes não recomendados, como ácidos graxos *trans* ou saturados e colesterol (JORDAN LIN; LEE; YEN, 2004; VARIYAM, 2008). Desse modo, considerando outros fatores sociodemográficos (COOKE; PAPADAKI, 2014; JORDAN LIN; LEE; YEN, 2004; VARIYAM, 2008), a compreensão de informações nutricionais pode constituir uma ação intermediária, mediadora, para a escolha de alimentação saudável (CHA et al., 2014; GUTHRIE et al., 1995; MASIC; CHRISTIANSEN; BOYLAND, 2017; ROTHMAN et al., 2006).

O consumo de ácidos graxos saturados ou *trans* e colesterol ocorre em condutas consideradas como não recomendadas, devendo ser consumidos com restrição (MALTA; SILVA JR, 2013; SANTOS et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Seguindo essa recomendação, o consumo de gordura aparente de carne vermelha e da pele da carne de frango podem ter suas frequências verificadas de modo mais objetivo e simples, haja vista a facilidade de autopercepção desse hábito (BRASIL, 2016; MUNIZ et al., 2012). No Brasil, inquérito realizado em todas as unidades federativas verificou que 31,1% dos entrevistados referiram consumir carne vermelha com gordura visível e/ou pele de frango (BRASIL, 2016).

Um hábito que aumentou muito nas últimas décadas foi o consumo de alimentos industrializados, especialmente os alimentos prontos para o consumo, também denominados de pré-preparados ou ultraprocessados (MOUBARAC et al., 2013). Essa mudança trouxe consigo o aumento da ingestão de sódio, ácidos graxos saturados ou *trans* e açúcar, além da diminuição do consumo de fibras (BIELEMANN et al., 2015; MOUBARAC et al., 2013), mudanças essa que vão em

sentido contrário ao recomendado (MALTA; SILVA JR, 2013; SANTOS et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Portanto, essa conduta pode constituir uma importante via para o consumo de substâncias não recomendadas e com possíveis malefícios à saúde, necessitando, portanto, de maior aprofundamento quanto à sua disseminação em diferentes populações (BIELEMANN et al., 2015; MOUBARAC et al., 2013).

No mesmo sentido, ocorreu o aumento do consumo de lanches ricos em carne processada pela população nas últimas décadas (DE GRAAF, 2006), aumentando o consumo calórico, de gorduras e sódio (DE GRAAF, 2006; HESS; JONNALAGADDA; SLAVIN, 2016). Esse panorama faz com que em diversos países haja recomendações para o consumo restrito desses alimentos (lanches contendo carne processada com altas concentração calórica, de gordura e sódio) (DE GRAAF, 2006), incluindo o consumo de alimentos fora de casa, situação mais propícia para o consumo de alimentos rápidos e não recomendados, dependendo da cultura do país em questão (BEZERRA et al., 2013).

O tempo despendido assistindo televisão (TV) é associado com a diminuição de condutas recomendadas, como a prática de atividade física e condutas alimentares recomendadas (GORE et al., 2003). O aumento no tempo vendo TV é associado ao maior consumo de lanches gordurosos e com alto teor de sódio (FALBE et al., 2014; GORE et al., 2003), carne com gordura, bebidas açucaradas (MAIA et al., 2016), e diminuição do consumo de frutas e vegetais (FALBE et al., 2014; MAIA et al., 2016). Dessa maneira, a verificação da frequência com que as refeições são realizadas em concomitância com esse hábito pode indicar uma possível situação de risco para consumo de alimentos não recomendados. Portanto, para o presente trabalho, alimentar-se com maior frequência assistindo TV ou utilizando o computador será considerado como uma conduta não recomendada.

Conforme descrito, diversas condutas alimentares se associam com o aumento da ingestão de elementos que devem ser consumidos com moderação (ácidos graxos saturados, açúcares e sódio), e/ou não consumidos (ácidos graxos *trans* de origem industrial), e/ou com alteração no risco de doenças cardiovasculares (AFSHIN et al., 2014; CHA et al., 2014; DE GRAAF, 2006; FALBE et al., 2014; LINS et al., 2013; MICHA et al., 2017; MICHA; WALLACE; MOZAFFARIAN, 2010). Desse modo, a investigação dessas condutas pode contribuir para um melhor entendimento sobre a alimentação em professores. Embora essa população apresente elevado

grau de escolaridade, características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho poderiam interferir na adoção de certas condutas alimentares e, conseqüentemente, resultar em efeitos para a saúde. Não obstante, para adequado entendimento das condutas alimentares, faz-se necessário a avaliação de possíveis fatores pessoais que possam interferir na escolha e ação dos professores frente à alimentação.

1.4 LETRAMENTO EM SAÚDE

Dentre os fatores pessoais com potencial de interferência nas condutas alimentares destacam-se, em estudos recentes, o Letramento em Saúde (LS), o Letramento Alimentar (LA) e o Letramento Nutricional (LN) (KRAUSE et al., 2016; VELARDO, 2015). O LS é um constructo geral, definido como conhecimentos, motivação e competências necessárias para acessar, entender e aplicar informações em saúde, possuindo um papel importante no processo de julgamento e tomada de decisões no cotidiano de cuidados em saúde, prevenção e promoção à saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida (SØRENSEN et al., 2012).

LA e LN são construtos especificamente focados no contexto alimentar. Definições para LA e LN ainda estão em discussão. Atribui-se ao LA um caráter mais prático, como conhecimentos, habilidades e comportamentos para planejar, gerenciar, selecionar, preparar e consumir alimentos de acordo com suas necessidades diárias (KRAUSE et al., 2016; TRUMAN; LANE; ELLIOTT, 2017; VELARDO, 2015). Por outro lado, o conceito de LN possui uma característica mais teórica, similar ao LS, como a capacidade individual para obtenção, processamento e entendimento de informações básicas necessárias para tomada de decisões apropriadas em nutrição (KRAUSE et al., 2016), por exemplo, os conhecimentos e habilidades necessários para escolher alimentos com percentuais adequados de açúcar e sódio (VELARDO, 2015).

Considerando que LS e LN se ocupam de constructos imprescindíveis para o entendimento de recomendações e para condutas alimentares (HORWATH et al., 2013; KRAUSE et al., 2016; PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; VELARDO, 2015), alguns autores têm verificado sua relação, especialmente do LS, com o consumo de frutas e legumes (GEBBERS et al., 2014; GUNTZVILLER et al., 2017; SPEIRS et al., 2012; VON WAGNER et al., 2007), uso de informações

nutricionais (CHA et al., 2014) e consumo de comidas com alto teor calórico (GUNTZVILLER et al., 2017). Porém, os resultados encontrados não são consistentes entre os estudos (GEBBERS et al., 2014; GUNTZVILLER et al., 2017; REISI et al., 2014; SPEIRS et al., 2012; VON WAGNER et al., 2007), de modo que a relação entre LS e condutas alimentares em diferentes populações ainda requer aprofundamento (NUTBEAM, 2008; SØRENSEN et al., 2012).

O LN e LA são constructos recentes, com poucos instrumentos de mensuração validados na literatura. Por outro lado, o LS é investigado há mais de vinte anos, e conta com diversos instrumentos. De maneira simplificada, os instrumentos que avaliam o LS podem ser divididos em testes de reconhecimento de palavras e os testes de compreensão. Os primeiros são simples, só avaliam as habilidades de reconhecimento (ou decodificação), leitura e pronunciamento das palavras individualmente, se mostrando adequados para indivíduos idosos e com baixa escolaridade (DEWALT et al., 2004; DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Os testes de compreensão, por sua vez, compreendem a simulação de um cenário no qual os indivíduos precisam avaliar o contexto e responder a questões que têm por objetivo avaliar, além do reconhecimento e leitura de termos de saúde, as habilidades de compreensão literal, pensamento crítico e experiências (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Um dos testes para avaliação do LS validado no Brasil é o *Newest Vital Sign* (NVS). O NVS utiliza como cenário o rótulo de informações nutricionais de um sorvete. Com base nesse rótulo, os participantes precisam responder seis questões que avaliam o reconhecimento de palavras, experiências prévias, identificação de situações de atenção e habilidades para realização de cálculos simples. A cada resposta correta soma-se um ponto. Ao final, indivíduos que atinjam pontuação de 4 a 6 são considerados com LS adequado, e escores de 0 a 3 como LS possivelmente não adequado (RODRIGUES et al., 2017; WEISS et al., 2005).

Em teoria, ao se considerar a elevada escolaridade entre professores, considera-se coerente esperar que o elevado grau de entendimento de informações em saúde e alimentação reflita na adoção de condutas alimentares recomendadas. Contudo, além de fatores pessoais, questões laborais, como as demandas de trabalho e o controle sobre as tarefas desempenhadas podem interferir na efetivação das condutas alimentares. Dessa maneira, considera-se importante o debate desse

constructo para melhor entendimento das condutas alimentares de professores da educação básica.

1.5 ESCALA DE DEMANDA-CONTROLE

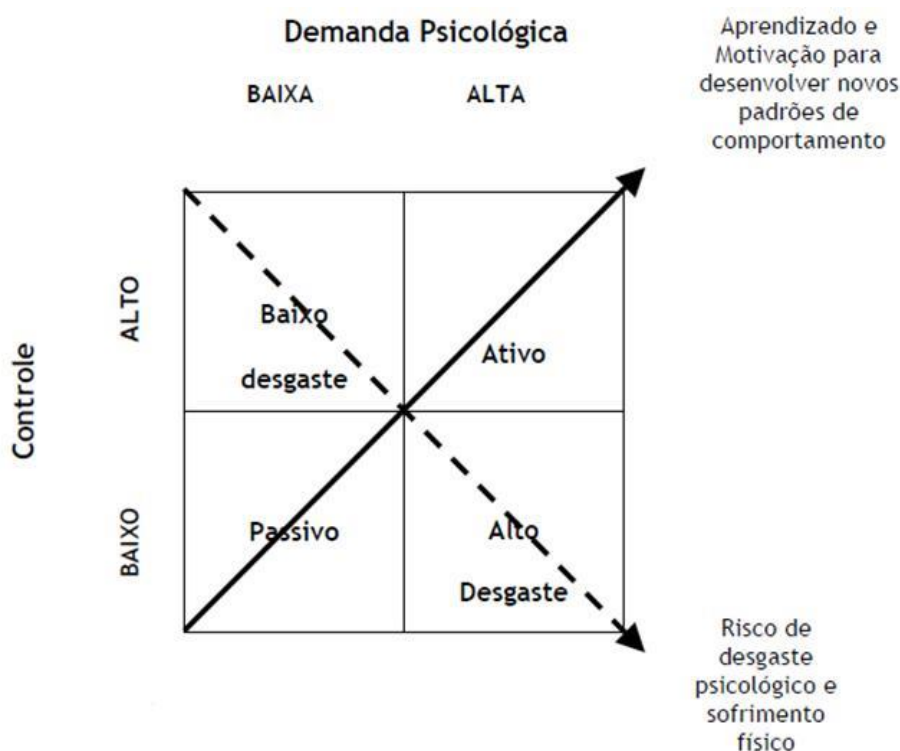
O modelo demanda-controle proposto inicialmente por Karasek, em 1979, é um dos principais modelos empregados para avaliar o impacto do ambiente de trabalho sobre os trabalhadores. Esse modelo visa explicar as modificações causadas pelo estresse tanto no nível psicológico como no fisiológico (aumento de marcadores fisiológicos do estresse), uma vez que esses domínios possuem o ambiente de trabalho como fonte comum do estresse. São entendidas como demandas as situações enfrentadas pelo trabalhador durante a realização de suas tarefas, envolvendo o nível de concentração exigido, pressão por tempo, descontinuidade das tarefas e dependência do trabalho alheio para a realização de atividades. Por sua vez, a dimensão controle no trabalho é composta pelo uso de habilidades e autonomia de decisão. O uso de habilidades envolve o aprendizado, repetitividade, criatividade, tarefas variadas e o desenvolvimento de habilidades individuais especializadas. A autonomia de decisão se refere à autonomia individual para a tomada de decisões sobre o próprio trabalho (KARASEK, 1979).

De acordo com esse modelo, a relação demanda-controle expressa-se pela classificação dos indivíduos em quatro quadrantes de acordo com alto e baixo controle e alta ou baixa demanda (Figura 1). Profissionais classificados com alta demanda e baixo controle (trabalho de alta exigência) possuem o maior risco para desgastes e efeitos negativos à saúde (KARASEK, 1979). A situação ideal é caracterizada por baixa demanda e alto controle (baixo desgaste), na qual o trabalhador está menos exposto a efeitos nocivos relacionados com o estresse ocupacional. Situações intermediárias são a coexistência de baixa demanda e baixo controle (trabalho passivo), também considerada uma situação de risco, em razão da possibilidade de perda do interesse pelo trabalho e de habilidades do trabalhador, e a coexistência de alta demanda e alto controle (trabalho ativo), menos danosa em razão da possibilidade de o trabalhador adaptar as demandas de trabalho ao seu ritmo (KARASEK, 1979).

Uma terceira dimensão, o apoio social, foi adicionada ao modelo de demanda-controle em razão de sua importância para compreender os efeitos do trabalho de alta exigência sobre a saúde dos trabalhadores (KARASEK; THEORELL, 1990). A presença de maior apoio social pode funcionar como atenuador de efeito do trabalho de alta exigência, ao passo que o menor apoio social pode potencializar os efeitos observados (HAZAVEHEI et al., 2016; HIGGS, 2015; HORWATH et al., 2013; KARASEK; THEORELL, 1990; LUCHMAN; GONZÁLEZ-MORALES, 2013).

A avaliação do modelo de demanda-controle e apoio social permite a predição de alterações fisiológicas (TRYON; DECANT; LAUGERO, 2013), aumento do risco para doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão (GILBERT-OUIMET et al., 2014; LANDSBERGIS et al., 2015), diabetes (NYBERG et al., 2014), dislipidemia, síndrome metabólica (GARBARINO; MAGNAVITA, 2015), doenças mentais e musculoesqueléticas (ALVES; HÖKERBERG; FAERSTEIN, 2013).

A escala de demanda-controle e apoio social foi validada no Brasil em 2004, em uma população de funcionários de uma universidade (ALVES et al., 2004). Outros estudos no Brasil também avaliaram as propriedades psicométricas dessa escala em populações de trabalhadores de enfermagem (GRIEP et al., 2009), hospitais, restaurantes (HÖKERBERG et al., 2010), e em professores da educação básica (BIROLIM, 2015).

Figura 1 – Modelo demanda-controle.

Fonte: Adaptado de Alves, 2004.

Estudos envolvendo o trabalho de alta exigência em professores possuem como temática principal as alterações fonoaudiológicas (CUTIVA; VOGEL; BURDORF, 2013; FILLIS et al., 2016) ou relacionadas a problemas mentais, como estresse ocupacional (ASA; LASEBIKAN, 2016; DICKE et al., 2017; ROJAS-FLORES et al., 2015). Os estudos com foco em problemas cardiovasculares são realizados, em sua maioria, com populações gerais (ALVES; HÖKERBERG; FAERSTEIN, 2013), carecendo de estudos que investiguem possíveis relações entre o trabalho de alta exigência e fatores mediadores para alterações cardiovasculares, como a alimentação, em populações específicas, como a de professores. Em razão da importância do controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis para a saúde da população (NAGHAVI et al., 2015), considera-se necessário o aprofundamento do conhecimento tanto das doenças como de possíveis medidas de intervenção, visando a diminuição dos efeitos do mal-estar docente.

1.6 TERMOS E CONCEITOS

Com o objetivo de auxiliar no entendimento dos termos e conceitos empregados no decorrer da presente tese, segue abaixo uma lista dos principais termos e conceitos:

- **Conduta alimentar:** o substantivo conduta indica o modo de agir, de se portar, referindo-se a uma ação. Desse modo, entende-se como conduta alimentar uma ação, um modo de agir ou se portar frente ao alimento ou à uma escolha alimentar.
- **Conduta alimentar recomendada:** Ações frente ao alimento que possuem recomendação da Organização Mundial de Saúde ou, na ausência de tal recomendação, que sejam apoiadas em evidências científicas de que oferecem menores riscos à saúde.
- **Conduta alimentar não recomendada:** Ações e escolhas alimentares que possuem recomendação de consumo restrito ou moderado por parte da Organização Mundial de Saúde ou que haja evidências científicas de maiores riscos à saúde associados a elas.
- **Letramento em Saúde:** conhecimentos, motivação e competências necessárias para acessar, entender e aplicar informações em saúde.
- **Letramento em Saúde Adequado:** Indivíduos classificados como possuindo letramento em saúde adequado são aqueles que possuem habilidade para aquisição, interpretação e utilização correta de informações em saúde. Utilizando a ferramenta *Newest Vital Sign* (NVS), são os indivíduos que atingem ≥ 4 pontos em uma escala de varia de 0 a 6.
- **Letramento em Saúde Inadequado:** Indivíduos classificados como possuindo letramento em saúde inadequado são aqueles que possuem maior risco para a não aquisição, interpretação e utilização correta de informações em saúde. Utilizando a ferramenta *Newest Vital Sign* (NVS), são os indivíduos que atingem ≤ 3 pontos em uma escala de varia de 0 a 6.
- **Trabalho de alta exigência:** Indivíduos classificados em alta demanda e baixo controle para o trabalho, de acordo com a escala Demanda-Controle ou *Demand Control Support Questionnaire* (DCSQ). Categoria de maior risco para problemas de saúde.

- **Trabalho de baixa exigência:** Indivíduos classificados em baixa demanda para o trabalho e alto controle, de acordo com a escala Demanda-Controle ou *Demand Control Support Questionnaire* (DCSQ). Categoria de menor risco para problemas de saúde.

1.7 JUSTIFICATIVA

O processo de acumulação de conhecimentos é um dos maiores responsáveis pelas mudanças na humanidade, em conjunto com alterações sociais e culturais (HARARI, 2015; MLODINOW, 2015). Os professores são, na sociedade atual, os principais responsáveis pela formação básica dos indivíduos, tanto no domínio técnico-científico, como no domínio humanístico e no âmbito da cidadania. Desse modo, constituem peça fundamental para a sociedade (BRASIL, 1996; CURY, 2017; MARCÍLIO, 2005; RIBEIRO, 1993).

Assim como ocorrido em outros países (NÓVOA, 2014), no Brasil, os docentes passaram por um processo de reconhecimento social no século XX, mas que atualmente ainda está aquém da importância desses profissionais (MARCÍLIO, 2005). Os docentes se sentem motivados pela oportunidade de ensinar e fazer a diferença na vida dos estudantes (NASCIMENTO, 2015), mas sofrem com problemas estruturais e sociais (CURY, 2017; MARCÍLIO, 2005; RIBEIRO, 1993). Esse contexto interfere diretamente na vida dos docentes, gerando diversos problemas de saúde relacionados às condições de trabalho, à falta de materiais adequados para o desempenho das atividades e às demandas psicológicas (ASA; LASEBIKAN, 2016; FILLIS et al., 2016; GLUSCHKOFF et al., 2016; KOGA et al., 2015; MELANDA et al., 2017; MUNIER; FARRELL, 2016).

Além das doenças associadas diretamente ao exercício profissional, todo o processo de trabalho pode alterar as condutas de vida desses profissionais (ROOHAFZA et al., 2013; TRYON; DECANT; LAUGERO, 2013) e, entre essas, as condutas alimentares. Apesar da importância dos professores na sociedade e das condutas alimentares para a saúde, a literatura ainda é escassa no que se refere a esse tema nessa população, em especial em sua relação com fatores pessoais, como o letramento em saúde, e laborais, como as exigências para o trabalho.

Diante do exposto, com o objetivo de entender o problema de maneira mais aprofundada, e como forma de embasar futuras ações que visem a melhoria da qualidade de vida e saúde dos professores, considera-se imprescindível o aprofundamento de estudos sobre condutas alimentares em professores. Aprofundamentos nos domínios envolvidos no entendimento de informações em saúde e informações nutricionais, como o LS, possuem o potencial de distinguir

grupos que necessitam de maior acompanhamento e estratégias diferenciadas de educação em saúde. Não obstante, a verificação das exigências para o trabalho, como o trabalho de alta exigência, e seu possível impacto em condutas alimentares após determinado tempo de exposição podem indicar a necessidade de possíveis ações voltadas ao processo de trabalho docente. Essa investigação pode fornecer mais subsídios para a formulação de políticas públicas que visem a promoção da saúde, bem como ações no sentido de minimizar o impacto laboral sobre a saúde dos professores.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.2 GERAL

- 1) Analisar determinadas condutas relacionadas à alimentação e sua relação com o letramento em saúde e percepção do trabalho de alta exigência em professores da educação básica da rede pública de Londrina, Paraná.

2.3 ESPECÍFICOS

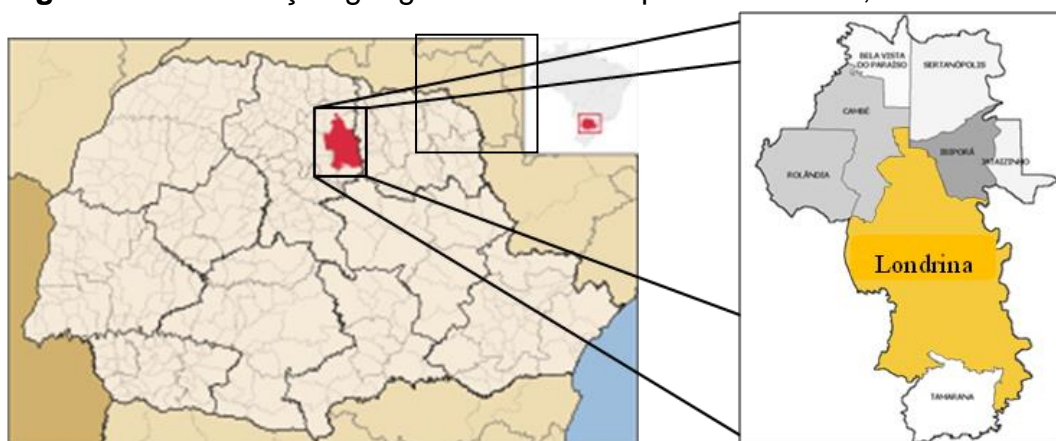
- 1) Identificar a associação entre o Letramento em Saúde e condutas relacionadas à alimentação, e explorar o efeito da idade nessa associação, em professores da educação básica da rede pública de Londrina, Paraná;
- 2) Investigar a associação do trabalho de alta exigência em variáveis relacionadas à alimentação, após 24 meses de seguimento, em professores da educação básica da rede pública de Londrina, Paraná.

3 MÉTODO

Os dados da presente tese integram o projeto “*Saúde, Estilo de Vida e Trabalho de Professores da Rede Pública do Paraná*” (Pró-Mestre), o qual consiste em um projeto de pesquisa desenvolvido por docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL). O Pró-Mestre possui como objetivo geral analisar as relações do estado de saúde e do estilo de vida com o processo de trabalho em professores da rede estadual de ensino de Londrina/PR. Para tanto, a equipe de trabalho foi composta por mestrandos, doutorandos e docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, e por estudantes de graduação em Medicina, Enfermagem e Farmácia da Universidade Estadual de Londrina e do Centro Universitário Filadélfia, Londrina.

O estudo foi realizado na cidade de Londrina, localizada na Região Norte do Estado do Paraná (Figura 2). O município possuía população de 506.701 habitante de acordo com o último censo ocorrido no ano de 2010 (IBGE, 2017), apresentando índice de desenvolvimento humano de 0,778 (145ª posição entre os municípios brasileiros) (BRASIL, 2013). O município de Londrina possuía, em 2010, 97,3% das crianças entre 6 e 14 anos matriculados na escola, com IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica) de 6,5 para os anos iniciais do ensino fundamental, e 4,3 para os anos finais, ocupando respectivamente 572º e 2394º posição no país (IBGE, 2017). Em 2013, a rede estadual de ensino de Londrina possuía 56.973 alunos matriculados e 2.280 professores divididos nos 68 colégios na rede estadual da zona urbana da cidade. Dos 68 colégios, os 20 maiores colégios concentravam aproximadamente 70% dos professores da rede estadual de ensino (PARANÁ, 2013).

Figura 2 – Localização geográfica do município de Londrina, PR.



Fonte: IBGE (IBGE, 2017).

O projeto Pró-Mestre foi composto por duas etapas, separadas por um intervalo de 24 meses. A primeira etapa do projeto (*baseline*) Pró-Mestre selecionou como população de estudo os docentes que lecionavam nos 20 colégios estaduais de Londrina com maior número de estudantes matriculados, como forma de viabilizar o estudo e alcançar um tamanho amostral suficiente para as diversas análises inicialmente propostas. Nos colégios selecionados não foi realizado processo amostral, ou seja, todos os professores que cumpriram os critérios de inclusão (descritos na sequência) foram convidados a participar da pesquisa.

Foi realizado treinamento dos entrevistadores e foi disponibilizado um manual de orientações. A coleta foi precedida de um estudo piloto em 3 colégios estaduais da Cidade de Cambé/PR, objetivando a consolidação do treinamento, bem como aprimoramento do instrumento de pesquisa. O instrumento de pesquisa foi composto por um formulário e um questionário (APÊNDICE A).

A coleta de dados do *baseline* ocorreu nos meses de agosto de 2012 a junho de 2013. As entrevistas foram precedidas de explicações coletivas para sensibilização dos professores e agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade de cada professor, ocupando um tempo médio de 40 minutos. Aqueles que lecionavam em mais de um dos colégios pesquisados responderam à pesquisa apenas uma vez. Foi considerado como período de inclusão os 21 dias subsequentes à explanação coletiva.

Foram incluídos no *baseline* os professores em atividade que lecionavam ao menos uma disciplina para o ensino médio e/ou fundamental. Com base nesses critérios, professores que estavam de licença (médica, maternidade, licença prêmio

ou para estudo) no início da coleta no colégio e que após 30 dias do encerramento da coleta ainda não haviam retornado às atividades em sala de aula foram considerados como perdas, uma vez que em nenhum momento puderam ser acessados. Em contrapartida, os professores que estavam substituindo os de licença entraram na composição da amostra de pesquisa.

Os professores que lecionavam exclusivamente em modalidades diferenciadas do ensino médio e fundamental, e “sala de apoio”, foram considerados como não preenchendo o critério de inclusão e, portanto, não compuseram a população deste estudo. São exemplos de modalidades diferenciadas de ensino: Centro de Línguas Estrangeiras Modernas, ensino técnico subsequente, ensino supletivo, intérpretes da Língua Brasileira de Sinais, Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar e Núcleo de Atividades de Altas Habilidades/ Superdotados.

Foram considerados como perdas todos os professores que preenchiam os critérios de inclusão, mas não foram entrevistados ou não completaram a entrevista. Dessa forma, as perdas foram classificadas em:

- Não localizados: Professores que, após 5 tentativas de contato, não realizaram a entrevista. Foi considerada como tentativa de contato a abordagem visando o agendamento da entrevista, bem como o não comparecimento na data agendada para entrevista, sem aviso prévio.
- Recusas: Todos os professores foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e seu caráter voluntário. Respeitou-se o princípio ético da participação voluntária e autônoma. Os professores que se recusaram a participar do estudo durante as etapas de divulgação e agendamento, ou mesmo durante ou após a entrevista, foram considerados como recusas.

O seguimento ocorreu 24 meses após a primeira etapa de pesquisa, objetivando acompanhar todos os professores entrevistados no *baseline*, independentemente de terem mudado de colégio ou de atividade profissional. A preparação para a coleta foi realizada de forma similar a primeira etapa, com treinamento da equipe de coleta, fornecimento de manual do entrevistador e estudo piloto nos mesmos colégios de Cambé/PR que receberam o estudo piloto do

baseline. A nova coleta foi realizada por meio de um formulário e questionário (APÊNDICE B). O período de coleta foi de agosto de 2014 à abril de 2015.

As duas etapas da pesquisa foram elaboradas e conduzidas com base em preceitos éticos, tendo sido aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (ANEXOS A e B), com parecer registrado na Plataforma Brasil de Projetos Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Os projetos foram apresentados à Secretaria Municipal de Educação de Londrina/PR e aprovados pelo Núcleo Regional de Educação de Londrina (ANEXOS C e D). Os indivíduos entrevistados foram devidamente orientados quanto aos objetivos do estudo e aos seus direitos, com apresentação e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES C e D) a todos os participantes.

Em razão da complexidade da seleção de variáveis, optou-se pela investigação da conduta de verificação de informações nutricionais dos alimentos (KWEON et al., 2014) e pela frequência de consumo de alimentos. Referente à frequência de consumo de alimentos, avaliou-se o consumo de frutas e verduras, consumo de gordura animal (gordura visível de carne vermelha e pele da carne de frango), consumo de alimentos pré-preparados, substituição de refeição por lanche (sanduíches, salgados, dentre outros), consumo de salgados e doces entre as refeições e alimentar-se em frente à TV ou ao computador.

As condutas avaliadas foram classificadas como “recomendadas” ou “não recomendadas” de acordo com o proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, 2012). Na ausência de uma recomendação clara por parte da OMS, adotou-se como recomendadas as condutas que apresentam evidências de benefícios para a saúde na literatura científica e como não recomendadas aquelas associadas ao aumento do risco problemas à saúde (BIELEMANN et al., 2015; BRASIL, 2016; CHEN et al., 2013; FALBE et al., 2014; GORE et al., 2003; GRAHAM; LASKA, 2012; IMAMURA et al., 2015; MAIA et al., 2016; MALHOTRA, 2013; MICHA et al., 2017; MICHA; WALLACE; MOZAFFARIAN, 2010; MUNIZ et al., 2012; MUSUNURU, 2010).

Os achados apresentados na próxima seção (Resultados) desta tese foram estruturados em dois artigos. O primeiro estudo possui delineamento transversal, que utilizou dados dos professores que participaram da primeira etapa do Pró-Mestre – *baseline* – para investigar a associação entre LS e condutas relacionadas à alimentação em professores. O segundo estudo, por sua vez, é do tipo coorte, que

utilizou dados do *baseline* e do seguimento do Pró-Mestre para investigar a associação prospectiva entre o trabalho de alta exigência e as condutas relacionadas à alimentação em professores. Tendo em vista que cada um dos manuscritos apresenta particularidades metodológicas que dificultam a compilação em uma mesma seção de métodos, tal como ocorre no modelo tradicional de tese, os detalhes metodológicos específicos de cada manuscrito estão descritos dentro de suas respectivas seções de métodos.

4 RESULTADOS

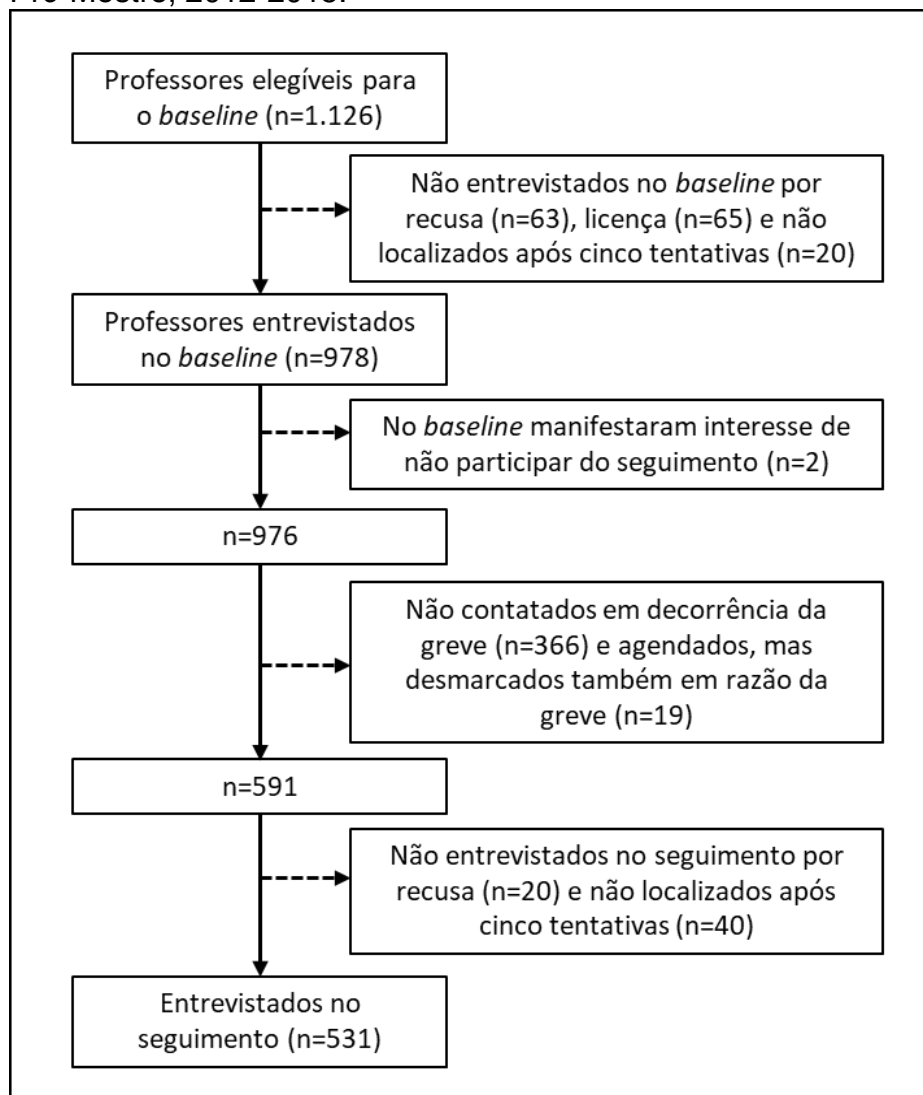
4 RESULTADO

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A COLETA DE DADOS

Nos 20 colégios selecionados para o *baseline*, no período de agosto de 2012 a junho de 2013, 1126 professores foram considerados elegíveis. Destes, 63 se recusaram a participar, 65 estavam de licença e 20 não foram localizados após 5 tentativas. Desse modo, a população de estudo foi composta por 978 (86,9%) professores (Figura 3).

O seguimento foi inicialmente planejado para ser realizado 24 meses após a primeira etapa de pesquisa, ou seja, de agosto de 2014 a junho de 2015, como forma de controlar possíveis efeitos da sazonalidade e manter o mesmo tempo de seguimento entre os entrevistados. Contudo, a coleta foi permanentemente interrompida em abril de 2015, em razão da ocorrência de greve realizada pelos professores do Estado do Paraná. Considerando-se que a greve ocupou aproximadamente 3 meses, e que ao longo desse período poderia haver alterações na percepção dos professores sobre suas condições de trabalho e mesmo em seus hábitos de estilo de vida e no estado de saúde, optou-se por não retomar a coleta após o término da greve. Assim, dos 978 professores elegíveis para a segunda fase, 19 tiveram suas entrevistas canceladas e outros 366 não foram contatados após a greve (Figura 3). Além dessas perdas, 2 professores manifestaram, ainda na primeira etapa da pesquisa, que não gostariam de ser contatados no seguimento, 20 professores se recusaram a participar na abordagem para as entrevistas do seguimento e outros 40 não foram localizados, resultando em uma amostra de 531 professores elegíveis para as análises longitudinais (taxa de resposta de 54,3%).

Figura 3 – Fluxograma de coleta dos dados (*baseline* e seguimento) Pró-Mestre, 2012-2015.



4 PRIMEIRO ESTUDO

4 PRIMEIRO ESTUDO

4.2 LETRAMENTO EM SAÚDE E CONDUTAS RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO DE ACORDO COM A IDADE EM PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA.

4.2.1 Resumo

A alimentação saudável é uma importante estratégia de promoção da saúde, em que a adoção ou manutenção de condutas relacionadas à alimentação recomendadas é essencial. Diante disso e da relevância do Letramento em Saúde (LS) para a compreensão de informações técnicas em saúde, o presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre o LS e condutas relacionadas à alimentação em uma população de professores. Trata-se de um estudo transversal, com professores atuantes na educação básica no ensino público de uma cidade no Sul do Brasil. Verificou-se a associação entre o LS, avaliado pelo instrumento *Newest Vital Sign* (NVS), validado em Português do Brasil, com verificação de informações nutricionais e a frequência de consumo de frutas, verduras/legumes, alimentos pré-preparados, salgados e doces entre as refeições e substituição de refeição por lanche. Os dados foram analisados por meio de modelos de regressão logística ajustados por fatores de confusão. A população de análise foi composta por 961 professores, detectando-se interação entre a idade e o LS pela razão de verossimilhança, motivo pelo qual realizaram-se análises estratificadas por faixa etária (≤ 34 , 35-49 e ≥ 50 anos). O LS inadequado (67%) se associou com menor chance de verificação de rótulos em indivíduos mais novos (OR: 0,55; IC95%: 0,32-0,93), e, para indivíduos com idade intermediária, o LS inadequado se associou com maior frequência de consumo de alimentos pré-preparados (OR: 3,52; IC95%: 1,40-8,85). Não foram observadas associações significativas entre o LS e a frequência de consumo de frutas e verduras/legumes em nenhuma faixa etária, o que pode indicar que o LS não se associa com essas condutas em populações de alta escolaridade.

Palavras-Chave: Letramento em Saúde, Verificação de Informações Nutricionais, Conduta Alimentar.

4.2.2 Introdução

Nas últimas décadas, a sociedade vem passando por um processo de aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, aumento da frequência de doenças associadas ao envelhecimento, especialmente as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que atualmente se destacam como principal causa de mortalidade no mundo (NAGHAVI et al., 2015). No Brasil, as DCNT, em especial as doenças do aparelho circulatório, foram responsáveis pela mortalidade de 32,2% dos homens e 40,7% das mulheres nas últimas três décadas (VILLELA; KLEIN; OLIVEIRA, 2016). Por essa razão, o controle e a prevenção das DCNT constituem metas prioritárias, com incentivo à alimentação saudável, o que inclui a redução do consumo de sódio, açúcar, colesterol e ácidos graxos saturados (MALTA; SILVA JR, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Nesse sentido, a educação em saúde e a melhoria da qualidade da informação são consideradas estratégicas para a efetivação dessas ações (BRASIL, 2016; MALTA; SILVA JR, 2013; SARNO et al., 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A disponibilização de informação referente a condutas relacionadas à alimentação recomendadas, com base em estudos e manuais internacionais, pode não ser suficiente para a alteração das condutas alimentares. A falta de consenso em relação a algumas condutas e a circulação de ideias desatualizadas ou erradas sobre determinados alimentos (ovo, light, diet, dentre outros) pode interferir na tomada de decisão sobre a alimentação. Esse cenário pode ainda sofrer influência de aspectos culturais (ELDRIDGE et al., 2016; GUNTZVILLER et al., 2017; ROBINSON et al., 2014), acesso a alimentos saudáveis (HAYNES-MASLOW et al., 2015), faixa etária (NICKLETT; KADELL, 2013; PELLETIER; GRAHAM; LASKA, 2014), escolaridade e compreensão das recomendações prestadas (GEBOERS et al., 2016). Dentre essas variáveis, a compreensão das recomendações em saúde e seu impacto em condutas relacionadas à alimentação tem ganhado destaque na literatura científica (ELDRIDGE et al., 2016; GUNTZVILLER et al., 2017; HAYNES-MASLOW et al., 2015; ROBINSON et al., 2014).

O constructo mais empregado para estimar a compreensão de recomendações é por meio da escolaridade, característica capaz de predizer o vocabulário, a capacitação para leitura e realização de cálculos simples (processo

conhecido como numeramento). Apesar disso, outras características também interferem no processo de decodificação e assimilação de informações, como conhecimentos culturais e conceituais aplicados à área da saúde (NUTBEAM, 2008; VELARDO, 2015). Como forma de contemplar tais características, surgiram os conceitos de Letramento em Saúde (LS), Letramento Alimentar (LA) e Letramento Nutricional (LN). O LS é um construto geral, definido como: conhecimentos, motivações e competências para acessar, entender e aplicar informações de saúde para julgamentos e tomada de decisão no cotidiano, no que se refere a cuidados em saúde, doenças, prevenção e promoção da saúde, para manter e melhorar a qualidade de vida (SØRENSEN et al., 2012). LA e LN são construtos especificamente focados no contexto alimentar. Atribui-se ao LA um caráter mais prático, como conhecimentos, habilidades e comportamentos para planejar, gerenciar, selecionar, preparar e consumir alimentos de acordo com suas necessidades diárias (KRAUSE et al., 2016; TRUMAN; LANE; ELLIOTT, 2017; VELARDO, 2015; VIDGEN; GALLEGOS, 2014). Por outro lado, o conceito de LN possui uma característica mais teórica, similar ao LS, como a capacidade individual para obtenção, processamento e entendimento de informações básicas necessárias para tomada de decisões apropriadas em nutrição (KRAUSE et al., 2016), por exemplo, os conhecimentos e habilidades necessários para escolher alimentos com percentuais adequados de açúcar e sódio (VELARDO, 2015).

Considerando que LS e LN se ocupam de constructos imprescindíveis para o entendimento de recomendações e mudança de condutas relacionadas à alimentação (KRAUSE et al., 2016; VELARDO, 2015), alguns autores têm verificado sua relação, especialmente do LS, com o consumo de frutas e vegetais (GEBBERS et al., 2014; GUNTZVILLER et al., 2017; SPEIRS et al., 2012; VON WAGNER et al., 2007), uso de informações nutricionais (CHA et al., 2014) e consumo de comidas com alto teor calórico (GUNTZVILLER et al., 2017). Porém, os resultados encontrados não são consistentes entre os estudos (GEBBERS et al., 2014; GUNTZVILLER et al., 2017; REISI et al., 2014; SPEIRS et al., 2012; VON WAGNER et al., 2007), de modo que a relação entre LS e condutas relacionadas à alimentação em diferentes populações ainda requer aprofundamento (NUTBEAM, 2008; SØRENSEN et al., 2012).

Os professores se destacam em razão de sua relevância social e potencial para influenciar as condutas de estudantes sob sua responsabilidade. Uma vez que o estudo de condutas relacionadas à alimentação pode contribuir para a prevenção e controle das DCNT, considera-se essencial o aprofundamento dessas questões em professores. Além disso, em estudos que envolvam LS, é de suma importância o adequado controle das variáveis escolaridade e idade, uma vez que ambas apresentam importante correlação com o LS (GEBBERS et al., 2014; GUNTZVILLER et al., 2017; REISI et al., 2014; VON WAGNER et al., 2007). Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre o LS e condutas relacionadas à alimentação em uma população de professores, bem como verificar se tal associação varia conforme as faixas etárias.

4.2.3 Métodos

O presente estudo é um recorte observacional transversal que integrou o Projeto "Saúde, Estilo de Vida e Trabalho de Professores da Rede Estadual de Londrina" - Pró-Mestre, no qual foram entrevistados professores de colégios estaduais de uma cidade de grande porte do Sul do Brasil (Londrina/PR) (DE SOUZA et al., 2017; KOGA et al., 2015).

O município contava com 73 colégios estaduais nos anos de 2012 e 2013, entre os quais nos 20 maiores colégios atuavam aproximadamente 70% dos professores da cidade (PARANÁ, 2012). Foram selecionados para a composição deste estudo professores que atuavam nesses 20 colégios com maior número de estudantes matriculados, considerando-se sua representatividade em relação ao total de professores do município. Adotou-se como critério de inclusão ser professor em atividade na educação básica no ensino público. Professores em licença ou que atuavam exclusivamente em funções administrativas não foram incluídos no estudo. Foram consideradas perdas os professores que preenchiam os critérios de inclusão, mas não foram localizados ou entrevistados após cinco tentativas em dias e horários alternados, ou que não tenham respondido corretamente a variável independente do estudo. Realizou-se estudo piloto em três colégios estaduais de uma cidade vizinha (Cambé/PR), para o qual foi realizado o treinamento da equipe de coleta (estudantes de graduação e pós-graduação da Universidade Estadual de Londrina) e, na

sequência, pequenos ajustes foram incorporados ao instrumento de pesquisa, como alterações na redação e na ordem de algumas perguntas. A coleta foi realizada entre agosto de 2012 e junho de 2013 por meio de entrevista face-a-face na hora atividade dos professores (período destinado para o desenvolvimento de atividades e correção de provas e trabalhos dentro do colégio), no interior da escola e em local reservado para esse fim (DE SOUZA et al., 2017; KOGA et al., 2015).

Para o presente estudo, o LS foi considerado como a variável independente. Informação sobre o LS foi obtida por meio da escala *Newest Vital Sign* (NVS), na versão em Português do Brasil, a qual consiste em 6 questões baseadas na observação de um rótulo de informações nutricionais de um sorvete. As respostas corretas somam 1 ponto cada, gerando um escore de 0 a 6 pontos, que pode ser interpretada como LS adequado (4 a 6 pontos) ou LS inadequado (0 a 3 pontos). O NVS foi validado no Brasil em professores no ano de 2012, apresentando alfa de Cronbach de 0,74. (RODRIGUES et al., 2017).

As variáveis dependentes foram: verificação de rótulos de informações nutricionais nos alimentos nos últimos 12 meses (sim/não) e frequência de verificação de rótulos nutricionais (nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre); além de variáveis relacionadas ao padrão de consumo de alimentos, como a frequência de: consumo de frutas, verduras ou legumes, alimentos pré-preparados, substituição de refeição por lanche (nunca, de 1 a 3 vezes por mês, de 1 a 2 vezes por semana, de 3 a 6 vezes por semana ou diariamente), e comer salgados e doces entre as refeições (nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre). Para as presentes análises, tais variáveis foram dicotomizadas em conduta frequente (frequentemente/sempre ou 3 a 6 vezes na semana/diariamente) e não frequente (nunca/raramente/às vezes ou nunca/1 a 3 vezes no mês/1 a 2 vezes na semana).

Foram coletadas informações sobre algumas covariáveis consideradas como potenciais fatores de confusão: sexo, idade (estratificada por tercís: ≤ 34 anos, 35 a 49 anos e ≥ 50 anos), estado civil dicotomizado em vive só (solteiro, separado/divorciado ou viúvo) ou vive acompanhado (casado ou união estável), raça/cor em branco (branco) ou não branco (amarelo, indígena, negro ou pardo) e renda familiar mensal aproximada em maior renda (\geq USD2.500), renda intermediária (USD1.500-USD2.499) e menor renda ($<$ USD1.500) (utilizado cotação média – USD

1 = BRL 2,02 - do mês de janeiro de 2013, metade do período de coleta) (BRASIL, 2017). As variáveis autorreferidas peso e altura foram utilizadas para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (Kg/m^2), classificado em peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9) e sobrepeso/obeso ($\text{IMC} \geq 25,0$) (ABESO, 2016), excluindo-se indivíduos com baixo-peso ($n=7$). Também foram feitas perguntas sobre histórico de diagnóstico médico (sim/não) de hipertensão, diabetes e dislipidemia, além de variáveis relacionadas com a profissão, como tipo de contrato de trabalho (estatutário ou não estatutário), número de locais de trabalho (variável contínua) e carga horária semanal de trabalho (variável contínua). O número de locais de trabalho foi dicotomizado em 1 e 2 ou mais locais de trabalho, e a carga horária foi categorizada por faixas de até 20 horas, 21-30 horas, 31-40 horas e mais de 40 horas. Como forma de mensurar a relação entre a rotina de trabalho e a vida pessoal, foi coletada informação sobre a percepção individual quanto ao tempo disponível para a alimentação (suficiente ou regular/insuficiente).

Realizou-se o processo de dupla digitação e consolidação dos dados no programa Epi Info versão 3.5.2. Posteriormente, os dados foram tabulados no programa IBM SPSS versão 20.0. Inicialmente, utilizou-se o teste de Qui-quadrado para comparar variáveis sociodemográficas e covariáveis entre os diferentes níveis de LS e grupos etários. Na sequência, para analisar a associação entre o LS (variável independente) e as variáveis relacionadas com a alimentação (variáveis dependentes, analisadas separadamente) foram construídos modelos de regressão logística binária, ajustados por variáveis sociodemográficas, laborais e comorbidades, e calculados a *odds ratio* (OR) e o Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) para cada categoria do LS. Realizou-se análise de interação entre as variáveis idade e sexo com o LS por meio da inclusão de termo de interação nos modelos ajustados e análise da razão de verossimilhança. Adotou-se nível de significância estatística menor de 0,05 em todos os testes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (parecer nº22562/2012). Todos os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e, os que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da entrevista.

4.2.4 Resultados

Nos 20 colégios de estudo foram localizados 1126 professores, e 1061 cumpriam os critérios de inclusão. Destes, 20 (1,9%) não foram entrevistados após 5 tentativas e 63 (5,9%) se recusaram a participar, resultando em 978 (92,2%) professores entrevistados. Dentre os entrevistados, houveram 51 perdas por não responderem a todas as questões do NVS ou questões utilizadas para controle nos modelos de regressão ajustados, de modo que a amostra final utilizada neste estudo foi composta por 927 (87,4%) indivíduos. A população foi predominantemente feminina (68,5%), com idade média de 41,5 anos, variando entre 19 e 68 anos.

O LS inadequado foi encontrado em 62,6% da população, associando-se com a idade, de modo que a frequência de observação do LS inadequado aumentou de acordo com o aumento etário. O LS apresentou associação significativa com a escolaridade no teste chi-quadrado, porém, sem apresentar linearidade dos resultados (Tabela 1). O termo de interação entre LS e idade foi significativo ($p < 0,05$), motivo pelo qual realizaram-se análises estratificadas por faixa etária (≤ 34 , 35-49 e ≥ 50 anos). Não foi detectada interação significativa entre sexo e LS.

A tabela 2 apresenta os resultados para a associação entre LS e condutas relacionadas à alimentação ajustados por fatores de confusão. Indivíduos com ≤ 34 anos com LS inadequado apresentaram menor chance de verificação de rótulos nutricionais e menor chance de verificação frequente de rótulos nutricionais em comparação com os com LS adequado do mesmo grupo de idade. Além disso, para indivíduos com idade entre 35 a 49 anos, o LS inadequado mostrou-se associado com maior chance de consumo frequente de alimentos pré-preparados. Não se observou associação significativa entre LS e os desfechos analisados em indivíduos com idade ≥ 50 anos (Tabela 2).

Tabela 1 – Prevalência do Letramento em Saúde (LS) e características pessoais e do trabalho de professores da rede estadual de ensino em relação ao Londrina/PR, Brasil, 2012-2013 (n=927).

Variáveis	LS adequado		LS inadequado		p-valor*	Total	
	n	%	n	%		n	%
Total	347	37,4	580	62,6		927	100,0
Idade					<0,001		
≤34 anos	141	40,6	140	24,1		281	30,3
35-49 anos	114	32,9	166	28,6		280	30,2
≥50 anos	92	26,5	274	47,3		366	39,5
Sexo					0,129		
Masculino	122	35,2	176	30,3		298	32,1
Feminino	225	64,8	404	69,7		629	67,9
Renda familiar mensal					0,046		
Maior renda	157	45,2	215	37,1		372	40,1
Renda intermediária	112	32,3	210	36,2		322	34,8
Menor renda	78	22,5	155	26,7		233	25,1
Estado civil					0,130		
Vive acompanhado	215	62,0	330	56,9		545	58,8
Vive sozinho	132	38,0	250	43,1		382	41,2
Escolaridade					0,009		
Mestrado/doutorado	62	17,9	68	11,7		130	14,0
Especialização <i>lato sensu</i>	235	67,7	444	76,6		679	73,3
Nível superior	50	14,4	68	11,7		118	12,7
Índice de massa corporal					0,523		
Eutrófico	160	46,1	180	48,3		440	47,5
Sobrepeso/obeso	187	53,9	300	51,7		487	52,5
Presença de uma ou mais DCNT					0,063		
Não	262	75,5	405	69,8		667	72,0
Sim	85	24,5	175	30,2		260	28,0
Tipo de contrato					0,463		
Estatutário	241	69,9	389	67,5		630	68,4
Não estatutário	104	30,1	187	32,5		291	31,6
Número de locais de trabalho					0,858		
1	94	27,1	154	26,6		248	26,8
2-4	253	72,9	426	73,4		679	73,2
Carga horária					0,409		
≤20 horas	77	22,2	143	24,7		220	23,7
21-30	109	31,4	197	34,0		306	33,0
31-40	137	39,5	197	34,0		334	36,0
>40 horas	24	6,9	43	7,3		67	7,3
Percepção do tempo disponível para alimentação					0,454		
Suficiente	92	26,5	167	28,8		259	27,9
Insuficiente/regular	255	73,5	413	71,2		668	72,1

DCNT = Doença Crônica Não Transmissível (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemia). * Teste de chi-quadrado para a diferença entre a frequência das categorias de cada variável segundo o LS.

Tabela 2 – Associação entre o letramento em saúde (LS) e características alimentares em professores da rede estadual de ensino em relação a faixa etária, Londrina/PR, Brasil, 2012-2013 (n=927).

Variáveis	≤34 anos	35-49 anos	≥50 anos
	OR* (IC95%)	OR* (IC95%)	OR* (IC95%)
Verificação de informação nutricional			
LS adequado	1,00	1,00	1,00
LS inadequado	0,53 (0,31-0,92)**	0,75 (0,49-1,15)	1,36 (0,64-2,90)
Verificação frequente de rótulos nutricionais			
LS adequado	1,00	1,00	1,00
LS inadequado	0,48 (0,28-0,81)**	0,74 (0,49-1,12)	1,07 (0,50-2,29)
Consumo frequente de Frutas			
LS adequado	1,00	1,00	1,00
LS inadequado	0,89 (0,52-1,56)	0,80 (0,52-1,23)	0,67 (0,31-1,43)
Consumo frequente de verduras ou legumes			
LS adequado	1,00	1,00	1,00
LS inadequado	1,19 (0,70-2,02)	1,03 (0,67-1,58)	1,04 (0,44-2,46)
Consumo frequente de alimentos pré-preparados			
LS adequado	1,00	1,00	1,00
LS inadequado	1,31 (0,62-2,76)	3,51 (1,37-8,98)**	1,78 (0,44-7,16)
Consumo frequente de salgados e doces entre as refeições			
LS adequado	1,00	1,00	1,00
LS inadequado	1,39 (0,74-2,65)	0,94 (0,52-1,70)	0,41 (0,14-1,21)
Substituição frequente de refeição por lanche			
LS adequado	1,00	1,00	1,00
LS inadequado	0,69 (0,38-1,27)	0,71 (0,42-1,18)	2,02 (0,72-5,72)

OR = *Odds ratio*. IC95% = Intervalo de Confiança à 95%. *Modelo ajustado por: sexo, renda, estado civil, raça/cor, escolaridade, IMC, presença de uma ou mais doença crônica não transmissível (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus ou dislipidemia), tipo de contrato, número de locais de trabalho de trabalho, carga horária com alunos e tempo disponível para a alimentação. **p-valor <0,05.

4.2.5 Discussão

A prevalência de LS inadequado na população de professores foi de 62,6%, com interação entre o LS e a faixa etária quanto à associação com as condutas relacionadas com a alimentação estudadas. Para indivíduos mais novos o LS inadequado se associou, independentemente de fatores de confusão, com menor chance de consultar informações nutricionais nos alimentos. Em indivíduos de 35 a 49 anos, o LS inadequado associou-se com maior consumo frequente de alimentos

pré-preparados. A prevalência de LS inadequado foi similar à de outros estudos que avaliaram o LS em populações de distintos níveis educacionais (KOBAYASHI et al., 2015; SPEIRS et al., 2012).

A associação entre a idade e o LS é um resultado esperado (BAKER et al., 2000; CHA et al., 2014; CHIN et al., 2011; GEBOERS et al., 2014; GUNTZVILLER et al., 2017; KAPHINGST et al., 2014), e a idade é um fator de controle comum em análises estatísticas envolvendo o LS (GEBOERS et al., 2014; GUNTZVILLER et al., 2017; REISI et al., 2014), razões essas que dão suporte aos resultados encontrados. De acordo com o encontrado na literatura, a associação entre aumento da idade e maior prevalência de LS inadequado é atribuído, em parte, à diminuição de habilidades de compreensão e comunicação (KOBAYASHI et al., 2015; SMITH; NUTBEAM; MCCAFFERY, 2013) e à diminuição de ações de busca por informações e do entendimento dessas informações (KOBAYASHI et al., 2015; SMITH; NUTBEAM; MCCAFFERY, 2013; SØRENSEN et al., 2012).

O LS inadequado associou-se com menor chance de verificar rótulos nutricionais e menor frequência de tal verificação em professores mais jovens. Esses achados são concordantes com o construto teórico do LS (SØRENSEN et al., 2012), e com outros estudos que investigaram a verificação de rótulos nutricionais (CHA et al., 2014; ROTHMAN et al., 2006). O uso de rótulos de informações nutricionais é considerado um mediador para alimentação saudável em estudos com população geral, podendo ser interpretado como uma conduta alimentar recomendada (CHA et al., 2014; MASIC; CHRISTIANSEN; BOYLAND, 2017).

Apesar desse achado, as demais condutas relacionadas à alimentação estudadas não apresentaram associação para os professores com até 34 anos. Além disso, mesmo para as demais faixas etárias investigadas, o LS inadequado associou-se apenas com o maior consumo frequente de alimentos pré-preparados em indivíduos de idade intermediária, não confirmando, para outras variáveis, a capacidade do LS em direcionar o padrão de consumo alimentar para condutas recomendadas (CHA et al., 2014; KRAUSE et al., 2016; SØRENSEN et al., 2012; VELARDO, 2015).

Embora não tenha sido confirmada na presente população de estudo, a associação entre LS adequado e consumo frequente de frutas e verduras é a análise mais verificada na literatura. Em estudos realizados com diferentes populações, o LS

inadequado associou-se com a menor frequência do consumo de frutas. Tal resultado foi observado, por exemplo, em norte-americanos em sala de espera para consultas médicas (n=154), utilizando-se o NVS (SPEIRS et al., 2012), em ingleses de 18 a 90 anos (n=759) selecionados aleatoriamente, empregando a ferramenta *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) (VON WAGNER et al., 2007) e em idosos do Irã acessados por meio de pesquisa domiciliar (n=354), utilizando a TOFHLA (REISI et al., 2014). Ações que compreendem o construto do LS, como a busca por informações em saúde e o entendimento dessas informações, também foram associadas ao maior consumo de frutas e verduras em adultos de 18 a 95 anos diagnosticados com câncer na Austrália (LIM et al., 2017). Contudo, em concordância com os resultados deste estudo, Geboers e colaboradores (2016) não encontraram, em coorte populacional de idosos, associação entre o LS e o consumo de frutas (n=1096) e verduras (n=1089) empregando questionário próprio de identificação do LS. Assim, ainda são necessários estudos que possam investigar se a não associação entre LS e a frequência do consumo de fruta e verduras é decorrente de uma possível baixa sensibilidade do LS ou da ferramenta NVS para identificar desfechos alimentares em populações com elevada escolaridade, ou mesmo se existe ausência de efeito do LS para esse desfecho em alguns grupos populacionais e não em outros.

As variáveis relacionadas ao consumo de alimentos pré-preparados, consumo de doces e salgados entre as refeições e substituição de refeição por lanches foram inseridas em razão de sua importância em inquéritos nutricionais nacionais (BRASIL, 2016). De acordo com o pressuposto teórico, o LS inadequado estaria associado a uma maior chance para a alta frequência dessas condutas (KRAUSE et al., 2016; SØRENSEN et al., 2012; VELARDO, 2015), o que não foi confirmado na população analisada neste estudo.

As condutas relacionadas à alimentação podem sofrer a influência de diversas variáveis, tais como normas sociais, rede de relacionamentos que se alteram ao longo da vida (BASSETT-GUNTER et al., 2015; DE LA HAYE et al., 2013; GROSS; POLLOCK; BRAUN, 2010; PELLETIER; GRAHAM; LASKA, 2014; UMBERSON; CROSNOE; RECZEK, 2010; VESNAVER et al., 2016), fatores relacionados ao trabalho (ALLAN et al., 2017; ESCOTO et al., 2012; MAZZOLA; MOORE; ALEXANDER, 2016; RANBY et al., 2011) e variáveis secundárias ao

envelhecimento, como alteração do apetite (DONINI et al., 2013; WATKINS; KIM, 2015), alterações no consumo de alguns alimentos (NICKLETT; KADELL, 2013; RAUTIAINEN et al., 2015) e alteração da cognição (KAPHINGST et al., 2014). Acredita-se que esse conjunto de variáveis possa ajudar a explicar o motivo pelo qual o LS inadequado não se associou com a maior frequência de consumo de alimentos pré-preparados em indivíduos com menor e maior idade, bem como demais condutas analisadas. Além dessas variáveis e dos controles realizados, a elevada escolaridade (independentemente do nível de pós-graduação) pode ter desempenhado um importante papel para a ausência de diferença estatística nas variáveis relacionadas ao consumo de alimentos, bem como nas diferentes frequências de condutas entre as faixas etárias.

O presente estudo apresenta como possíveis limitações o longo período de coleta dos dados, a utilização de variáveis autorrelatadas (que podem conter o viés de memória), a realização da coleta em ambiente escolar e a incapacidade de apoiar a existência de uma relação causal em razão do delineamento transversal. Além disso, não foi possível explorar os construtos LA e LN, devido à inexistência de ferramentas específicas para esse fim e validadas no Brasil. Como pontos fortes, considera-se o tamanho da população analisada, o uso de ferramenta validada para identificação do LS na população de pesquisa, além da inclusão de covariáveis que permitiram o controle de potenciais fatores de confusão das associações em estudo. Ressalta-se a importância de estudos longitudinais sobre o tema, com a ampliação das condutas relacionadas à alimentação pesquisadas e que incluam ferramentas validadas de LA e LN para maiores aprofundamentos desses construtos com relação aos atuais achados envolvendo o LS.

De acordo com o exposto, o presente estudo apresenta evidências sobre a relação entre o LS e condutas relacionadas à alimentação em indivíduos com elevada escolaridade, nas quais, para os mais novos, o LS inadequado se associou com menor chance de verificação de informações nutricionais e, para aqueles com idade intermediária, o LS se associou com maior frequência de consumo de alimentos pré-preparados. Apesar das diferenças encontradas na população de estudo, sugere-se que o elevado grau de escolaridade possa ter suprido lacunas do LS, como os conceitos em saúde e experiências pessoais, o que pode justificar a ausência de associação entre o LS e frequência de consumo de frutas e

verduras/legumes. Apesar as associações encontradas, o LS pode não ser um construto adequado para predição de condutas relacionadas à alimentação em professores. Desse modo, sugere-se a realização de estudos longitudinais empregando também escalas de LN e LA para a população de professores e população geral, como forma de avaliar de maneira mais adequada a causalidade e a diferença entre as populações.

4 SEGUNDO ESTUDO

4.3 PERCEPÇÃO DE TRABALHO DE ALTA EXIGÊNCIA E CONDUTAS RELACIONADAS À ALIMENTAÇÃO: ESTUDO PROSPECTIVO COM PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA.

4.3.1 Resumo

O trabalho de alta exigência representa um importante fator de desgaste, podendo interferir no estilo de vida e na saúde. O presente estudo visa analisar o impacto do trabalho de alta exigência em variáveis relacionadas à alimentação após seguimento de 24 meses em professores da educação básica. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, com entrevistas individuais de professores ativos na rede pública estadual de uma cidade no sul do Brasil (Londrina/PR). A percepção do trabalho de alta exigência (variável independente), avaliado pelo *Demand Control Support Questionnaire*, foi coletada no início da pesquisa. As variáveis relacionadas à alimentação (variáveis dependentes) foram coletadas no início da pesquisa e após 24 meses. Os dados foram analisados por meio de regressão logística multinomial ajustada por fatores de confusão. A população de estudo foi composta por 502 indivíduos, e a percepção de trabalho de alta exigência identificada em 197 (39,2%) indivíduos. A percepção de trabalho de alta exigência associou-se com maior chance para manutenção de consumo não frequente de frutas (OR: 3,21; IC95%: 1,47-10,50), diminuição do consumo de frutas (OR: 4,82; IC95%: 1,15-20,29) e de verduras/legumes (OR: 13,01; IC95%: 1,12-151,46), e manutenção da não retirada de gordura visível de carne vermelha (OR: 0,18; IC95%: 0,04-0,79), independentemente de fatores de confusão. A percepção de trabalho de alta exigência é um aspecto importante a ser considerado em ações voltadas à promoção de uma alimentação saudável entre professores da educação básica.

Palavras-Chave: Avaliação da Capacidade de Trabalho, Nutrição, Verificação de Informações Nutricionais, Conduta Alimentar.

4.3.2 Introdução

A transição epidemiológica e as mudanças no padrão de trabalho e consumo tiveram impacto direto na saúde da população mundial, com alteração no perfil morbidade e mortalidade (NAGHAVI et al., 2015). Certas condutas relacionadas à alimentação consideradas como não recomendadas, com base em estudos e manuais nacionais e internacionais, são cada vez mais prevalentes na população, gerando perdas econômicas e aumentando a prevalência de doenças cardiovasculares e câncer (CECCHINI et al., 2010; NAGHAVI et al., 2015). O enfrentamento desse panorama envolve mudanças políticas, incentivo à tomada de ações individuais (CECCHINI et al., 2010), variáveis sociais (CECCHINI et al., 2010; LANDSBERGIS et al., 2015) e mudanças na dinâmica de trabalho (LANDSBERGIS et al., 2015). Dentre essas possibilidades de atuação, a relação entre condutas relacionadas à alimentação e variáveis relacionadas ao trabalho ainda carece de maior aprofundamento (CECCHINI et al., 2010; LANDSBERGIS et al., 2015; NAGHAVI et al., 2015).

Grande parte dos estudos na área da saúde ocupacional inclui indivíduos que compartilham o mesmo espaço, como uma empresa ou hospital (GOSTON et al., 2013; GRALLE et al., 2017; NISHITANI; SAKAKIBARA; AKIYAMA, 2009), ou então um banco de dados com diferentes categorias profissionais (KOUVONEN et al., 2005; LALLUKKA et al., 2008). Nota-se predomínio de estudos envolvendo profissões relacionadas à saúde (CHOU; LI; HU, 2014; DYRBYE et al., 2014), com poucos estudos envolvendo professores.

Além da grande relevância social, os professores convivem com condições de trabalho com potencial para causar prejuízos à saúde, como problemas de infraestrutura e ergonomia, elevado número de estudantes na sala de aula, e exposição à ruídos e cargas psicológicas (GUERREIRO et al., 2016). A maioria dos estudos envolvendo essa população focam em problemas de saúde que podem afastar a mão-de-obra do exercício profissional. Estudos demonstram que a saúde dos professores é afetada de diferentes maneiras, associando-se a problemas fonoaudiológicos (FILLIS et al., 2016; MUNIER; FARRELL, 2016), estresse (ASA; LASEBIKAN, 2016; GLUSCHKOFF et al., 2016), síndrome de *burnout* (ASA; LASEBIKAN, 2016; GLUSCHKOFF et al., 2016; KOGA et al., 2015), violência (MELANDA et al., 2017), ansiedade e depressão (ASA; LASEBIKAN, 2016).

Com relação às exigências do trabalho, a docência envolve trabalho físico e mental, dimensões essas que podem ser afetadas por demandas psicológicas e dificuldades no controle do processo de trabalho (SANTOS et al., 2017). Por essa razão, a combinação da avaliação do processo de demanda e controle se mostra de grande importância para a saúde ocupacional, uma vez que possuem a mesma fonte de estresse, o ambiente de trabalho (KARASEK, 1979). No modelo teórico proposto por Karasek (1979), a avaliação da demanda e controle realizada por meio do *Demand Control Support Questionnaire* (DCSQ) pode resultar em quatro categorias: profissionais em trabalho de baixo desgaste (baixa demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle) e trabalho de alta exigência (alta demanda e baixo controle).

O trabalho de alta exigência, em diferentes populações, é associado com comportamentos de risco à saúde (GOSTON et al., 2013; GRALLE et al., 2017; LALLUKKA et al., 2008; NISHITANI; SAKAKIBARA; AKIYAMA, 2009) e como fator de risco para doenças crônicas, como a hipertensão (LANDSBERGIS et al., 2015; SANTAVIRTA; SOLOVIEVA; THEORELL, 2007). Estudo com operários no Japão demonstrou associação entre maiores cargas de trabalho e condutas relacionadas à uma alimentação com maior risco à saúde, embora não tenham utilizado a DCSQ e as análises não tenham sido controladas por fatores de confusão (NISHITANI; SAKAKIBARA; AKIYAMA, 2009). Desse modo, ainda são necessários estudos sobre a associação entre o trabalho de alta exigência e alterações de condutas relacionadas à alimentação. Em professores, grande parte dos estudos que utilizaram a DCSQ não abordaram condutas relacionadas à alimentação (DICKE et al., 2017; SANTAVIRTA, 2003; SANTOS et al., 2017).

Em razão da exposição a rotinas com alta demanda psicológica e baixo controle sobre o processo de trabalho (DICKE et al., 2017; SANTOS et al., 2017) e ao seu possível impacto na mudança de hábitos de vida (GOSTON et al., 2013; GRALLE et al., 2017; LALLUKKA et al., 2008; NISHITANI; SAKAKIBARA; AKIYAMA, 2009), o presente estudo visa investigar a associação da percepção do trabalho de alta exigência com condutas relacionadas à alimentação após 24 meses de seguimento em uma população de professores da educação básica.

4.3.3 Método

O presente estudo é um recorte do Projeto "Saúde, Estilo de Vida e Trabalho de Professores da Rede Estadual de Londrina" - Pró-Mestre, no qual foram entrevistados professores de colégios estaduais de uma cidade de grande porte do sul do Brasil (Londrina/PR) (DE SOUZA et al., 2017; KOGA et al., 2015). A cidade de Londrina possuía 73 colégios estaduais entre 2012 e 2013, destes, 20 colégios possuíam mais de mil estudantes e 50 professores que, somados, abrangiam aproximadamente 70% dos professores da cidade (PARANÁ, 2012). Foram selecionados para a composição deste estudo os professores que atuavam nesses 20 colégios com maior número de estudantes matriculados, considerando-se sua representatividade em relação ao total de professores do município.

Considerou-se como critério de inclusão para a primeira fase ser professor em atividade na educação básica no ensino público. Foram consideradas perdas, professores que preenchiam os critérios de inclusão, mas não foram entrevistados após 5 tentativas. A primeira fase de coleta foi realizada entre agosto de 2012 e junho de 2013 (DE SOUZA et al., 2017; KOGA et al., 2015). A segunda etapa de coletas ocorreu 24 meses após a primeira coleta, de agosto de 2014 a abril de 2015, sendo considerado como critério de inclusão, professores que participaram da primeira etapa de coleta. Para o presente recorte, profissionais que não responderam todas as questões do DCSQ na primeira etapa de coleta foram excluídos. As duas etapas de pesquisa foram precedidas por um estudo piloto com professores da educação básica no ensino público da cidade de Cambé/PR, com o objetivo de treinar a equipe de coleta (estudantes de graduação e pós-graduação da Universidade Estadual de Londrina) e ajustar os instrumentos de pesquisa. A pesquisa se deu em ambiente escolar, com entrevistas realizadas no momento destinado à preparação das atividades docentes. A coleta foi realizada por meio de questionário contendo a escala DCSQ e o *Maslach Burnout Inventory*, e formulário para a coleta das demais variáveis do estudo.

Para o presente estudo a variável independente, trabalho de alta exigência, foi coletada por meio da escala DCSQ (KARASEK, 1979), de acordo com a versão resumida validada no Brasil (ALVES et al., 2004) e com propriedades psicométricas adequadas em professores da rede básica (BIROLIM, 2015). A DCSQ consiste de 3 dimensões: demanda, controle e apoio social. Foram utilizadas apenas as

dimensões demanda e controle como variáveis independentes, avaliadas com base no somatório do escore e utilização da mediana para definição dos grupos com baixo controle (≤ 19 pontos) e alta demanda (≥ 16 pontos), considerado como o grupo de maior risco (trabalho de alta exigência). O grupo de alto controle e baixa demanda foi considerado como grupo controle (trabalho de baixa exigência). Os grupos de alto controle e alta demanda (trabalho ativo) e de baixo controle e baixa demanda (trabalho passivo) não foram considerados para as presentes análises. A dimensão apoio social (≥ 18 pontos) foi utilizada como variável de confusão.

As variáveis dependentes, relacionadas à alimentação, foram coletadas nas duas etapas da pesquisa, sendo elas: verificação de rótulos nutricionais nos últimos 12 meses (sim/não), frequência semanal de consumo de frutas, verduras/legumes, substituição de refeição por lanche (dicotomizadas em não frequente: nunca/raramente/às vezes, e frequente: frequentemente/sempre), retirar gordura visível quando consome carne vermelha, retirar pele da carne de frango e frequência que se alimentou assistindo televisão ou utilizando o computador (dicotomizadas em não frequente: nunca/1 a 3 vezes no mês/1 a 2 vezes na semana, e frequente: 3 a 6 vezes na semana/diariamente). Indivíduos que não consumiam carne vermelha ou carne de frango foram excluídos das análises apenas para essas condutas. As condutas analisadas foram classificadas em recomendadas e não recomendadas, de acordo com o proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, 2012). Na ausência de uma recomendação clara por parte da OMS, adotou-se como recomendadas as condutas que apresentam benefícios para a saúde em outros estudos (BRASIL, 2016; FALBE et al., 2014; GRAHAM; LASKA, 2012; MICHA et al., 2017; MUNIZ et al., 2012).

Desse modo realizou-se a comparação da frequência das condutas relacionadas à alimentação entre o *baseline* e o seguimento, resultando na divisão em quatro possibilidades para cada conduta: apresentaram condutas recomendadas não frequentes e condutas não recomendadas frequentes nas duas etapas (denominado como “manteve ruim”), apresentaram condutas recomendadas frequentes no *baseline* e não frequentes no seguimento ou condutas não recomendadas não frequentes no *baseline* e frequentes no seguimento (“piora”), apresentaram condutas recomendadas não frequentes no *baseline* e frequentes no seguimento ou condutas não recomendadas frequentes no *baseline* e não frequentes no seguimento (“melhora”) e apresentaram condutas recomendadas

frequentes ou condutas não recomendadas não frequentes nas duas etapas de pesquisa (“manteve bom”).

Variáveis consideradas como potenciais fatores de confusão foram coletadas, como fatores sociodemográficos: sexo, idade (contínua), estado civil dicotomizado em vive só (solteiro, separado/divorciado ou viúvo) ou vive acompanhado (casado ou união estável), renda familiar mensal aproximada na 1ª etapa de coleta, agrupada em maior renda (\geq USD 2.500), renda intermediária (USD 1.500-USD 2.499) e menor renda ($<$ USD 1.500) (utilizado cotação média – USD 1 = BRL 2,02 - do mês de janeiro de 2013, metade do período de coleta do *baseline*) (BRASIL, 2017), escolaridade (superior completo, especialização *lato sensu* ou *stricto sensu*, considerando a maior titulação), letramento em saúde (LS) segundo *Newest Vital Sign* versão Brasileira (LS inadequado ≤ 3 pontos) (RODRIGUES et al., 2017; WEISS et al., 2005), Índice de Massa Corporal (IMC) (normal = IMC entre menor do que 24,9 Kg/m²; e sobrepeso/obeso = IMC $\geq 25,0$ Kg/m²) (ABESO, 2016). A referência de diagnóstico médico de hipertensão, diabetes e dislipidemia foi utilizada para criação de uma nova variável (possui doença crônica: sim ou não), em que indivíduos com uma ou mais dessas patologias eram considerados como possuindo doença crônica não transmissível. Os relatos de diagnóstico médico de ansiedade e depressão foram considerados de forma independente.

Como variáveis de estilo de vida foram coletadas informações sobre o consumo de álcool (consome bebida alcóolica semanalmente: sim ou não) e tabaco (fumante ou não fumante). Variáveis ocupacionais como o número de locais de trabalho (1 e 2 ou mais) e tipo de contrato de trabalho (concursado ou temporário) foram coletadas para controle das análises estatísticas.

Em razão dos possíveis efeitos sobre as variáveis relacionadas à alimentação e ao estado mental, optou-se por realizar o controle estatístico pela qualidade do sono (ARTINIAN et al., 2010; CHENG et al., 2016; KATAGIRI et al., 2014) e *burnout* (JÄRVELÄ-REIJONEN et al., 2016; KRISTANTO; CHEN; THOO, 2016) no *baseline*. A qualidade do sono foi verificada segundo o *Pittsburgh Sleep Quality Index* (pior qualidade do sono ≥ 5 pontos) (BERTOLAZI et al., 2011; BUYSSSE et al., 1989), enquanto o *burnout* foi avaliado segundo o *Maslach Burnout Inventory* (percentil 25 para baixos escores na dimensão realização profissional e percentil 75 para elevados escores nas dimensões exaustão emocional e despersonalização) (KOGA et al., 2015).

Realizou-se o processo de dupla digitação e consolidação dos dados no programa Epi Info versão 3.5.2. Posteriormente, os dados foram analisados no programa SPSS versão 20.0. Verificou-se interação entre as variáveis idade (contínua e categórica por tercís) e sexo com o DCSQ por meio da inclusão de termos de interação nos modelos ajustados e análise da razão de verossimilhança. Para verificar a associação entre as variáveis de interesse utilizou-se o *odds ratio* (OR) e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) calculados por meio da regressão logística binária. Em todos os modelos estatísticos aplicados, o trabalho de alta exigência foi sempre a variável independente principal. Como desfecho, foram criadas 3 variáveis dependentes para cada conduta relacionada à alimentação, de acordo com a mudança na frequência dessa conduta ao longo do seguimento: manteve ruim vs. manteve bom (referência), piorou vs. manteve bom (referência), e melhorou vs. manteve bom (referência). Inicialmente, foram construídos modelos brutos (não ajustados), e, na sequência, as variáveis de ajuste foram incorporadas de modo progressivo e acumulativo. O modelo 1 da análise ajustada foi controlado por fatores sociodemográficos. O modelo 2, além dos ajustes do modelo 1, incluiu variáveis relacionadas à saúde (presença de doenças e IMC) e ao estilo de vida. Por fim, o modelo 3, além das variáveis do modelo 2, incluiu ainda variáveis relacionadas ao trabalho e pelo resultado da dimensão apoio social no *baseline*. Adotou-se nível de significância estatística menor de 0,05 em todos os testes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (parecer nº 22562/12 e parecer nº 742355/14). Todos os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da entrevista.

4.3.4 Resultados

Na primeira etapa de pesquisa, nos 20 colégios de estudo, foram localizados 1126 professores. Do total, 1061 preencheram os critérios de inclusão e, destes, 20 (1,9%) não foram entrevistados após 5 tentativas, 63 (5,9%) se recusaram e 978 (92,2%) foram finalmente entrevistados. Na segunda etapa de pesquisa, dos 978

professores citados, 448 (45,8%) foram considerados como perdas: 336 em razão de uma greve estadual da categoria no início de 2015, 22 por se recusarem a participar e 60 por não terem sido localizados. Dos 531 professores entrevistados no seguimento, 29 (2,9%) foram considerados como perda por não terem respondido a todas as questões do DSCQ, das variáveis relacionadas com a alimentação ou das variáveis utilizadas para controle no modelo de regressão ajustado, restando 502 indivíduos na população de análise.

A população de estudo apresentou predominância de indivíduos do sexo feminino (65,9%), com mais de 35 anos (71,7%) (Tabela 3). Quanto às variáveis laborais, a maioria dos professores eram concursados (72,6%), com 2 ou mais vínculos empregatícios (72,9%) e pouco mais da metade (52,0%) com uma ou mais dimensões da escala de *burnout* no quartil de maior risco à saúde (percentil 25 para realização profissional e percentil 75 para exaustão emocional e despersonalização), considerado como pior resultado (Tabela 3). De acordo com a DCSQ, 39,2% (n=197) dos professores foram classificados como em trabalho de alta exigência no *baseline*, enquanto 19,7% (n=99) foram caracterizados como possuindo trabalho de baixa exigência (Tabela 3).

Considerando toda a população (n=502), a maioria dos indivíduos que possuíam condutas recomendadas frequentes ou condutas não recomendadas não frequentes no *baseline* o mantiveram após 24 meses, 62,5% (n=110) para verificação frequente de informações nutricionais de rótulos de alimentos, 87,7% (n=285) para consumo frequente de frutas, 94,9% (n=387) para consumo frequente de verduras/legumes, 82,1% (n=326) para não substituição frequente de refeições por lanches, 83,6% (n=269) para retirar frequentemente gordura visível da carne vermelha, 86,7% (n=280) para retirar frequentemente a pele da carne de frango e 82,4% (n=277) para pouca frequência de refeições assistindo TV ou em computador (dados não apresentados em tabela).

Tabela 3 – Caracterização dos professores da rede estadual de ensino na primeira etapa de coleta, Londrina/PR, 2012-2013 (n=502).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	171	34,1
Feminino	331	65,9
Idade		
Até 35 anos	142	28,3
36-46 anos	155	30,9
Mais que 46 anos	205	40,8
Estado civil		
Vive só	197	39,2
Vive acompanhado	305	60,8
Renda familiar		
Maior renda (\geq USD 2.500)	219	43,6
Renda intermediária (USD 1.500-USD 2.499)	174	34,7
Menor renda (<USD 1.500)	109	21,7
Escolaridade		
Apenas ensino superior completo	66	13,1
Especialização <i>lato sensu</i>	367	73,1
Especialização <i>stricto sensu</i>	69	13,7
Letramento em saúde (n=513)		
Adequado	224	43,7
Inadequado	289	56,3
Índice de massa corporal		
Eutrófico	248	49,4
Sobrepeso/obeso	254	50,6
Autorrelato de diagnóstico médico de Doença crônica não transmissível		
Sim	149	29,7
Não	353	70,3
Autorrelato de diagnóstico médico de ansiedade		
Sim	120	23,9
Não	382	76,1

Continua na próxima página.

Continuação da tabela 3.

Variáveis	n	%
Autorrelato de diagnóstico médico de depressão		
Sim	74	14,7
Não	428	85,3
Tabagista		
Sim	44	8,2
Não	461	91,8
Consome bebida alcoólica semanalmente		
Sim	253	50,4
Não	249	49,6
Qualidade do sono		
Melhor qualidade	246	49,0
Pior qualidade	256	51,0
Forma de contratação		
Concursado	364	72,6
Não concursado	138	27,4
Número de vínculos de trabalho		
1	136	27,1
2 a 4	366	72,9
Número de dimensões de <i>burnout</i> no quartil de maior risco à saúde		
0	241	48,0
1	117	23,3
2	95	18,9
3	49	9,8
<i>Demand Control Support Questionnaire</i>		
Trabalho de baixa exigência	99	19,7
Trabalho passivo	147	29,3
Trabalho ativo	59	11,8
Trabalho de alta exigência	197	39,2

USD: Dólar dos Estados Unidos.

Com relação aos indivíduos que possuíam condutas não recomendadas frequentes ou condutas recomendadas não frequentes no *baseline*, houve maior variação após 24 meses. Algumas condutas como a frequência de retirada da pele da carne de frango e a retirada da gordura visível da carne vermelha apresentaram maior

estabilidade, com alteração em 7,8% (n=39) e 7,2% (n=36), respectivamente. As demais variáveis estudadas apresentaram maiores percentuais de “melhora”, como passar a consultar informações nutricionais de rótulo de alimentos (16,8%, n=55), aumentar a frequência de consumo de frutas (66,3%, n=69), aumentar a frequência de consumo de verduras/legumes (68,6%, n=46), diminuir a frequência de substituição de refeição por lanche (44,6%, n=54) e diminuir a frequência de refeições realizadas assistindo TV ou computador (47,3%, n=53) (dados não apresentados em tabela). Não foi encontrada interação entre o DCSQ e as variáveis sexo e idade para nenhuma variável dependente estudada ($p>0,05$).

A população adotada para os testes de associação foi de 296 indivíduos, haja vista a exclusão dos professores que no *baseline* estavam em trabalho passivo ou ativo. Com base nessa subpopulação, verificou-se que a maioria dos indivíduos manteve boa frequência de consumo de frutas e verduras/legumes no período, sobretudo aqueles com baixa exigência para o trabalho (Tabela 4). As diferenças entre o *baseline* e o seguimento com relação à frequência das demais condutas relacionadas à alimentação podem ser observadas na tabela 4, inclusive, segundo a alta ou baixa exigência para o trabalho.

Na análise ajustada, o trabalho de alta exigência, em comparação com o trabalho de baixa exigência, associou-se com menor chance de manter baixa ou reduzir a frequência de consumo de frutas ao longo do seguimento, independentemente dos fatores de confusão controlados. Além disso, o trabalho de alta exigência se associou com maior chance de reduzir a frequência de consumo de frutas e verduras/legumes e com menor chance de aumentar a frequência de retirada da gordura visível de carne vermelha (Tabela 5).

Tabela 4 – Distribuição da frequência de condutas relacionadas à alimentação entre o *baseline* e o seguimento após 24 meses segundo a percepção de exigência para o trabalho no *baseline* em professores da rede estadual de ensino, Londrina/PR, 2012-2013, 2014-2015.

Conduta relacionada à alimentação	Manteve ruim n (%)	Piorou n (%)	Melhorou n (%)	Manteve bom n (%)
Verificação de rótulo de informação nutricional				
Total (n=296)	163 (55,1)	37 (12,5)	29 (9,8)	67 (22,6)
Alta exigência (n=197)	112 (56,9)	24 (12,2)	21 (10,7)	40 (20,2)
Baixa exigência (n=99)	51 (51,5)	13 (13,1)	8 (8,1)	27 (27,3)
Frequência de consumo de frutas				
Total (n=296)	61 (20,6)	23 (7,8)	38 (12,8)	174 (58,8)
Alta exigência (n=197)	47 (23,9)	19 (9,6)	25 (12,7)	106 (53,8)
Baixa exigência (n=99)	14 (14,1)	4 (4,0)	13 (13,1)	68 (68,8)
Frequência de consumo verduras/legumes				
Total (n=296)	26 (8,8)	13 (4,4)	24 (8,1)	233 (78,7)
Alta exigência (n=197)	21 (10,7)	11 (5,6)	18 (9,1)	147 (74,6)
Baixa exigência (n=99)	5 (5,0)	2 (2,0)	6 (6,1)	86 (86,9)
Frequência de substituição de refeição por lanche				
Total (n=296)	28 (9,5)	39 (13,2)	43 (14,5)	186 (62,8)
Alta exigência (n=197)	21 (10,7)	25 (12,7)	32 (16,2)	119 (60,4)
Baixa exigência (n=99)	7 (7,1)	14 (14,1)	11 (11,1)	67 (67,7)
Frequência de retirada da gordura visível da carne vermelha*				
Total (n=279)	71 (25,4)	25 (9,0)	23 (8,2)	160 (57,4)
Alta exigência (n=185)	49 (26,5)	16 (8,6)	10 (5,4)	110 (59,5)
Baixa exigência (n=94)	22 (23,4)	9 (9,6)	13 (13,8)	50 (53,2)
Frequência de retirada da pele da carne de frango*				
Total (n=273)	61 (22,3)	23 (8,4)	23 (8,4)	166 (60,9)
Alta exigência (n=183)	39 (21,3)	15 (8,2)	16 (8,7)	113 (61,8)
Baixa exigência (n=90)	22 (24,4)	8 (8,9)	7 (7,8)	53 (58,9)
Frequência de se alimentar assistindo TV ou computador				
Total (n=296)	64 (21,6)	32 (10,8)	30 (10,1)	170 (57,5)
Alta exigência (n=197)	45 (22,8)	25 (12,7)	24 (12,2)	103 (52,3)
Baixa exigência (n=99)	19 (19,2)	7 (7,1)	6 (6,0)	67 (67,7)

*17 participantes relataram não consumir carne vermelha, enquanto que 23 relataram não consumir carne de frango, sendo excluídos dessa análise.

Tabela 5 – Associação entre o trabalho de alta exigência* e a mudança na frequência de condutas relacionadas à alimentação após 24 meses em professores da rede estadual de ensino, Londrina/PR.

Conduta relacionada à alimentação	Manteve ruim vs. Manteve bom**	Piorou vs. manteve bom**	Melhorou vs. manteve bom**
Maior frequência de verificação de informação nutricional			
OR bruta (IC95%)	1,52 (0,84-2,73)	1,29 (0,57-2,97)	1,77 (0,67-4,58)
OR ajustada (IC95%)	0,90 (0,42-1,98)	1,36 (0,57-3,26)	1,89 (0,53-6,83)
Menor frequência de consumo de frutas			
OR bruta (IC95%)	2,17 (1,11-4,23)	3,17 (1,04-9,65)	1,27 (0,61-2,63)
OR ajustada (IC95%)	3,21 (1,47-10,50)	4,82 (1,15-20,29)	0,94 (0,35-2,54)
Menor frequência de consumo verduras/legumes			
OR bruta (IC95%)	2,53 (0,93-6,93)	3,17 (0,67-14,63)	1,82 (0,70-4,74)
OR ajustada (IC95%)	2,69 (0,78-9,28)	13,01 (1,12-151,46)	1,65 (0,43-6,33)
Maior frequência de substituição de refeição por lanche			
OR bruta (IC95%)	1,82 (0,74-4,45)	0,99 (0,48-2,02)	1,61 (0,76-3,39)
OR ajustada (IC95%)	1,57 (0,48-5,08)	1,05 (0,50-2,20)	1,64 (0,64-4,20)
Maior frequência de retirada da gordura visível da carne vermelha			
OR bruta (IC95%)	1,02 (0,56-1,85)	0,79 (0,33-1,92)	0,38 (0,16-0,90)
OR ajustada (IC95%)	0,99 (0,44-2,25)	0,82 (0,34-1,99)	0,18 (0,04-0,79)
Maior frequência de retirada da pele da carne de frango			
OR bruta (IC95%)	0,84 (0,45-1,55)	0,92 (0,37-2,29)	1,05 (0,41-2,71)
OR ajustada (IC95%)	0,99 (0,43-2,27)	0,80 (0,32-2,04)	1,56 (0,45-5,42)
Maior frequência de se alimentar assistindo TV ou computador			
OR bruta (IC95%)	1,55 (0,84-2,87)	2,47 (1,02-5,99)	2,57 (0,99-6,60)
OR ajustada (IC95%)	1,39 (0,63-3,13)	2,17 (0,89-5,33)	2,19 (0,63-7,62)

*Em comparação com trabalho de baixa exigência. **Utilizado como referência.

OR ajustada: *Odds ratio* obtida em modelo de regressão logística binária controlado por idade, sexo, renda, estado civil, escolaridade, letramento em saúde, IMC dicotômico, presença de uma ou mais doença crônica não transmissível (Hipertensão, diabetes ou dislipidemia), diagnóstico médico de depressão, diagnóstico médico de ansiedade, tipo de contrato (estatutário ou PSS), número de vínculos de trabalho, tabagismo, consumo de álcool, qualidade do sono, apoio social no *baseline* e *burnout* no *baseline*.

4.3.5 Discussão

A exposição ao trabalho de alta exigência, em análises ajustadas por fatores de confusão, foi um fator importante para a manutenção de baixa frequência de consumo de frutas, diminuição da frequência de consumo de frutas e de verduras/legumes e menor chance de aumentar a frequência de retirada da gordura visível de carne vermelha, após 24 meses de seguimento. As análises mostraram um panorama coerente no qual o trabalho de alta exigência, a médio prazo, associou-se com piores indicadores relacionados a algumas condutas relacionadas à alimentação.

Indivíduos com condutas recomendadas no *baseline*, apresentaram uma porcentagem elevada de manutenção no seguimento. Diferentemente, indivíduos com alta frequência de condutas não recomendadas no *baseline* apresentaram maior porcentagem de alterações para condutas recomendadas no seguimento. O achado de que as condutas recomendadas apresentaram maior estabilidade nos períodos de estudo, pode indicar uma possível maior facilidade na manutenção destas em professores, assim como evidenciado em população geral nos Estados Unidos (BERTOIA et al., 2015). Não obstante, na população estudada, o trabalho de alta exigência parece dificultar a adoção de condutas recomendadas.

Estudos explorando o trabalho de alta exigência como fator de risco para condutas de saúde ainda são escassos, e não está claro como o desgaste provocado pelo trabalho poderia afetar de maneira significativa o consumo de frutas, verduras/legumes e a conduta de não retirar gordura de carne vermelha. Embora não haja um mecanismo que consiga explicar tais associações, o sentimento de tensão/ansiedade gerado pelo trabalho de alta exigência (NISHITANI; SAKAKIBARA; AKIYAMA, 2009) pode provocar maior tendência ao consumo de alimentos doces e com alto teor de gordura saturada, além de diminuir o consumo de frutas e verduras (ROOHAFZA et al., 2013; TRYON; DECANT; LAUGERO, 2013; ZELLNER et al., 2006).

Contudo, é esperado que os efeitos sobre as condutas relacionadas à alimentação sejam diferentes entre os indivíduos, em razão de componentes que podem atenuar os efeitos do estresse, como o apoio social (HAZAVEHEI et al., 2016; HIGGS, 2015; HORWATH et al., 2013). O apoio social (KARASEK, 1979; NISHITANI; SAKAKIBARA; AKIYAMA, 2009) pode atuar como moderador para o

consumo de frutas e verduras/legumes (HAZAVEHEI et al., 2016; HIGGS, 2015; HORWATH et al., 2013), mas ainda é incerto seu efeito a médio e longo prazo (HAZAVEHEI et al., 2016; HORWATH et al., 2013; KOTHE; MULLAN, 2014). No presente estudo, o controle dessa variável no *baseline* não alterou significativamente as associações encontradas. b

A análise das condutas relacionadas à alimentação é complexa, e considerar apenas o possível mecanismo de alteração pelo trabalho de alta exigência não fornece uma visão abrangente da realidade. Para tanto, é importante considerar outras variáveis que poderiam agir como fatores de confusão ou modificadores de efeito, tais como sexo (BAKER; WARDLE, 2003; BARNIDGE et al., 2015; CHUNG; HOERR, 2005; PASTOR-VALERO et al., 2014), idade (BARNIDGE et al., 2015; PASTOR-VALERO et al., 2014), renda (BARNIDGE et al., 2015; PASTOR-VALERO et al., 2014; TRUDE et al., 2016), escolaridade (PASTOR-VALERO et al., 2014), letramento em saúde (LIM et al., 2017), conhecimentos alimentares (BARNIDGE et al., 2015), IMC (CHARLTON et al., 2014), depressão (AVERINA et al., 2005; HAIBACH et al., 2016), ansiedade (AVERINA et al., 2005), tabagismo (AVERINA et al., 2005; HAIBACH et al., 2016), consumo de álcool (AVERINA et al., 2005), qualidade do sono (AVERINA et al., 2005), características relacionadas ao trabalho, presença de doença crônica não transmissível (HAIBACH et al., 2016; WU; SUN; HE, 2016) e síndrome de *burnout* (FEUERHAHN; BELLINGRATH; KUDIELKA, 2013). Embora haja evidências de que o ganho de peso não seja influenciado pelo trabalho de alta exigência (KIVIMÄKI et al., 2015), entendeu-se que poderia haver um possível efeito de confusão (GRALLE et al., 2017), o que motivou a inclusão da variável IMC no ajuste do modelo. Mesmo diante das variáveis de controle empregadas, observou-se a associação significativa entre o trabalho de alta exigência e a menor frequência de consumo de frutas e verduras/legumes, o que corrobora outras evidências disponíveis (NISHITANI; SAKAKIBARA; AKIYAMA, 2009; ROOHAFZA et al., 2013).

Dentre as condutas relacionadas à alimentação avaliadas, destaca-se o efeito do trabalho de alta exigência sobre a frequência de consumo de frutas e verduras/legumes a médio prazo, em razão da importância do consumo regular desses alimentos para diminuição do risco de diabetes (MURAKI et al., 2013), doenças cardiovasculares (GENKINGER et al., 2004; HE; NOWSON; MACGREGOR, 2006) e risco de câncer (GENKINGER et al., 2004). Desse modo,

considera-se que o estímulo ao consumo frequente de frutas e verduras/legumes, associado com as melhorias das condições de trabalho poderiam trazer melhora da qualidade de vida.

Não obstante, os professores são modelo de conduta dentro e fora das escolas, e o seguimento de condutas recomendadas por esses profissionais pode constituir um importante exemplo para a formação dos estudantes e para outras pessoas de seu convívio social. É importante destacar, no entanto, que no presente estudo foi considerado como frequente o consumo de vegetais referido como “frequentemente ou sempre”, o que não garante que essas respostas contemplavam as recomendações de consumo diário de ao menos 400 gramas por dia desses alimentos conforme estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Considera-se como limitações para o presente estudo o longo período de coleta de dados, em ambas as etapas, a utilização de variáveis autorrelatadas, a não coleta de variáveis relacionadas ao local da alimentação e distúrbios psíquicos menores como possíveis variáveis de confusão, bem como a não avaliação periódica da exigência para o trabalho e apoio social ao longo do período de seguimento. Embora o presente estudo possua o caráter observacional, as perguntas realizadas no *baseline* poderiam ter influenciado à população de estudo ao questionar sobre a percepção de variáveis laborais e alimentares e, assim, isso poderia ter repercutido em mudanças de comportamento e mesmo nas respostas dadas no seguimento. Por outro lado, destaca-se os controles realizados no modelo ajustado, nos quais as associações resultantes foram independentes de importantes fatores sociodemográficos e ocupacionais, comorbidades, síndrome de *burnout* e apoio social no *baseline*.

O trabalho de alta exigência associou-se, após 24 meses, independente de diversos fatores de confusão, com manutenção de baixa frequência de consumo de frutas, piora na frequência do consumo de frutas, verduras/legumes e não aumento da frequência da retirada de gordura visível de carne vermelha. Esses resultados apresentam um panorama coerente de como o trabalho de alta exigência pode

influenciar em variáveis relacionadas à alimentação de professores. Com base nisso, sugere-se que estratégias de promoção de saúde e campanhas direcionadas à uma alimentação saudável envolvam discussões sobre as dificuldades encontradas no processo de trabalho dos professores, sobretudo as relacionadas à alta demanda e ao baixo controle sobre atividades laborais.

5 CONCLUSÕES

5 CONCLUSÕES

As condutas relacionadas à alimentação são reflexo de uma série de condições, influências, conhecimentos e aspectos culturais. Em face disso, as associações do letramento em saúde e das exigências para o trabalho com essas condutas fornecem um panorama mais abrangente a respeito desse cenário. Como forma de sintetizar as principais contribuições da presente tese, seguem abaixo as mensagens-chave de cada estudo:

Primeiro estudo - Mensagens-chave:

- O LS inadequado foi de 62,6% em população de professores da educação básica, observando-se maior frequência de LS inadequado com o aumento da idade.
- O LS inadequado associou-se com menor frequência de consulta a informações nutricionais em professores com menos de 35 anos.
- O LS inadequado associou-se com maior chance de consumo frequente de alimentos pré-preparados em professores de idade entre 35 e 49 anos.
- O LS inadequado não se associou com a frequência do consumo de frutas, de verduras/legumes, do consumo de doces e salgados entre as refeições e da substituição de refeições por lanche.

Segundo estudo - Mensagens-chave:

- Professores com alta frequência de condutas relacionadas à alimentação não recomendadas ou baixa frequência de condutas recomendadas apresentaram maior percentual de mudança de condutas em comparação com os que apresentavam condutas mais saudáveis.
- O trabalho de alta exigência associou-se de modo independente a maior chance de manutenção do consumo não frequente de frutas após 24 meses de seguimento.

- O trabalho de alta exigência associou-se de modo independente com maior chance de diminuição da frequência de consumo de frutas e verduras/legumes após 24 meses de seguimento.
- O trabalho de alta exigência associou-se de modo independente com menor chance de diminuição da frequência de consumo de gordura visível de carne vermelha após 24 meses de seguimento.
- O trabalho de alta exigência não se associou com alterações na frequência de verificação de informações nutricionais, substituição de refeição por lanche e de retirada da pele da carne de frango.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os professores constituem uma das mais importantes profissões dentro da sociedade atual, uma vez que seu trabalho e dedicação são fundamentais para formação técnico-científica e da civilidade. Apesar dessa importância, o processo de trabalho sobrecarrega os professores, gerando situações de assimetria entre a capacidade para o desempenho de suas funções e as exigências da profissão. Um dos possíveis resultados da exposição contínua a essas situações são os problemas de saúde, como as doenças crônicas não transmissíveis.

Uma das maneiras para minimizar esse processo de adoecimento docente se dá por meio da promoção da saúde, ou seja, intervindo no processo de capacitação dos professores para atuar na melhoria da saúde. Nesse contexto, a alimentação saudável pode contribuir por meio da diminuição da incidência de doenças crônicas não transmissíveis e controle de doenças porventura já existentes.

No Brasil e no mundo, diversos estudos evidenciam os benefícios de uma alimentação saudável. É notável a importância das condutas relacionadas à alimentação como indicadores gerais e do consumo de alimentos e determinados nutrientes, como o consumo controlado de sódio e açúcar simples, e o aumento do consumo de fibras. A literatura sobre a alimentação é vasta, diversos são os fatores que podem interferir nas condutas alimentares, com recentes discussões sobre o papel do letramento em saúde (LS) e do trabalho de alta exigência.

O presente estudo contribui com essas investigações pois, no que se refere às investigações envolvendo o LS, a maioria dos estudos realizados consideraram como população de estudo pacientes de hospitais/clínicas e idosos, carecendo de investigações em populações com elevada escolaridade, como os professores. Não obstante, mesmo nas populações anteriormente estudadas, ainda não há consenso sobre a relação entre LS adequado e condutas relacionadas à alimentação.

A avaliação dos professores demonstrou índice de LS adequado similar ao encontrado em populações gerais. A ferramenta utilizada, o NVS, é um dos instrumentos com maior especificidade para LS adequado e, por essa característica, permitiu observar que, mesmo em populações com elevada escolaridade, existe uma importante quantidade de indivíduos com LS inadequado. Os conhecimentos específicos das áreas de atuação não conseguem suprir as dimensões que compõem o LS, confirmando o pressuposto teórico de que o LS se diferencia da

escolaridade por conter em seu constructo, dimensões que dependem de experiências e interpretações de situações em saúde que não podem ser adquiridas com a educação formal em áreas que não sejam da saúde.

Considerando-se a já reconhecida correlação entre o LS e a idade, o primeiro estudo que compõe a tese demonstrou significativa interação entre essas variáveis. Desse modo, as análises foram estratificadas por faixa etária, o que permitiu verificar associações diferentes entre os estratos. Foram realizadas análises com ajuste por possíveis uma lista de fatores de confusão, o que confere maior grau de independência para as associações apresentadas, embora não se descarte a possibilidade de confusão residual. Em indivíduos mais jovens, o LS inadequado se associou com a não verificação de informações nutricionais, variável essa que pode estar relacionada com a escolha dos alimentos. Por sua vez, a associação entre o LS e demais condutas relacionadas à alimentação investigadas não foi verificada para essa faixa etária. Em indivíduos de idade intermediária evidenciou-se que o LS inadequado se associou com maior frequência de consumo de alimentos pré-preparados. Esse achado pode indicar um efeito discreto do LS sobre condutas alimentares em professores. Uma hipótese para a não associação entre o LS e as condutas alimentares estudadas (frequência do consumo de frutas, verduras/legumes, consumo de salgados e doces entre as refeições e substituição de refeições por lanche) é que a escolaridade pode, de alguma forma, contribuir para a maior adoção de condutas recomendadas pela população estudada, seja pela maior eficácia das campanhas educacionais, ou pelo ambiente de convívio desses profissionais.

Essas evidências necessitam de maior aprofundamento, por meio de estudos longitudinais que possam confirmar ou refutar os presentes achados. Para isso, considera-se importante a investigação em populações com escolaridade variada e populações de alta escolaridade (professores e outros profissionais), como forma de melhor identificar o papel da escolaridade e de características que envolvem a atuação profissional. Apesar dessas limitações, destaca-se o pioneirismo da investigação envolvendo o LS em professores, podendo esse ser um constructo de menor impacto na saúde para esses indivíduos, em comparação com a população em geral.

Ao estudar a população de professores, é importante considerar, além de características sociodemográficas e do LS, as percepções sobre as demandas e o

controle do processo de trabalho desses profissionais. Para tanto, delineou-se um recorte longitudinal, para o segundo estudo que compõe a presente tese, que pudesse avaliar os efeitos do trabalho de alta exigência nas condutas relacionadas à alimentação após 24 meses de seguimento. Essa relação começou a ser explorada na literatura recentemente, tendo o presente estudo evidenciado importante associação entre o trabalho de alta exigência e menor frequência de consumo de frutas, diminuição na frequência do consumo de frutas e verduras/legumes e menor aumento da frequência de retirada da gordura visível de carne vermelha, após 24 meses de seguimento. Essas evidências fortalecem a hipótese de que as condições de trabalho podem afetar a saúde dos professores com possível papel mediador de condutas alimentares.

Em razão da greve dos professores ocorrida durante a coleta de dados no seguimento, houve um percentual considerável de perdas na amostra analisada no segundo estudo. Apesar dessa limitação, foram realizadas análises controladas por fatores de confusão, o que fortalece os resultados encontrados, embora seja importante a confirmação dessas associações em outros estudos que envolvam professores. Tal análise poderá aprofundar o indicativo de que indivíduos que realizam frequentemente condutas não recomendadas ou com pouca frequência condutas recomendadas são mais propícios à mudança após 24 meses, podendo o trabalho de alta exigência ser um dos fatores para a manutenção de condutas não saudáveis.

A promoção da saúde dos professores é um tema que precisa de maiores estudos e debates por parte da sociedade, a despeito da importância desses profissionais. O LS pode desempenhar um papel importante para a busca de informações em saúde, precisando ainda ser melhor investigado, mas podendo ser inserido em políticas de educação alimentar para os professores. Além disso, o trabalho de alta exigência apresenta um importante papel na mudança ou manutenção de condutas relacionadas à alimentação, sobretudo ao se considerar o consumo de frutas e verduras/legumes. Desse modo, é importante a discussão de políticas que visem a melhoria do processo de trabalho dos professores, bem como ações coletivas, individuais e intersetoriais, que consigam aumentar a disponibilidade de informações confiáveis sobre o tema e que estimulem o consumo de alimentos recomendados, como frutas e verduras/legumes.

Essas ações, além de promover alterações diretamente na vida dos professores, tem o potencial de servir como exemplo para os demais profissionais do cenário educacional (pedagogos, funcionários administrativos, zeladores, dentre outros) e principalmente para os estudantes, que ainda estão muitas vezes na fase de desvinculação dos hábitos familiares e consolidação de suas próprias condutas. Desse modo, intervenções que parecem pontuais para os professores, além de promover a valorização e cuidado desses profissionais, podem ter impactos ao longo dos anos de formação dos estudantes, contribuindo assim para a promoção da saúde de uma parcela muito maior da sociedade.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016/ABESO**. 4. ed. São Paulo: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 2016.
- AFSHIN, A. et al. Consumption of nuts and legumes and risk of incident ischemic heart disease, stroke, and diabetes: a systematic review and meta-analysis. **The American journal of clinical nutrition**, v. 100, p. 278–289, 2014.
- ALLAN, J. et al. Environmental interventions for altering eating behaviours of employees in the workplace: a systematic review. **Obesity Reviews**, v. 18, n. 2, p. 214–226, 2017.
- ALVES, M. G. D. M. et al. Short version of the “job stress scale”: a Portuguese-language adaptation. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 164–171, 2004.
- ALVES, M. G. DE M.; HÖKERBERG, Y. H. M.; FAERSTEIN, E. Tendências e diversidade na utilização empírica do Modelo Demanda-Controle de Karasek (estresse no trabalho): uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 125–136, 2013.
- ALVES, T.; PINTO, J. M. D. R. Remuneração e características do trabalho docente no Brasil: Um aporte. **Cadernos de Pesquisa**, v. 41, n. 143, p. 606–635, 2011.
- ARAÚJO, A. P. et al. Do mal-estar ao bem-estar docente: perspectivas para uma gestão escolar. **Revista Competência**, v. 2, n. 2, 2014.
- ARTINIAN, N. T. et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: A scientific statement from the american heart association. **Circulation**, v. 122, n. 4, p. 406–441, 2010.
- ASA, F. T.; LASEBIKAN, V. O. Mental health of teachers: teachers’ stress, anxiety and depression among secondary schools in Nigeria. **International Neuropsychiatric Disease Journal**, v. 7, n. 4, p. 1–10, 2016.
- AVERINA, M. et al. Social and lifestyle determinants of depression, anxiety, sleeping disorders and self-evaluated quality of life in Russia. A population-based study in

Arkhangelsk. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 40, n. 7, p. 511–518, 2005.

BAKER, A. H.; WARDLE, J. Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults. **Appetite**, v. 40, n. 3, p. 269–275, 2003.

BAKER, D. W. et al. The association between age and health literacy among elderly persons. **Journal of Gerontology**, v. 55B, n. 6, p. S368–S374, 2000.

BARNIDGE, E. K. et al. The effect of education plus access on perceived fruit and vegetable consumption in a rural African American community intervention. **Health Education Research**, v. 30, n. 5, p. 773–785, 2015.

BASSETT-GUNTER, R. L. et al. A comparison of theory of planned behavior beliefs and healthy eating between couples without children and first-time parents. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 47, n. 3, p. 216–224.e1, 2015.

BERGER, S. et al. Dietary cholesterol and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 102, n. 2, p. 276–294, 2015.

BERTOIA, M. L. et al. Changes in intake of fruits and vegetables and weight change in United States men and women followed for up to 24 years: analysis from three prospective cohort studies. **PLoS Medicine**, v. 12, n. 9, p. e1001956, 2015.

BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the brazilian portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, v. 12, n. 1, p. 70–75, 2011.

BEZERRA, I. N. et al. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. supl.1, p. 200s–211s, 2013.

BIELEMANN, R. M. et al. Consumption of ultra-processed foods and their impact on the diet of young adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 28, 2015.

BIROLIM, M. M. **Análise da Estrutura Dimensional do Demand Control Support Questionnaire e fatores ocupacionais associados às demandas psicológicas, ao controle e ao trabalho de alta exigência em professores do ensino básico de Londrina (PR)**. 2015. p. 198. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva. Centro de

Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

BOLHUIS, D. P.; NEWMAN, L. P.; KEAST, R. S. J. Effects of salt and fat combinations on taste preference and perception. **Chemical Senses**, v. 41, n. 3, p. 189–195, 2016.

BORRELLI, I. et al. Working conditions and mental health in teachers: A preliminary study. **Occupational Medicine**, v. 64, n. 7, p. 530–532, 2014.

BRASIL. Decreto de lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e base da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, D.F., 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833**, 1996.

BRASIL. PNUD. **Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>>. Acesso em: 22 set. 2017.

BRASIL. **VIGITEL Brasil 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Cotação do dólar em 2013**. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/pt-br/#!/home>>. Acesso em: 6 maio. 2017.

BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, v. 28, n. 2, p. 193–213, 1989.

CAHILL, L. E. et al. Fried-food consumption and risk of type 2 diabetes and coronary artery disease: A prospective study in 2 cohorts of US women and men. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 100, n. 2, p. 667–675, 2014.

CECCHINI, M. et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: Health effects and cost-effectiveness. **The Lancet**, v. 376, n. 9754, p. 1775–1784, 2010.

CHA, E. S. et al. Health literacy, self-efficacy, food label use, and diet in young adults. **American Journal of Health Behavior**, v. 38, n. 3, p. 331–339, 2014.

CHARLTON, K. et al. Fruit and vegetable intake and body mass index in a large sample of middle-aged Australian men and women. **Nutrients**, v. 6, n. 6, p. 2305–2319, 2014.

CHEN, C.-L. et al. A mechanism by which dietary trans fats cause atherosclerosis. **The Journal of Nutritional Biochemistry**, v. 22, n. 7, p. 649–655, 2011.

CHEN, G.-C. et al. Red and processed meat consumption and risk of stroke: a meta-analysis of prospective cohort studies. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 67, n. 1, p. 91–95, 2013.

CHENG, F. W. et al. Probable insomnia is associated with future total energy intake and diet quality in men. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 104, n. 2, p. 462–469, 2016.

CHIN, J. et al. The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. **Journal of Health Communication**, v. 16 Suppl 3, n. 1087–415, p. 222–241, 2011.

CHIU, S.; WILLIAMS, P. T.; KRAUSS, R. M. Effects of a very high saturated fat diet on LDL particles in adults with atherogenic dyslipidemia: A randomized controlled trial. **PLoS ONE**, v. 12, n. 2, p. 1–14, 2017.

CHOU, L.-P.; LI, C.-Y.; HU, S. C. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. **BMJ Open**, v. 4, n. 2, p. e004185, 2014.

CHOWDHURY, R. et al. Association of dietary, circulating, and supplement fatty acids with coronary risk: A systematic review and meta-analysis. **Annals of Internal Medicine**, v. 160, n. 6, p. 398–406, 2014.

CHUNG, S. J.; HOERR, S. L. Predictors of fruit and vegetable intakes in young adults by gender. **Nutrition Research**, v. 25, n. 5, p. 453–463, 2005.

COOKE, R.; PAPADAKI, A. Nutrition label use mediates the positive relationship between nutrition knowledge and attitudes towards healthy eating with dietary quality among university students in the UK. **Appetite**, v. 83, p. 297–303, 2014.

CURY, C. R. J. Vinte Anos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN). **Jornal de Políticas Educacionais**, v. 10, n. 20, 2017.

CUTIVA, L. C. C.; VOGEL, I.; BURDORF, A. Voice disorders in teachers and their associations with work-related factors: A systematic review. **Journal of Communication Disorders**, v. 46, n. 2, p. 143–155, mar. 2013.

DAWCZYNSKI, C.; LORKOWSKI, S. Trans-fatty acids and cardiovascular risk: does origin matter? **Expert Review of Cardiovascular Therapy**, v. 14, n. 9, p. 1001–1005, 2016.

DE GRAAF, C. Effects of snacks on energy intake: An evolutionary perspective. **Appetite**, v. 47, n. 1, p. 18–23, 2006.

DE LA HAYE, K. et al. Adolescents' intake of junk food: Processes and mechanisms driving consumption similarities among friends. **Journal of Research on Adolescence**, v. 23, n. 3, p. 524–536, 2013.

DE MOURA SOUZA, A. et al. Dietary Sources of Sodium Intake in Brazil in 2008–2009. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 113, n. 10, p. 1359–1365, 2013.

DE SOUZA, S. C. S. et al. Watching television for more than two hours increases the likelihood of reporting poor sleep quality among Brazilian schoolteachers. **Physiology & Behavior**, v. 179, n. 1, p. 105–109, 2017.

DELCOR, N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 187–196, 2004.

DEWALT, D. A. et al. Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. **Journal of General Internal Medicine**, v. 19, p. 1228–1239, 2004.

DICKE, T. et al. A longitudinal study of teachers' occupational well-being: Applying the job demands-resources model. **Journal of Occupational Health Psychology**, n. Advance online publication, 2017.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills.**

2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins, 1996.

DONINI, L. M. et al. Anorexia and Eating Patterns in the Elderly. **PLoS ONE**, v. 8, n. 5, p. 3–10, 2013.

DREWNOWSKI, A. Why do we like fat? **Journal of the American Dietetic Association**, v. 97, n. 7, p. S58–S62, 1997.

DYRBYE, L. N. et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. **Academic Medicine**, v. 89, n. 3, p. 443–451, 2014.

EBBELING, C. B. et al. Effects of dietary composition on energy expenditure during weight-loss maintenance. **JAMA**, v. 307, n. 24, p. 2627–34, 2012.

ECKEL, R. H. et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: A report of the American College of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. **Circulation**, v. 129, n. 25 Suppl. 1, p. 1–46, 2014.

ELDRIDGE, J. D. et al. Environmental influences on small eating behavior change to promote weight loss among black and hispanic populations. **Appetite**, v. 96, p. 129–137, 2016.

ESCOTO, K. H. et al. Work hours and perceived time barriers to healthful eating among young adults. **American Journal of Health Behavior**, v. 36, n. 6, p. 786–796, 2012.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. **Isto é trabalho de gente**, p. 178–186, 1994.

FALBE, J. et al. Longitudinal relations of television, electronic games, and digital versatile discs with changes in diet in adolescents. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 100, n. 4, p. 1173–1181, 2014.

FEUERHAHN, N.; BELLINGRATH, S.; KUDIELKA, B. M. The interplay of matching and non-matching job demands and resources on emotional exhaustion among teachers. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, v. 5, n. 2, p. 171–192,

2013.

FILLIS, M. M. A. et al. Frequency of self-reported vocal problems and associated occupational factors in primary schoolteachers in Londrina, Parana State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. e00026015, 2016.

FLAD, R. et al. Archaeological and chemical evidence for early salt production in China. **PNAS**, v. 103, n. 35, p. 12618–12622, 2005.

GARBARINO, S.; MAGNAVITA, N. Work stress and metabolic syndrome in police officers: A prospective study. **PLoS ONE**, v. 10, n. 12, p. e0144318, 2015.

GEBOERS, B. et al. The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators. **Journal of Health Communication**, v. 19 Suppl 2, p. 61–76, 2014.

GEBOERS, B. et al. Health literacy is associated with health behaviors and social factors among older adults: Results from the lifelines cohort study. **Journal of Health Communication**, v. 21, n. Suppl 2, p. 45–53, 2016.

GENKINGER, J. M. et al. Fruit, vegetable, and antioxidant intake and all-cause, cancer, and cardiovascular disease mortality in a community-dwelling population in Washington County, Maryland. **American Journal of Epidemiology**, v. 160, n. 12, p. 1223–1233, 2004.

GILBERT-OUIMET, M. et al. Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure: Systematic review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models. **Scandinavian Journal of Work, Environment and Health**, v. 40, n. 2, p. 109–132, 2014.

GLUSCHKOFF, K. et al. Work stress, poor recovery and burnout in teachers. **Occupational Medicine**, v. 66, n. 7, p. 564–570, 2016.

GORE, S. A. et al. Television viewing and snacking. **Eating Behaviors**, v. 4, n. 4, p. 399–405, 2003.

GOSTON, J. L. et al. Health Behaviors and Occupational Stress of Brazilian Civil Servants Living in an Urban Center. **American Journal of Industrial Medicine**, v.

56, n. 1, p. 49–57, 2013.

GRAHAM, D. J.; LASKA, M. N. Nutrition label use partially mediates the relationship between attitude toward healthy eating and overall dietary quality among college students. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 112, n. 3, p. 414–418, 2012.

GRALLE, A. P. B. P. et al. Job strain and binge eating among Brazilian workers participating in the ELSA-Brasil study: Does BMI matter? **Journal of Occupational Health**, v. 59, n. 3, p. 247–255, 2017.

GRIEP, R. H. et al. The psychometric properties of demand-control and effort-reward imbalance scales among Brazilian nurses. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v. 82, n. 10, p. 1163–1172, 2009.

GROSS, S. M.; POLLOCK, E. D.; BRAUN, B. Family influence: Key to fruit and vegetable consumption among fourth- and fifth-grade students. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 42, n. 4, p. 235–241, 2010.

GUERREIRO, N. P. et al. Perfil sociodemográfico, condições e cargas de trabalho de professores da rede estadual de ensino de um município da região sul do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. supl 1, p. 197–217, 2016.

GUNTZVILLER, L. M. et al. Self-efficacy, health literacy, and nutrition and exercise behaviors in a low-income, hispanic population. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 19, n. 2, p. 489–493, 15 abr. 2017.

GUTHRIE, J. F. et al. Who uses nutrition labeling, and what effects does label use have on diet quality? **Journal of Nutrition Education**, v. 27, n. 4, p. 163–172, 1995.

HAIBACH, J. P. et al. Fruit and vegetable intake as a moderator of the association between depressive symptoms and cigarette smoking. **Substance Abuse**, v. 37, n. 4, p. 571–578, 2016.

HALL, J. E. **Guyton E Hall Tratado De Fisiologia Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2017.

HARARI, Y. N. **Sapiens: uma breve história da humanidade**. Porto Alegre: L&PM,

2015.

HAYNES-MASLOW, L. et al. Low-income individuals' perceptions about fruit and vegetable access programs: A qualitative study. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 47, n. 4, p. 317–324, 2015.

HAZAVEHEI, S. M. M. et al. The effective factors for fruit and vegetable consumption among adults: A need assessment study based on trans-theoretical model. **Global Journal of Health Science**, v. 8, n. 10, p. 203, 2016.

HE, F. J.; NOWSON, C. A.; MACGREGOR, G. A. Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies. **Lancet (London, England)**, v. 367, n. 9507, p. 320–6, 2006.

HESS, J. M.; JONNALAGADDA, S. S.; SLAVIN, J. L. What is a snack, why do we snack, and how can we choose better snacks? A review of the definitions of snacking, motivations to snack, contributions to dietary intake, and recommendations for improvement. **Advances in Nutrition: An International Review Journal**, v. 7, n. 3, p. 466–475, 2016.

HIGGS, S. Social norms and their influence on eating behaviours. **Appetite**, v. 86, p. 38–44, 2015.

HÖKERBERG, Y. H. M. et al. Dimensional structure of the demand control support questionnaire: A Brazilian context. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v. 83, n. 4, p. 407–416, 2010.

HORWATH, C. C. et al. Does the transtheoretical model of behavior change provide a useful basis for interventions to promote fruit and vegetable consumption? **American Journal of Health Promotion**, v. 27, n. 6, p. 351–357, 2013.

HUANG, C. et al. Sugar sweetened beverages consumption and risk of coronary heart disease: A meta-analysis of prospective studies. **Atherosclerosis**, v. 234, n. 1, p. 11–16, 2014.

IBGE. **IBGE | Cidades | Infográficos | Paraná | Londrina | População**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/londrina/panorama>>. Acesso em: 21 set.

2017.

IMAMURA, F. et al. Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. **BMJ**, p. h3576, 2015.

IVO, A. A.; HYPOLITO, Á. M. Políticas Gerenciais em Educação: efeitos sobre o trabalho docente. **Currículo Sem Fronteiras, Brasil**, v. 15, n. 2, p. 365–379, 2015.

JAENKE, R. et al. Consumer acceptance of reformulated food products: A systematic review and meta-analysis of salt-reduced foods. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 57, n. 16, p. 3357–3372, 2017.

JÄRVELÄ-REIJONEN, E. et al. High perceived stress is associated with unfavorable eating behavior in overweight and obese Finns of working age. **Appetite**, v. 103, p. 249–258, 2016.

JAYALATH, V. H. et al. Sugar-sweetened beverage consumption and incident hypertension: a systematic review and meta-analysis of prospective cohorts. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 102, p. 914–21, 2015.

JORDAN LIN, C. T.; LEE, J. Y.; YEN, S. T. Do dietary intakes affect search for nutrient information on food labels? **Social Science and Medicine**, v. 59, n. 9, p. 1955–1967, 2004.

KAPHINGST, K. A. et al. Effect of cognitive dysfunction on the relationship between age and health literacy. **Patient Education and Counseling**, v. 95, n. 2, p. 218–225, 2014.

KARASEK, R. A. Job Demands , Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 2, p. 285–308, 1979.

KARASEK, R.; THEORELL, T. **Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life**. New York: Basic books, 1990.

KATAGIRI, R. et al. Low intake of vegetables, high intake of confectionary, and

unhealthy eating habits are associated with poor sleep quality among middle-aged female Japanese workers. **Journal of Occupational Health**, v. 56, n. 5, p. 359–368, 2014.

KIDGER, J. et al. Teachers' wellbeing and depressive symptoms, and associated risk factors: A large cross sectional study in English secondary schools. **Journal of Affective Disorders**, v. 192, p. 76–82, 2016.

KIRKPATRICK, S. I. et al. Dietary assessment in food environment research: A systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 46, n. 1, p. 94–102, 2014.

KIVIMÄKI, M. et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data. **The Lancet**, v. 380, n. 9852, p. 1491–1497, 2012.

KIVIMÄKI, M. et al. Job strain and risk of obesity: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. **International Journal of Obesity**, v. 39, n. 11, p. 1597–1600, 2015.

KOBAYASHI, L. C. et al. The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy: a cross-sectional analysis of older adults in Chicago, USA. **BMJ open**, v. 5, n. 4, p. e007222, 2015.

KOGA, G. K. C. et al. Fatores associados a piores níveis na escala de Burnout em professores da educação básica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 268–275, 2015.

KOTHE, E. J.; MULLAN, B. A. A randomised controlled trial of a theory of planned behaviour to increase fruit and vegetable consumption. Fresh Facts. **Appetite**, v. 78, p. 68–75, 2014.

KOURMOUSI, N.; ALEXOPOULOS, E. C. Stress sources and manifestations in a nationwide sample of pre-primary, primary, and secondary educators in Greece. **Frontiers in Public Health**, v. 4, n. 73, p. 1–9, 2016.

KOUVONEN, A. et al. Relationship between work stress and body mass index

among 45,810 female and male employees. **Psychosomatic Medicine**, v. 67, n. 4, p. 577–583, 2005.

KRAUSE, C. et al. Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. **Health Promotion International**, v. daw084, p. 1–12, 2016.

KRISTANTO, T.; CHEN, W. S.; THOO, Y. Y. Academic burnout and eating disorder among students in Monash University Malaysia. **Eating behaviors**, v. 22, p. 96–100, 2016.

KWEON, S. et al. Data resource profile: The Korea national health and nutrition examination survey (KNHANES). **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 1, p. 69–77, 2014.

LALLUKKA, T. et al. Associations of job strain and working overtime with adverse health behaviors and obesity: Evidence from the whitehall II study, Helsinki health study, and the japanese civil servants study. **Social Science and Medicine**, v. 66, n. 8, p. 1681–1698, 2008.

LANDSBERGIS, P. A. et al. Job strain, occupational category, systolic blood pressure, and hypertension prevalence: The multi-ethnic study of atherosclerosis. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 57, n. 11, p. 1178–1184, 2015.

LIM, S. et al. Health literacy and fruit and vegetable intake in rural Australia. **Public Health Nutrition**, n. 12, p. 1–5, 2017.

LINS, A. P. M. et al. Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 357–366, 2013.

LUCHMAN, J. N.; GONZÁLEZ-MORALES, M. G. Demands, control, and support: A meta-analytic review of work characteristics interrelationships. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 18, n. 1, p. 37–52, 2013.

MAIA, E. G. et al. Hábito de assistir à televisão e sua relação com a alimentação: resultados do período de 2006 a 2014 em capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde**

Pública, v. 32, n. 9, p. 1–14, 2016.

MALHOTRA, A. Saturated fat is not the major issue. **BMJ**, v. 347, p. f6340, 2013.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. DA. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151–164, 2013.

MARCÍLIO, M. L. **História da escola em São Paulo e no Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo / Instituto Fernand Braudel, 2005.

MASIC, U.; CHRISTIANSEN, P.; BOYLAND, E. J. The influence of calorie and physical activity labelling on snack and beverage choices. **Appetite**, v. 112, p. 52–58, 2017.

MAZZOLA, J. J.; MOORE, J. T.; ALEXANDER, K. Is work keeping us from acting healthy? How workplace barriers and facilitators impact nutrition and exercise behaviors. **Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress**, v. smi.2731, p. 1–11, 2016.

MCEWEN, B. et al. Effect of omega-3 fish oil on cardiovascular risk in diabetes. **The Diabetes educator**, v. 36, n. 4, p. 565–584, 2010.

MELANDA, F. N. et al. Poor relationships and physical violence at school are associated with more forms of psychological violence among brazilian teachers. **Journal of Interpersonal Violence**, p. 88626051769685, 2017.

MERCHANT, A. T. et al. Interrelation of saturated fat, trans fat, alcohol intake, and subclinical atherosclerosis. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 87, n. 1, p. 168–174, 2008.

MICHA, R. et al. Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States. **JAMA**, v. 317, n. 9, p. 912, 2017.

MICHA, R.; WALLACE, S. K.; MOZAFFARIAN, D. Red and processed meat consumption and risk of incident coronary heart disease, stroke, and diabetes

mellitus: A systematic review and meta-analysis. **Circulation**, v. 121, n. 21, p. 2271–2283, 2010.

MLODINOW, L. **De primatas a astronautas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

MOUBARAC, J.-C. et al. Consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health. Evidence from Canada. **Public Health Nutrition**, v. 16, n. 12, p. 2240–2248, 2013.

MOURA, R. M. DE. **Uma leitura histórico-contextual da escola de tempo integral**. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, 2014.

MOZAFFARIAN, D.; LUDWIG, D. The 2015 us dietary guidelines: Lifting the ban on total dietary fat. **JAMA**, v. 313, n. 24, p. 2421–2422, 2015.

MOZAFFARIAN, D.; WALLACE, S. K. Trans-fatty acids and nonlipid risk factors. **Current Atherosclerosis Reports**, v. 11, n. 6, p. 423–433, 2009.

MUNIER, C.; FARRELL, R. Working conditions and workplace barriers to vocal health in primary school teachers. **Journal of Voice**, v. 30, n. 1, p. 127.e31-127.e41, 2016.

MUNIZ, L. C. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 534–542, 2012.

MURAKI, I. et al. Fruit consumption and risk of type 2 diabetes: Results from three prospective longitudinal cohort studies. **BMJ**, v. 347, n. 28 1, p. f5001, 2013.

MUSUNURU, K. Atherogenic dyslipidemia: Cardiovascular risk and dietary intervention. **Lipids**, v. 45, n. 10, p. 907–914, 2010.

NAGHAVI, M. et al. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, v. 385, n. 9963, p. 117–171, 2015.

NASCIMENTO, I. P. Representações Sociais de professores sobre o trabalho que

fazem na escola. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación**, n. 6, p. 106–110, 2015.

NASCIMENTO, R. K. DO et al. Satisfação no trabalho dos professores de educação física da rede municipal de ensino de São José-SC. **Journal of Physical Education**, v. 27, n. 1, p. 2740, 2016.

NASKA, A.; LAGIOU, A.; LAGIOU, P. Dietary assessment methods in epidemiological research: current state of the art and future prospects. **F1000Research**, v. 6, p. 926, 16 jun. 2017.

NELSON, D. L.; COX, M. M. **Princípios de bioquímica de Lehninger**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.

NICKLETT, E. J.; KADELL, A. R. Fruit and vegetable intake among older adults: A scoping review. **Maturitas**, v. 75, n. 4, p. 305–312, 2013.

NISHITANI, N.; SAKAKIBARA, H.; AKIYAMA, I. Eating behavior related to obesity and job stress in male Japanese workers. **Nutrition**, v. 25, n. 1, p. 45–50, 2009.

NÓVOA, A. Educação 2021: Para uma história do futuro. **Revista Educação, Sociedade & Culturas**, v. 41, p. 171–185, 2014.

NUTBEAM, D. The evolving concept of health literacy. **Social Science and Medicine**, v. 67, n. 12, p. 2072–2078, 2008.

NYBERG, S. T. et al. Job strain as a risk factor for type 2 diabetes: A pooled analysis of 124,808 men and women. **Diabetes Care**, v. 37, n. 8, p. 2268–2275, 2014.

OLIVEIRA, D. A. Regulação das políticas educacionais na América Latina e suas conseqüências para os trabalhadores docentes. **Educação & Sociedade**, v. 26, n. 92, p. 753–775, 2005.

OLIVEIRA, D. A.; VIEIRA, L. F.; AUGUSTO, M. H. Políticas de responsabilização e gestão escolar na educação básica brasileira. **Linhas Críticas**, v. 20, n. 43, 2014.

OLIVEIRA, M. DA S. et al. Consumo de frutas e hortaliças e as condições de saúde de homens e mulheres atendidos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 20, n. 8, p. 2313–2322, 2015.

PAN, A. et al. Changes in Red Meat Consumption and Subsequent Risk of Type 2 Diabetes Mellitus. **JAMA Internal Medicine**, v. 173, n. 14, p. 1328, 2013.

PARANÁ. **Consulta escolas: Londrina.** Disponível em: <<http://www4.pr.gov.br/escolas/listaescolas.jsp>>. Acesso em: 7 jul. 2017.

PARANÁ. **Consulta Escolas: Londrina.** Disponível em: <<http://www4.pr.gov.br/escolas/listaescolas.jsp>>. Acesso em: 6 abr. 2013.

PASE, M. P. et al. Sugar- and artificially sweetened beverages and the risks of incident stroke and dementia: A prospective cohort study. **Stroke**, v. 48, n. 5, p. 1139–1146, 2017.

PASTOR-VALERO, M. et al. Education and WHO recommendations for fruit and vegetable intake are associated with better cognitive function in a disadvantaged Brazilian elderly population: A population-based cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 9, n. 4, 2014.

PELLETIER, J.; GRAHAM, D.; LASKA, M. Social norms and dietary behaviors among young adults. **Journal of Health Behavior**, v. 38, p. 144–52, 2014.

PORTO, L. A. et al. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores TT: Association between mental disorders and work-related psychosocial factors in teachers. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 818–826, 2006.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, v. 47, n. 9, p. 1102–1114, 1992.

RANBY, K. W. et al. The PHLAME (Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects) firefighter study: testing mediating mechanisms. **Journal of Occupational Health Psychology**, v. 16, n. 4, p. 501–13, 2011.

RAUTIAINEN, S. et al. Higher intake of fruit, but not vegetables or fiber, at baseline is associated with lower risk of becoming overweight or obese in middle-aged and older

women of normal bmi at baseline. **The Journal of Nutrition**, v. 145, n. 5, p. 960–8, 2015.

REISI, M. et al. The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 3, p. 119, 2014.

RIBEIRO, P. R. M. História da educação escolar no Brasil: notas para uma reflexão. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 4, p. 15–30, 1993.

ROBINSON, E. et al. What everyone else is eating: A systematic review and meta-analysis of the effect of informational eating norms on eating behavior. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 114, n. 3, p. 414–429, 2014.

RODRIGO, C. P. et al. Métodos de frecuencia de consumo alimentario. **Nutricion Hospitalaria**, v. 31, p. 49–56, 2015.

RODRIGUES, R. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Newest Vital Sign (NVS) health literacy instrument in general population and highly educated samples of Brazilian adults. **Public Health Nutrition**, v. 20, n. 11, p. 1907–1913, 2017.

ROJAS-FLORES, L. et al. Exposure to violence, posttraumatic stress, and burnout among teachers in El Salvador: Testing a mediational model. **International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation**, v. 4, n. 2, p. 98–110, 2015.

ROOHAFZA, H. et al. The association between stress levels and food consumption among Iranian population. **Archives of Iranian Medicine**, v. 16, n. 3, p. 145–148, 2013.

ROTHMAN, R. L. et al. Patient understanding of food labels. The role of literacy and numeracy. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 31, n. 5, p. 391–398, 2006.

RUNNING, C. A.; CRAIG, B. A.; MATTES, R. D. Oleogustus: The unique taste of fat. **Chemical Senses**, v. 40, n. 7, p. 507–516, 2015.

SALTINI, M. R.; VIDAL, A. G.; SOBRINHO, A. S. O. Políticas públicas de educação e precarização do trabalho em São Paulo: o abandono da profissão docente na rede pública estadual. **Trabalho & Educação**, v. 23, n. 1, p. 99–117, 2014.

SANTAVIRTA, N. Construct validity and reliability of the finnish version of the demand-control questionnaire in two samples of 1028 teachers and 630 nurses. **Educational Psychology**, v. 23, n. 4, p. 423–436, 2003.

SANTAVIRTA, N.; SOLOVIEVA, S.; THEORELL, T. ÖRES. The association between job strain and emotional exhaustion in a cohort of 1,028 Finnish teachers. **British Journal of Educational Psychology**, v. 77, n. 1, p. 213–228, 2007.

SANTOS, K. O. B. et al. The job content questionnaire in various occupational contexts: applying a latent class model. **BMJ Open**, v. 7, n. 5, p. e013596, 17 maio 2017.

SANTOS, R. D. et al. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. Suplemento 3, p. 1–40, 2013.

SARNO, F. et al. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 219–225, 2009.

SCHWARZER, R.; HALLUM, S. Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation analyses. **Applied Psychology**, v. 57, n. Suppl. 1, p. 152–171, 2008.

SHIM, J.-S.; OH, K.; KIM, H. C. Dietary assessment methods in epidemiologic studies. **Epidemiology and Health**, v. 36, 2014.

SLAVIN, J.; LLOYD, B. Health benefits of fruits and vegetables. **Advances in Nutrition**, v. 3, n. 4, p. 506–516, 2012.

SMITH, S. K.; NUTBEAM, D.; MCCAFFERY, K. J. Insights into the concept and measurement of health literacy from a study of shared decision-making in a low literacy population. **Journal of health psychology**, v. 18, n. 8, p. 1011–22, 2013.

SØRENSEN, K. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 1, 2012.

SOUZA, A. DE M. et al. Impacto da redução do teor de sódio em alimentos processados no consumo de sódio no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 1–7, 2016.

SPEIRS, K. E. et al. Health Literacy and nutrition behaviors among Low-income adults. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 23, n. 301, p. 1082–1091, 2012.

STRACHAN, S. M.; BRAWLEY, L. R. Healthy-eater identity and self-efficacy predict healthy eating behavior: A prospective view. **Journal of Health Psychology**, v. 14, n. 5, p. 684–695, 2009.

STUMBO, P. J. New technology in dietary assessment: a review of digital methods in improving food record accuracy. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 72, n. 1, p. 70–76, 2013.

TRUDE, A. C. B. et al. Household, psychosocial, and individual-level factors associated with fruit, vegetable, and fiber intake among low-income urban African American youth. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 872, 2016.

TRUMAN, E.; LANE, D.; ELLIOTT, C. Defining food literacy: A scoping review. **Appetite**, v. 116, p. 365–371, 2017.

TRYON, M. S.; DECANT, R.; LAUGERO, K. D. Having your cake and eating it too: A habit of comfort food may link chronic social stress exposure and acute stress-induced cortisol hyporesponsiveness. **Physiology and Behavior**, v. 114–115, p. 32–37, 2013.

UMBERSON, D.; CROSNOE, R.; RECZEK, C. Social relationships and health behavior across the life course. **Annual Review of Sociology**, v. 36, n. 1, p. 139–157, 2010.

VARIYAM, J. N. Do nutrition labels improve dietary outcomes? **Health Economics**, v. 17, n. 6, p. 695–708, 2008.

VELARDO, S. The nuances of health literacy, nutrition literacy, and food literacy. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 47, n. 4, p. 385–389, 2015.

VESNAVER, E. et al. Alone at the Table: Food Behavior and the Loss of Commensality in Widowhood. **Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 71, n. 6, p. 1059–1069, 2016.

VIDGEN, H. A.; GALLEGOS, D. Defining food literacy and its components. **Appetite**, v. 76, p. 50–59, 2014.

VILELA, E. C. S. et al. Fatores de risco para estresse e transtornos mentais em farmacêuticos e auxiliares de farmácia. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 20, n. 2, p. 77, 18 dez. 2015.

VILLELA, P. B.; KLEIN, C. H.; OLIVEIRA, G. M. M. DE. Trends in mortality from cerebrovascular and hypertensive diseases in Brazil between 1980 and 2012. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 1, p. 26–32, 2016.

VON WAGNER, C. et al. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 61, n. 12, p. 1086–90, 2007.

WATKINS, B. A.; KIM, J. The endocannabinoid system: Directing eating behavior and macronutrient metabolism. **Frontiers in Psychology**, v. 6, p. 1–10, 2015.

WEISS, B. D. et al. Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. **Annals of Family Medicine**, v. 3, p. 514–522, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. **World Health Organization technical report series.**, v. 916, p. 193, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline: Sodium intake for adults and children. In: **Guideline: sodium intake for adults and children**. 1. ed. Geneva: [s.n.], v. 1p. 48.

WU, L.; SUN, D.; HE, Y. Fruit and vegetables consumption and incident hypertension: dose–response meta-analysis of prospective cohort studies. **Journal of Human Hypertension**, v. 30, n. 10, p. 573–580, 2016.

YE, E. et al. Greater whole-grain intake is associated with lower risk of type 2

diabetes, cardiovascular disease, and weight gain. **The Journal of Nutrition**, v. 142, n. 7, p. 1304–13, 2012.

ZARAGOZA, J. M. E. O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores. **Tradução: Durley de Carvalho Cavicchia. 3ª ed., Bauru: Edusc, 1999.**

ZELLNER, D. A. et al. Food selection changes under stress. **Physiology and Behavior**, v. 87, n. 4, p. 789–793, 2006.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO *BASELINE*



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

DIGITADO 1ª () 2ª ()

INFORMAÇÕES DA COLETA

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

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO

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

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

ANOTAÇÕES DA ENTREVISTA

--

BLOCO 1- VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO I

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

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

6.4 Há quanto tempo você trabalha nesta escola ? _____ anos _____ meses	TEMP2 (meses)		
6.5 Qual o seu tipo de contrato ? 1 <input type="checkbox"/> Estatutário / Concursado (QPM) 2 <input type="checkbox"/> Contrato por tempo determinado (PSS)	3 <input type="checkbox"/> Consolidação das leis do trabalho (CLT) 4 <input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____	TCON2	
6.6 Qual sua carga horária semanal nesta outra escola? _____ horas por semana	CHS2		
6.7 Você tirou algum tipo de licença (maternidade, paternidade, licença prêmio) nos últimos 12 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para a 7	LIC2
6.8 Quanto tempo durou essa licença? Especifique: _____ dias.	TLIC2		
7. Local de trabalho III: (Anotar o nome da OUTRA ESCOLA OU DE QUALQUER OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA OU TRABALHO NO QUAL ATUE) ESCOLA OU OUTRA ATIVIDADE: _____			
7.1 Descrição da outra atividade/trabalho R: _____	TIPT3		
7.2 Qual sua carga horária semanal nessa escola / atividade? horas por semana: _____	CHS3		
7.3 Você tirou algum tipo de licença (maternidade, paternidade, licença prêmio) nos últimos 12 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para a 8	LIC3
7.4 Quanto tempo durou essa licença? Especifique: _____ dias.	TLIC3		
8. CARGA HORÁRIA TOTAL com alunos			
8.1 Em uma semana habitual quantas horas por semana você tem atividades com alunos? _____ horas por semana	HAL		

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BLOCO 2- VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS

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

BLOCO 3- VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA

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

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

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

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

E DURANTE SEU HORÁRIO DE TRABALHO, me diga:

8. Quanto tempo por dia você fica sentado(a)?	_____ horas _____ min	ATS8 (min.)
9. Quanto tempo por dia você fica em pé?	_____ horas _____ min	ATP9 (min.)

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

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

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação.

13. Assinale o número correspondente à resposta. (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)							
Me diga, com que frequência você:	Nunca	De 1 a 3 x por mês	De 1 a 2 x por semana	De 3 a 6 vezes por semana	Diariamente		
13.1 Come fora de casa?	1	2	3	4	5	AL1	
13.2 Substitui ao menos uma das refeições por lanches (sanduíches, salgados, etc.)?	1	2	3	4	5	AL2	
13.3 Consome alimentos pré-preparados (congelados, pré-cozidos, etc.)?	1	2	3	4	5	AL3	
13.4 Consome bebidas industrializadas ou refrigerantes?	1	2	3	4	5	AL4	
13.5 Consome frutas?	1	2	3	4	5	AL5	
13.6 Consome verduras e/ou legumes?	1	2	3	4	5	AL6	
14. Assinale o número correspondente à resposta. (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)							
Gostaríamos de saber também com que frequência você:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequente mente	Sempre	Não se aplica	
14.1 Retira a gordura visível quando come carne vermelha?	1	2	3	4	5	6	AL7
14.2 Retira a pele da carne de frango?	1	2	3	4	5	6	AL8

Com que frequência você:	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não se aplica	
14.3 Elege alimentos light e/ou desnatados para consumir?	1	2	3	4	5	6	AL9
14.4 Utiliza adoçante no lugar de açúcar?	1	2	3	4	5	6	AL10
14.5 Come salgadinhos ou doces entre as refeições principais?	1	2	3	4	5	6	AL11
14.6 Come assistindo televisão ou em frente ao computador?	1	2	3	4	5	6	AL12

Em um dia de semana normal, quanto tempo você:

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

BLOCO 4 – CONHECIMENTOS EM SAÚDE

Agora vamos conversar sobre informações nutricionais e conhecimentos em saúde.

1. Nos últimos 12 meses você observou tabelas de informações nutricionais na hora de comprar ou consumir alimentos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , por que? _____ _____ _____ Pule para questão 7	VN1			
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	
2. Se SIM : Com qual frequência? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1	2	3	4	5	VN2
3. Com qual frequência, nos últimos 12 meses, você evitou consumir algum alimento devido às informações nutricionais? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1	2	3	4	5	VN3
4. Você realiza essa consulta nos seguintes alimentos? (Admite múltiplas respostas) LER AS ALTERNATIVAS						VN4 (Assinalar abaixo)
1 <input type="checkbox"/> Laticínios	4 <input type="checkbox"/> Comidas instantâneas	1	4			
2 <input type="checkbox"/> Embutidos	5 <input type="checkbox"/> Refrigerantes / Bebidas industrializadas	2	5			
3 <input type="checkbox"/> Comidas congeladas	6 <input type="checkbox"/> Outro? Especificar: _____	3	6			
Ler as seguintes perguntas e aguardar a resposta do entrevistado (NÃO LER AS ALTERNATIVAS)						
5. Quais itens/ingredientes você costuma observar nessas tabelas? (Admite múltiplas respostas) NÃO LER AS ALTERNATIVAS						VN5 (Assinalar abaixo)
1 <input type="checkbox"/> Todos os elementos	10 <input type="checkbox"/> Sódio	1	10			
2 <input type="checkbox"/> Cálcio	11 <input type="checkbox"/> Gorduras totais	2	11			
3 <input type="checkbox"/> Calorias (Valor energético)	12 <input type="checkbox"/> Gorduras insaturadas	3	12			
4 <input type="checkbox"/> Carboidratos	13 <input type="checkbox"/> Gorduras saturadas	4	13			
5 <input type="checkbox"/> Colesterol	14 <input type="checkbox"/> Gorduras trans	5	14			
6 <input type="checkbox"/> Ferro	15 <input type="checkbox"/> Lactose	6	15			
7 <input type="checkbox"/> Fibra alimentar	16 <input type="checkbox"/> Minerais	7	16			
8 <input type="checkbox"/> Glúten	17 <input type="checkbox"/> Proteínas	8	17			
9 <input type="checkbox"/> Vitaminas	18 <input type="checkbox"/> Outro. Especificar: _____	9	18			

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

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

BLOCO 5- VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

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

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?	Hora usual de deitar: _____	PS1 (HH:mm)
2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?	Número de minutos: _____	PS2 (min.)
3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?	Hora usual de levantar: _____	PS3 (HH:mm)
4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (<i>Anotar o total de horas e minutos se houver</i>)	Horas de sono por noite: _____	PS4 (HH:mm)
5. Com que frequência você costuma dormir ou cochilar durante o dia após o almoço? (Le as alternativas para o entrevistado)	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana 3 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana 4 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana	Se NUNCA, pular para questão 7
6. Quanto tempo dura o seu sono ou cochilo após o almoço?	_____ minutos	PS6 (min.)

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

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

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

16. Entre essas dores referidas, qual delas o(a) incomodou mais nos últimos 6 meses? (Anotar o número)	Número _____	DORPIOR
17. Há quanto tempo sente essa dor que mais incomoda? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> 6 meses a 2 anos 2 <input type="checkbox"/> Mais de 2 anos até 5 anos 3 <input type="checkbox"/> Mais de 5 anos até 10 anos 4 <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos	DORPIOR1
18. Pensando na última vez em que sentiu essa dor (ou a dor que mais incomoda, caso haja mais de uma), diga-me um número de 1 a 10 para a intensidade dessa dor, sendo 1 para "quase sem dor" e 10 para "a pior dor que se pode imaginar"	Número _____	DOR3
19. Quando foi a última vez que sentiu essa dor (ou a dor que mais incomoda, caso haja mais de uma)? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Hoje 2 <input type="checkbox"/> Hoje não, mas esta semana 3 <input type="checkbox"/> Não esta semana, mas a menos de um mês 4 <input type="checkbox"/> De 1 a menos de 3 meses 5 <input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses 6 <input type="checkbox"/> Há mais de 6 meses 7 <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR4
20. Com que frequência sente essa dor (ou a dor que mais incomoda, caso haja mais de uma)? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Todas as horas do dia 2 <input type="checkbox"/> Todos os dias, em algum momento 3 <input type="checkbox"/> Duas ou mais vezes na semana 4 <input type="checkbox"/> Uma vez na semana 5 <input type="checkbox"/> De uma a três vezes ao mês 6 <input type="checkbox"/> Menos de uma vez ao mês 7 <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR5
21. Com que intensidade essa dor interfere em seu trabalho? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Completamente 2 <input type="checkbox"/> Muito 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Pouco 5 <input type="checkbox"/> Nada 6 <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR6
22. E no lazer? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Completamente 2 <input type="checkbox"/> Muito 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Pouco 5 <input type="checkbox"/> Nada 6 <input type="checkbox"/> Não respondeu	DOR61
23. Nos últimos 12 meses você procurou um médico para o tratamento dessa dor?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembra	Se NÃO, pule para 28
24. Foi prescrito algum medicamento ou outro tipo de tratamento?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembra	Se NÃO, pule para 28
25. Se sim, Qual? <i>(anotar o nome comercial do medicamento ou o tipo de tratamento)</i> . (Admite mais de uma resposta) .	1 <input type="checkbox"/> Medicamento _____	DOR721
	2 <input type="checkbox"/> Outro tratamento _____	DOR722
	3 <input type="checkbox"/> Não lembra	DOR723
26. Alguma(s) dessas condutas ajudou (aram) a aliviar sua dor? Se sim, qual(is) delas ?	1 <input type="checkbox"/> Medicamento 2 <input type="checkbox"/> Tratamento não medicamentoso 3 <input type="checkbox"/> Ambos 4 <input type="checkbox"/> Nenhum	DOR724
27. Quanto você considera que ajudou (aram) a aliviar a dor? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Completamente 2 <input type="checkbox"/> Muito 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Pouco 5 <input type="checkbox"/> Nada	DOR725
28. Você toma algum medicamento ou faz alguma outra coisa para controlar a sua dor que não tenha sido indicado por um médico?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembra	Se NÃO, pule para 32
29. Se sim, o que? (anotar o nome comercial do medicamento ou o tipo de tratamento)	1 <input type="checkbox"/> Medicamento sem prescrição: _____	DOR811
	2 <input type="checkbox"/> Outro tratamento sem prescrição: _____	DOR812
	3 <input type="checkbox"/> Não lembra	DOR813
30. Alguma(s) dessas condutas ajudou(aram) a aliviar sua dor? Se sim, qual(is) dela(s)? (Admite mais de uma resposta) .	1 <input type="checkbox"/> Medicamento 2 <input type="checkbox"/> Tratamento não medicamentoso 3 <input type="checkbox"/> Ambos 4 <input type="checkbox"/> Nenhum	
31. Quanto você considera que esse(s) tratamento(s) aliviou(aram) a sua dor? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Completamente 2 <input type="checkbox"/> Muito 3 <input type="checkbox"/> Moderadamente 4 <input type="checkbox"/> Pouco 5 <input type="checkbox"/> Nada	DOR82
32. Você utilizou medicamentos para dor ou desconforto nos últimos 15 dias? <i>(analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares, antigripais, etc., mesmo que não tenha sido prescrito)</i>	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembra	DOR9

Sobre sua voz, me diga

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

BLOCO 6- VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO II

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

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

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

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

BLOCO 7 – VARIÁVEIS RELACIONADAS À VIOLÊNCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

MUITO OBRIGADO(A) PELA PARTICIPAÇÃO!



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

DIGITADO 1ª () 2ª ()

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

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

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

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

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

ESCALA 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.5 Qual o número de pessoas que moram com você? (EXCETO VOCÊ)	FAMIL R: _____
5.6 Qual a renda mensal familiar aproximada (<i>Soma dos salários e de outros tipos de renda recebidos pelas pessoas que convivem na sua residência</i>)?	REND
5.7 Você mora:	MORA

1 De R\$ 600,00 até R\$1.500,00

2 De R\$ 1.501,00 até R\$ 2.000,00

3 De R\$ 2.001,00 até R\$ 3.000,00

4 De R\$ 3.001,00 até R\$ 4.000,00

5 De R\$ 5.001,00 até R\$ 7.000,00

6 Acima de R\$ 7.000,00

1 Casa/Apartamento próprio quitado

2 Casa/Apartamento próprio financiado

3 Casa/Apartamento alugado

4 Outra. Especificar: _____

MUITO OBRIGADO(A) PELA PARTICIPAÇÃO!

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO SEGUIMENTO



SEGUNDA FASE: SAÚDE, ESTILO DE VIDA E TRABALHO DE PROFESSORES DA REDE PÚBLICA DO PARANÁ

DIGITADO 1ª () 2ª ()

INFORMAÇÕES DA COLETA

WID				Entrevistador:	WENTREV
-----	--	--	--	----------------	---------

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

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO

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

NOME: _____

ANOTAÇÕES DA ENTREVISTA

BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO SOCIAL E DEMOGRÁFICA

1 Qual é a sua situação conjugal?	1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Casado	4 <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado 5 <input type="checkbox"/> Viúvo	WCONJ
2 Qual o seu grau de instrução?	1 <input type="checkbox"/> Bacharel e Licenciatura 2 <input type="checkbox"/> Pós-Graduação (Especialização e PDE) 3 <input type="checkbox"/> Pós-Graduação (Mestrado)	4 <input type="checkbox"/> Pós-Graduação (Doutorado) 5 <input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____	WGRAINST
3 Mora com crianças?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pular para 4 se mulher, bloco 2 se homem	WCC
3.1 Se sim, que quantidade?	Quantidade total: _____.		WCCN
			WCCN1
			WCCN2
			WCCN3
			WCCN4
			WCCN5
			WCCN6
Perguntar apenas para MULHERES!!!! Se HOMEM, pular para o bloco 2.			
4 Você está grávida?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		WGRAV
5 Você está amamentando?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		WAMAM

CARO ENTREVISTADOR, para as QUESTÕES 5 e 6 o entrevistado deverá considerar as condições de trabalho DE TODOS OS VÍNCULOS COMO DOCENTE NA EDUCAÇÃO BÁSICA.						
5 Perfil do Ambiente e Condições de Trabalho						
Considerando a sua percepção geral sobre ser professor como você avalia...(MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	Ruim	Regular	Bom / Boa	Excelente	Não possui	
5.1 Relacionamento com superiores (diretores/supervisores)	0	1	2	3	4	WACT1
5.2 Relacionamento com colegas (professores)	0	1	2	3	4	WACT2
5.3 Relacionamento com alunos	0	1	2	3	4	WACT3
5.4 Relacionamento com pais de alunos	0	1	2	3	4	WACT4
5.5 Motivação para chegar ao trabalho	0	1	2	3	4	WACT6
Como você avalia... (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	Ruim	Regular	Bom / Boa	Excelente		
5.6 Remuneração em relação ao trabalho realizado	0	1	2	3		WACT7
5.7 Equilíbrio entre sua vida profissional e pessoal	0	1	2	3		WACT9
5.8 Manutenção e conservação dos materiais, equipamentos e mobiliários dos colégios	0	1	2	3		WACT11
5.9 Infra-estrutura da escola disponível para descanso/estudo e preparo de atividades	0	1	2	3		WACT12
5.10 Infra-estrutura predial da escola (iluminação, ventilação, pintura)	0	1	2	3		WACT13
	Adequada	Abaixo do adequado	Acima do adequado			
5.11 A altura da mesa (do professor) da sala de aula em relação às suas necessidades é: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1	2		3		WACT16
Agora responda a próxima pergunta pensando na postura que você adota com maior frequência:						
5.12 Qual a figura que melhor corresponde à sua postura quando está em pé? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1	2	3	4	5	6 <input type="checkbox"/> Não sei WPE

Para atividade de escrever no quadro, indique com que frequência você adota cada uma das seguintes posturas (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO) (Marque: 1=nunca/raramente; 2=às vezes;3=frequentemente/sempe; 4=não sabe responder).									
						WPOS1A			
						WPOS1B			
						WPOS1C			
						WPOS2A			
						WPOS2B			
						WPOS2C			
						WPOS3A			
						WPOS3B			
						WPOS3C			
Para as atividades de trabalho que você faz sentado(a), indique com que frequência você adota cada uma das seguintes posturas (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO) (Marque: 1=nunca/raramente; 2=às vezes;3=frequentemente/sempe; 4=não sabe responder).									
						WPOS4A			
						WPOS4B			
						WPOS5A			
						WPOS5B			
						WPOS5C			
Para prestar auxílio ao aluno que está sentado, indique com que frequência você adota cada uma das seguintes posturas : (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO) (Marque: 1=nunca/raramente; 2=às vezes;3=frequentemente/sempe; 4=não sabe responder).									
5.18 Quanto à coluna:	Postura A 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		Postura B 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>			WPOS6			
5.19 Quanto às pernas:	Postura A 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Postura B 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Postura C 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>			WPOS7			
5.20.1 Qual dessas posições predomina ao deitar-se para dormir: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	WPOS81
5.20.2 Qual dessas posições predomina ao acordar: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	WPOS82
5.21 Qual dessas posições predomina quanto à posição de sua cabeça ao dormir: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)		1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>		3 <input type="checkbox"/>			WPOS9

5.22 Qual tipo de calçado você usa com maior frequência para trabalhar?	1 <input type="checkbox"/> Calçado sem salto (apenas base)	WPOS10
	2 <input type="checkbox"/> Calçado com salto de até 2 cm	
	3 <input type="checkbox"/> Calçado com salto acima de 2 cm	
		WPOS11A
		WPOS11B
		WPOS11C
		WPOS11D
5.24 Você acredita que seu desempenho é afetado/influenciado por sua postura? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Sim, meu desempenho é dificultado pela minha postura; 2 <input type="checkbox"/> Sim, meu desempenho é favorecido pela minha postura; 3 <input type="checkbox"/> Não, meu desempenho não é influenciado pela minha postura.	WPOS12

As questões que farei agora são referentes às cargas de trabalho (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO).

6. Você se sente afetado(a) por:	Não afeta	Afeta	
6.1 Ruídos de dentro da sala de aula	0	1	WCF1
6.2 Ruídos do pátio, corredores ou quadra	0	1	WCF2
6.3 Ruídos que vem de fora da escola	0	1	WCF3
6.4 Pela exposição ao pó de giz e poeiras	0	1	WCQ1
6.5 Pelas condições de higiene do seu local de trabalho	0	1	WCB1
6.6 Pelas condições para carregar o material didático	0	1	WCM1
6.7 Pelo tempo em que permanece em pé	0	1	WCFL1
6.8 Pelas condições para escrever no quadro	0	1	WCFL2
6.9 Pela posição do corpo em relação ao mobiliário e equipamentos	0	1	WCFL3

7.1 Teve algum acidente de trânsito ou atropelamento nos últimos 24 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO, pular para 8.1	WAC24M
7.1.1 Se sim, quantos nos últimos 24 meses?	Número: _____.		WNAC24
7.2 Teve algum acidente de trânsito ou atropelamento nos últimos 12 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO, pular para 8.1	WAC12M
7.2.1 Se sim, quantos nos últimos 12 meses?	Número: _____.		WNAC12
7.3 Que papel você desempenhava no momento do último acidente?	WPACD		
1 <input type="checkbox"/> Condutor de carro 2 <input type="checkbox"/> Condutor de moto 3 <input type="checkbox"/> Pedestre 4 <input type="checkbox"/> Ciclista 5 <input type="checkbox"/> Passageiro de carro 6 <input type="checkbox"/> Passageiro de moto 7 <input type="checkbox"/> Outro: _____			
7.4 Houve alguma vítima nesse último acidente? (Considerar como vítima na opinião do entrevistado, o que pode incluir vítimas no sentido físico e psicológico).	1 <input type="checkbox"/> Não houve vítima 2 <input type="checkbox"/> Sim, o professor foi a vítima 3 <input type="checkbox"/> Sim, outra pessoa foi a vítima	4 <input type="checkbox"/> Sim, ambos (resposta 2 e 3) 5 <input type="checkbox"/> Não sabe	WVIT
8.1 Teve alguma queda nos últimos 24 meses? (Exceto em atividades físicas).	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO, pular para 9	WQD24M
8.1.1 Se sim, quantas nos últimos 24 meses?	Número: _____.		WNQD24
8.2 Alguma dessa(s) queda(s) ocorreu nos últimos 12 meses? (Exceto em atividades físicas).	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO, pular para 9	WQD12M
8.2.1 Se sim, quantas nos últimos 12 meses?	Número: _____.		WNQD12

9 Você precisou faltar no trabalho por alguma doença, problemas de saúde ou lesões nos últimos 24 meses?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, doença/ problema de saúde	3 <input type="checkbox"/> Sim, lesão 4 <input type="checkbox"/> Sim, doença/ problema e lesão	Se NÃO, pular para 11	WFAL24
9.1 Você precisou faltar no trabalho por alguma doença, problemas de saúde ou lesões nos últimos 12 meses?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim, doença/ problema de saúde	3 <input type="checkbox"/> Sim, lesão 4 <input type="checkbox"/> Sim, doença/ problema e lesão	Se NÃO, pular para 11	WFAL12
10 Se sim, quais foram os motivos, números de afastamento e dias totais para cada motivo de afastamento nos últimos 12 meses?				
Motivo do(s) afastamento(s)	Número de vezes do afastamento	Total de dias inteiros afastados por esse motivo (em dias)	WFALMT	
10.1.1	10.1.2	10.1.3		
10.2.1	10.2.2	10.2.3		
10.3.1	10.3.2	10.3.3		
10.4.1	10.4.2	10.4.3		
10.5.1	10.5.2	10.5.3		

11 Consultou um médico nos últimos 24 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pular para 13	WCNS24M
12 Consultou um médico nos últimos 12 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pular para 13	WCNS12M
12.1 Se sim, a(s) consulta(s) que realizou nos últimos 12 meses foram eletivas/rotina ou emergência/plantão?	1 <input type="checkbox"/> Eletiva/rotina 2 <input type="checkbox"/> Urgência/plantão	3 <input type="checkbox"/> Ambos (1 e 2)	WCNSM
13 Esteve internado(a) nos últimos 24 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pular para bloco 3	WINT24M
14 Esteve internado(a) nos últimos 12 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pular para bloco 3	WINT12M
15 Se sim, quais foram os motivos, dias totais e afastamento relacionado para cada internação nos últimos 12 meses?			
Motivo da(s) internação(ões)	Total de dias internado por esse motivo (em dias)	A internação está relacionada a algum afastamento? Se sim, Qual? (Questão 10)	
15.1.1	15.1.2	15.1.3	
15.2.1	15.2.2	15.2.3	
15.3.1	15.3.2	15.3.3	
15.4.1	15.4.2	15.4.3	
15.5.1	15.5.2	15.5.3	

BLOCO 3- VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS

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

BLOCO 4- VARIÁVEIS RELACIONADAS AOS HÁBITOS DE VIDA

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

Atividade Física			
1 Em uma semana normal (típica) você faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre pelo menos uma vez na semana?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para 3	WATF1
1.1 Há quanto tempo?	_____ ano(s) _____ mês(es) _____ dias		W TATF1 (meses)

1.2 Por qual (is) motivo(s) você pratica atividade física? (NÃO LER AS OPÇÕES AOS ENTREVISTADOS)	1 <input type="checkbox"/> Recomendação médica 2 <input type="checkbox"/> Controle de peso 3 <input type="checkbox"/> Estilo de vida saudável 4 <input type="checkbox"/> Para aliviar estresse/se sentir bem	5 <input type="checkbox"/> Estética 6 <input type="checkbox"/> Por prazer 7 <input type="checkbox"/> Outra: _____	WPAF1 WPAF2 WPAF3 WPAF4 WPAF5 WPAF6 WPAF7
--	---	---	---

2 Sobre a(s) atividade(s) física(s) que pratica, indique:

Nome da atividade (ex. caminhada, natação, ginástica etc.)	Quantas vezes por semana (em dias)	Quanto tempo por dia (em minutos)
2.1.1	2.1.2	2.1.3
2.2.1	2.2.2	2.2.3
2.3.1	2.3.2	2.3.3

Para os que responderam a questão 2, PULAR PARA QUESTÃO 5

3 Você pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se SIM , pule para 5	WAE1
4 Você pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		WAE6
5 Com relação às atividades que realiza em casa, você diria que o esforço físico destinado a estas atividades é: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Muito leve 2 <input type="checkbox"/> Leve 3 <input type="checkbox"/> Moderado	4 <input type="checkbox"/> Intenso 5 <input type="checkbox"/> Muito intenso	WATF3
6 Com relação às atividades que realiza no seu dia-a-dia de trabalho, você diria que o esforço físico destinado a estas atividades é: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Muito leve 2 <input type="checkbox"/> Leve 3 <input type="checkbox"/> Moderado	4 <input type="checkbox"/> Intenso 5 <input type="checkbox"/> Muito intenso	WATF4
7 Você costuma se deslocar a pé ou de bicicleta para ir ao trabalho?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para 8	WATF5
7.1 Habitualmente quanto tempo por dia você gasta nestes deslocamentos para ir e voltar?	_____ horas _____ min		WATF51(min.)

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

	1.Dias da semana	2.Finais de semana e feriados	Em minutos
			WATT61
			WATT62
			WATT71
			WATT72

Agora vamos conversar sobre barreiras à prática de atividade física

10 Eu vou ler alguns itens e quero que você me diga se, em sua rotina, eles têm impedido/dificultado que você comece a praticar atividade física OU, caso você pratique, se eles atrapalham a prática.

10.1 Cansaço	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF1
10.2 Excesso de trabalho	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF2
10.3 Obrigação de estudo	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF3
10.4 Distância até o local da prática	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF4
10.5 Falta de condições físicas (dores, baixo condicionamento físico etc.)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF5
10.6 Falta de dinheiro	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF6
10.7 Condições de segurança	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF7
10.8 Clima desfavorável	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF8
10.9 Falta de vontade	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF9
10.10 Atividades familiares/ domésticas	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF10
10.11 Falta de habilidades motoras	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF11
10.12 Falta de locais perto de casa (pista de caminhada, academia da saúde etc.)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF12
10.13 Falta de companhia	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF13
10.14 Levar trabalho para casa	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF14
10.15 Outra. Especificar: _____	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WBAF15

11 Com que frequência você toma café e/ou bebida energética ? (NÃO LER as alternativas para o entrevistado)	1 <input type="checkbox"/> Não consome semana	2 <input type="checkbox"/> Consome até 6x por semana	3 <input type="checkbox"/> Consome 1 a 3 x ao dia dia	4 <input type="checkbox"/> Consome mais de 3x ao dia	Se NÃO , pular para questão 13	WCAFE
12.1. Alguma vez na sua vida você tomou café e/ou bebida energética para se sentir melhor ou para mudar seu estado de humor?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não				Se NÃO , puler para questão 12.3	WDCAF1
12.2. Alguma vez você constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de café e/ou bebidas energéticas para obter o mesmo efeito?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não					WDCAF2
12.3. Quando você toma menos ou para de tomar café e/ou bebidas energéticas sente dores de cabeça, cansaço, sonolência, dificuldade de concentração, ansiedade ou dificuldade no trabalho?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não					WDCAF3
12.4. Quando você começa a tomar café e bebidas energéticas consome mais do que pretendia?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não					WDCAF4
12.5. Você acredita que o consumo do café lhe traz algum problema de saúde?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não				Se NÃO , puler para questão 12.7	WDCAF5
12.6. Em sua opinião, qual é o principal problema?						WDCAF6
12.7. Algum profissional de saúde já lhe recomendou que diminuísse ou parasse de tomar café e/ou bebidas energéticas?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não				Se NÃO , puler para questão 12.10	WDCAF7
12.8. Qual foi o principal motivo para tal recomendação?						WDCAF8
12.9. Você conseguiu seguir a recomendação?	1 <input type="checkbox"/> Completamente 3 <input type="checkbox"/> Não conseguiu	2 <input type="checkbox"/> Parcialmente				WDCAF9
12.10. Tentou diminuir ou parar de tomar café e/ou bebidas energéticas e não conseguiu?	1 <input type="checkbox"/> Não tentou 2 <input type="checkbox"/> Tentou e não conseguiu parar		3 <input type="checkbox"/> Tentou e conseguiu			WDCAF10
12.11. Você acredita que toma café e/ou bebidas energéticas em maior quantidade do que deveria?				1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		WDCAF11
12.12. Você tem desejo em diminuir ou parar de tomar café e/ou bebidas energéticas?				1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		WDCAF12
12.13. Qual seria a intensidade da dificuldade para parar totalmente de tomar café e/ou bebidas energéticas? (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	1 <input type="checkbox"/> Extremamente difícil 2 <input type="checkbox"/> Difícil 3 <input type="checkbox"/> Regular		4 <input type="checkbox"/> Fácil 5 <input type="checkbox"/> Extremamente fácil			WDCAF13

13 Assinale o número correspondente à resposta. (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)						
Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação. Me diga, com que frequência você:	Nunca	De 1 a 3 x por mês	De 1 a 2 x por semana	De 3 a 4 x por semana	De 5 a 7 x por semana	
13.1 Substitui ao menos uma das 3 refeições principais por lanches (sanduíches, salgados etc.)?	1	2	3	4	5	WAL2
13.2 Consume frutas?	1	2	3	4	5	WAL5
13.3 Consume verduras e/ou legumes?	1	2	3	4	5	WAL6
Com que frequência você: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	Nunca/Raramente	Às vezes	Frequentemente / Sempre	Não se aplica		
14.1 Retira a gordura visível quando come carne vermelha?	1	2	3	4		WAL7
14.2 Retira a pele da carne de frango?	1	2	3	4		WAL8
Com que frequência você:	Nunca/Raramente	Às vezes	Frequentemente/ Sempre			
14.3 Come assistindo televisão, em frente ao computador, celular, tablet etc?	1	2	3			WAL12

15 Suponha que se sua alimentação fosse de excelente qualidade mereceria nota 10 e se fosse de péssima qualidade, nota 0. Em uma escala de 0 a 10, que nota você daria à qualidade de sua alimentação?	Nota: _____	WALNOTA
16 Nos últimos 12 meses você observou tabelas de informações nutricionais na hora de comprar ou consumir alimentos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	WVN1

BLOCO 5- VARIÁVEIS RELACIONADAS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

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

1 Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?	Hora usual de deitar: _____	WPS1(HH:mm)			
2 Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?	Número de minutos: _____	WPS2 (min.)			
3 Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?	Hora usual de levantar: _____	WPS3 (HH:mm)			
		WPS4 (HH:mm)			
		WDIFDAC			
5 Com que frequência você costuma dormir ou cochilar durante o dia após o almoço? (Ler as alternativas para o entrevistado)	1 <input type="checkbox"/> Nunca 2 <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana 3 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana 4 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana	Se NUNCA , pular para questão 7 WPS5			
6 Quanto tempo dura o seu sono ou cochilo após o almoço?	_____ minutos	WPS6 (min.)			
7 Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você: (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)	Nenhuma no último mês	Menos de 1x semana	1 ou 2x semana	3 ou mais x semana	
a) Não consegui adormecer em até 30 minutos	0	1	2	3	WPS7A
b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo, (antes do que deveria)	0	1	2	3	WPS7B
c) Precisou levantar para ir ao banheiro	0	1	2	3	WPS7C
d) Não consegui respirar confortavelmente	0	1	2	3	WPS7D
e) Tossiu ou roncou forte	0	1	2	3	WPS7E
f) Sentiu muito frio	0	1	2	3	WPS7F
g) Sentiu muito calor	0	1	2	3	WPS7G
h) Teve sonhos ruins	0	1	2	3	WPS7H
i) Teve dor	0	1	2	3	WPS7I
j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva _____					WPS7J
l) ALERTA: Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa razão	0	1	2	3	WPS7L

8 Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral? (<i>Ler as alternativas para o entrevistado</i>)	0 <input type="checkbox"/> Muito boa 1 <input type="checkbox"/> Boa	2 <input type="checkbox"/> Ruim 3 <input type="checkbox"/> Muito ruim	WPS8
9 Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para ajudá-lo (a) a dormir? (<i>MOSTRE O CARTÃO DE APOIO</i>)	0 <input type="checkbox"/> Nenhuma no último mês 1 <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana 2 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana 3 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana		WPS9
10 No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo): (<i>MOSTRE O CARTÃO DE APOIO</i>)	0 <input type="checkbox"/> Nenhuma no último mês 1 <input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana 2 <input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana 3 <input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana		WPS10
11 Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais): (<i>MOSTRE O CARTÃO DE APOIO</i>)	0 <input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade 1 <input type="checkbox"/> Um problema leve 2 <input type="checkbox"/> Um problema razoável 3 <input type="checkbox"/> Um problema muito grande		WPS11
12 Já lhe disseram que você ronca todas ou quase todas as noites:	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para 14	WPS12
13 Se SIM, isso ocorre pelo menos há 12 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		WPS13
14 Com que frequência você costuma sentir sonolência em algum período do dia? (<i>MOSTRE O CARTÃO DE APOIO</i>)	1 <input type="checkbox"/> Nunca/raramente 2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Frequentemente /sempre	WSDIU
15 A qualidade do seu sono mudou nos últimos 6 meses? (<i>MOSTRE O CARTÃO DE APOIO</i>)	1 <input type="checkbox"/> Não, continua igual 2 <input type="checkbox"/> Sim, piorou muito 3 <input type="checkbox"/> Sim, piorou um pouco	4 <input type="checkbox"/> Sim, melhorou um pouco 5 <input type="checkbox"/> Sim, melhorou muito 6 <input type="checkbox"/> Não sei	WQLSN

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

16 Você sofre de algum tipo de dor crônica, ou seja, que o (a) incomoda há 6 meses ou mais?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se NÃO , pule para 20	WDOR1
17 Por favor, aponte-me em que parte do corpo você sente essa dor (<i>Admite mais de uma resposta</i>). (<i>MOSTRE O CARTÃO DE APOIO</i>)			WDOR2
			1 9 2 10 3 11 4 12 5 13 6 14 7 15 8
18 Entre essas dores referidas, qual delas o(a) incomodou mais nos últimos 6 meses? (<i>Anotar o número</i>)	Número _____		WDORPIOR
19 Pensando na última vez em que sentiu essa dor (ou a dor que mais incomoda, caso haja mais de uma), diga-me um número de 1 a 10 para a intensidade dessa dor, sendo 1 para "quase sem dor" e 10 para "a pior dor que se pode imaginar"	Número _____		WDOR4
Sobre sua voz, me diga			
20 Com que frequência você tem problemas relacionados a ela (sua voz)? (<i>Ler as alternativas para o entrevistado</i>)	1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Frequentemente	3 <input type="checkbox"/> Às vezes 4 <input type="checkbox"/> Raramente 5 <input type="checkbox"/> Nunca	WVOZ1

Agora você responderá perguntas em relação ao seu trabalho na educação básica.

BLOCO 6- VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRABALHO II

1 Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Responda em uma escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual. (<i>MOSTRE O CARTÃO DE APOIO</i>)		Pontos: _____	WICT1
0 = Estou incapaz para o trabalho	↔	10 = Estou em minha melhor capacidade para o trabalho	
2 Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do mesmo? (Por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo). (<i>MOSTRE O CARTÃO DE APOIO</i>)	5 <input type="checkbox"/> Muito Boa 4 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Moderada	2 <input type="checkbox"/> Baixa 1 <input type="checkbox"/> Muito Baixa	WICT2
3 Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do mesmo? (Por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer) (<i>MOSTRE O CARTÃO DE APOIO</i>)	5 <input type="checkbox"/> Muito Boa 4 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Moderada	2 <input type="checkbox"/> Baixa 1 <input type="checkbox"/> Muito Baixa	WICT3

4 Dentre as condições de saúde que vou ler a seguir, diga-me em sua opinião, qual(is) você tem, se foram diagnosticadas por um médico e se faz TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ATUALMENTE para ela(s)					
<i>CIRCULAR</i> o n.2, se opinião do entrevistado (O.E) ou o n.1, se diagnóstico médico (D.M)					
Condições de saúde	O.E	D.M	TRATAMENTO		Preencher para variável Tratamento
4.1 Hipertensão arterial (pressão alta)	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT1
4.2 Diabetes	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT2
4.3 Hiperlipidemia (colesterol/triglicerídeos alto)	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT3
4.4 Teve infarto do coração nos últimos 24 meses	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT4
4.5 Teve AVC ou derrame nos últimos 24 meses	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT5
4.6 Depressão	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT6
4.6.1 Se tem diagnóstico médico para depressão, há quanto tempo?	1 <input type="checkbox"/> Menos de 12 meses	2 <input type="checkbox"/> 12 meses ou mais			WDEPDM1
4.6.2 Se Sim para tratamento, qual(is)? (Admite mais de uma resposta).	1 <input type="checkbox"/> Medicamento	2 <input type="checkbox"/> Terapia			WDEPDM2
4.6.3 Se usa medicamento para tratamento, há quanto tempo?	1 <input type="checkbox"/> 3 meses ou menos	2 <input type="checkbox"/> 4 a 11 meses			WDEPDM3
	3 <input type="checkbox"/> 12 meses ou mais				
4.7 Ansiedade	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT8
4.8 Enxaqueca	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT9
4.9 Insônia	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT10
4.10 Sinusite	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT11
4.11 Artrite / Artrose / Reumatismo	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT12
4.12 Osteoporose	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT13
4.13 Asma / Bronquite / Enfisema	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT14
4.14 Tumor benigno	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT15
4.15 Tumor maligno (câncer) Onde? Especifique	2	1	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	WICTT16

5 Ainda sobre lesões por acidentes ou doenças que vou ler a seguir, responda-me, em sua opinião qual(is) você possui atualmente e qual(is) dela(s) foram confirmadas pelo médico.					
<i>(Ler o agravos e CIRCULAR</i> o n.2, se opinião do entrevistado (O.E) ou o n.1, se diagnóstico médico (DM)					
	O.E	D.M		O.E	D.M
5.1 Lesão nas costas	2	1	5.7 Dor nas costas que se irradia para a perna (ciática)	2	1
5.2 Lesão nos braços/mãos	2	1	5.8 Doença músculo-esquelética que afeta braços e pernas com dores frequentes	2	1
5.3 Lesão nas pernas/pés	2	1	5.9 Outra doença músculo-esquelética. Qual? _____	2	1
5.4 Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão? _____	2	1	5.10 Doença respiratória. Qual? _____	2	1
5.5 Doença da parte superior das costas ou região do pescoço com dores frequentes	2	1	5.11 Doença gastrointestinal. Qual? _____	2	1
5.6 Doença da parte inferior das costas com dores frequentes	2	1	5.12 Doença geniturinária. Qual? _____	2	1

6 Você apresenta alguma(s) das seguintes condições:				
6.1 Ausência de membros?	1 <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	2 <input type="checkbox"/> Não	WCE1	
6.2 Problemas na coluna?	1 <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	2 <input type="checkbox"/> Não	WCE2	
6.3 Já foi submetido a procedimento cirúrgico ortopédico?	1 <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	2 <input type="checkbox"/> Não	WCE3	
6.4 Utiliza próteses e/ou órteses ortopédicas?	1 <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____	2 <input type="checkbox"/> Não	WCE4	

BLOCO 7 – VARIÁVEIS RELACIONADAS À VIOLÊNCIA

As questões a seguir referem-se a situações de violência que ocorreram contra você, nos últimos 12 meses, nas escolas em que você leciona na educação básica. Se sim, quem foi o agressor? (Admita mais de uma possibilidade) (MOSTRE O CARTÃO DE APOIO)

	Não	Não sei	Alunos	Prof/Dir/Fun	Pais	Outros	
1 Você teve seus pertences ou dinheiro roubados, furtados ou danificados?	0	1	2	3	4	5	WV1
2 Você recebeu insultos, gozações ou se sentiu exposto a situações humilhantes e constrangedoras?	0	1	2	3	4	5	WV2
3 Você já sofreu assédio moral?	0	1	2	3	4	5	WV3
4 Você foi ameaçado? (ameaças à integridade física, a familiares etc.)	0	1	2	3	4	5	WV4
5 Você já sofreu agressão física ou tentativa de agressão física? (corporal ou com objetos/mobília)	0	1	2	3	4	5	WV5
6 Você já sofreu agressão ou tentativa de agressão com armas brancas (faca ou outro objeto cortante) ou de fogo?	0	1	2	3	4	5	WV6
7 Você já sofreu assédio sexual?	0	1	2	3	4	5	WV7
8 Você já sofreu outro tipo de violência na escola? Se sim, qual?	0	1	2	3	4	5	WV8
<i>(assinale também quem agrediu)</i>							
Se sim para alguma das violências acima, ler as questões abaixo. Se não, pule para a questão 12.							
Você acredita que a violência sofrida no ambiente escolar tem impactos na: <i>(Não ler opções para o entrevistado)</i>					Não	Sim	Não sabe
9 Sua saúde psicológica?	0	1	3				WV9
10 Sua saúde física?	0	1	3				WV10
11 Na qualidade do seu trabalho?	0	1	3				WV11
12 Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma violência fora da escola, sem nenhum vínculo com o ambiente escolar (assaltos, furto do carro ou da casa, violência no trânsito etc.)?	0	1	3				WV12

FINALIZAÇÃO DA ENTREVISTA E DADOS DE CONTATO

1 Dada a importância da sua participação neste estudo, poderíamos contar com a sua colaboração novamente dentro de alguns meses ou dentro de alguns anos?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	Se SIM, preencha o quadro abaixo	WPFINAL
INFORMAÇÕES PARA CONTATO				
Endereço residencial:				
Telefone (s):	Residencial:	Celular:	Operadora:	
E-mail 1:				
E-mail 2:				
CONTATOS PESSOAIS (familiares e amigos)				
Contato 1:		Parentesco:	Telefone:	
Contato 2:		Parentesco:	Telefone:	
CONTATOS PROFISSIONAIS (Apenas para professores que possuem outros vínculos que não seja professor do Estado)				
Local de trabalho 1:			Telefone:	
Local de trabalho 2:			Telefone:	



DIGITADO 1ª () 2ª ()

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

SEGUIMENTO 2014-2015

Em caso de dúvidas, ligue para 9952-8000 (Tim)

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

WID:					Entrevistador:
------	--	--	--	--	----------------

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Em cada uma das questões, assinale o número correspondente a alternativa no campo “GABARITO”, na **margem direita das folhas**. Para todas as questões, assinale apenas uma alternativa, exceto quando explicitado no enunciado.

AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE		GABARITO
1 Em geral você diria que sua saúde é:	1 <input type="checkbox"/> Muito boa 2 <input type="checkbox"/> Boa 3 <input type="checkbox"/> Regular 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Muito ruim	WSAUDE

ESCALA 1						GABARITO
Estamos procurando compreender melhor como um problema de voz pode interferir nas atividades de vida diária. Apresentamos uma lista de possíveis problemas relacionados à voz. Por favor, responda a todas as questões baseadas em como sua voz tem estado nas últimas duas semanas. Não existem respostas certas ou erradas.						
As afirmações abaixo são usadas por muitas pessoas para descrever suas vozes e o efeito de suas vozes na vida. Circule a resposta que indica o quanto você compartilha da mesma experiência.						
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	
1.1 As pessoas têm dificuldade para me ouvir por causa da minha voz.	0	1	2	3	4	WVOZ2
1.2 As pessoas têm dificuldade para me entender em lugares barulhentos.	0	1	2	3	4	WVOZ3
1.3 As pessoas perguntam: “O que você tem na voz?”	0	1	2	3	4	WVOZ4
1.4 Sinto que tenho que fazer força para a minha voz sair.	0	1	2	3	4	WVOZ5
1.5 Meu problema de voz limita minha vida social e pessoal.	0	1	2	3	4	WVOZ6
1.6 Não consigo prever quando minha voz vai sair clara.	0	1	2	3	4	WVOZ7
1.7 Eu me sinto excluído nas conversas por causa da minha voz.	0	1	2	3	4	WVOZ8
1.8 Meu problema de voz me causa prejuízos econômicos.	0	1	2	3	4	WVOZ9
1.9 Meu problema de voz me chateia.	0	1	2	3	4	WVOZ10
1.10 Minha voz faz com que eu me sinta em desvantagem.	0	1	2	3	4	WVOZ11

ESCALA 2					GABARITO
Considerando o seu trabalho nas escolas de educação básica, assinale o número correspondente a sua resposta no quadro abaixo:					
	Frequen- temente	Às vezes	Raramente	Nunca ou quase nunca	
2.1 Com que frequência você tem que fazer suas tarefas de trabalho com muita rapidez?	4	3	2	1	WE1
2.2 Com que frequência você tem que trabalhar intensamente (isto é, produzir muito em pouco tempo)?	4	3	2	1	WE2
2.3 Seu trabalho exige demais de você?	4	3	2	1	WE3
2.4 Você tem tempo suficiente para cumprir todas as tarefas de seu trabalho?	4	3	2	1	WE4
2.5 O seu trabalho costuma apresentar exigências contraditórias ou discordantes?	4	3	2	1	WE5
2.6 Você tem possibilidade de aprender coisas novas em seu trabalho?	4	3	2	1	WE6
2.7 Seu trabalho exige muita habilidade ou conhecimentos especializados?	4	3	2	1	WE7
2.8 Seu trabalho exige que você tome iniciativas?	4	3	2	1	WE8
2.9 No seu trabalho, você tem que repetir muitas vezes as mesmas tarefas?	4	3	2	1	WE9
2.10 Você pode escolher COMO fazer o seu trabalho?	4	3	2	1	WE10
2.11 Você pode escolher O QUE fazer no seu trabalho?	4	3	2	1	WE11

Atenção, agora as opções de resposta mudaram, conforme tabela a seguir:					GABARITO
Afirmações:	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente	
2.12 Existe um ambiente calmo e agradável onde trabalho	4	3	2	1	WE12
2.13 No trabalho, nos relacionamos bem uns com os outros	4	3	2	1	WE13
2.14 Eu posso contar com o apoio dos meus colegas de trabalho	4	3	2	1	WE14
2.15 Se eu não estiver num bom dia, meus colegas compreendem	4	3	2	1	WE15
2.16 No trabalho eu me relaciono bem com os meus chefes	4	3	2	1	WE16
2.17 Eu gosto de trabalhar com os meus colegas	4	3	2	1	WE17

ESCALA 3						GABARITO
Considerando o seu trabalho nas escolas de educação básica, assinale o número correspondente a sua resposta no quadro abaixo:						
	Nunca	Algumas vezes ao ano	Algumas vezes ao mês	Algumas vezes na semana	Diariamente	
3.1 Sinto-me emocionalmente decepcionado com meu trabalho.	1	2	3	4	5	WB1
3.2 Quando termino minha jornada de trabalho sinto-me esgotado.	1	2	3	4	5	WB2
3.3 Quando me levanto pela manhã e me deparo com outra jornada de trabalho, já me sinto esgotado.	1	2	3	4	5	WB3
3.4 Sinto que posso entender facilmente as pessoas que tenho que atender	1	2	3	4	5	WB4
3.5 Sinto que estou tratando algumas pessoas com as quais me relaciono no meu trabalho como se fossem objetos impessoais.	1	2	3	4	5	WB5
3.6 Sinto que trabalhar todo o dia com pessoas me cansa.	1	2	3	4	5	WB6
3.7 Sinto que trato com muita eficiência os problemas das pessoas as quais tenho que atender.	1	2	3	4	5	WB7
3.8 Sinto que meu trabalho está me desgastando.	1	2	3	4	5	WB8
3.9 Sinto que estou exercendo influência positiva na vida das pessoas, através de meu trabalho.	1	2	3	4	5	WB9
3.10 Sinto que me tornei mais duro com as pessoas, desde que comecei este trabalho.	1	2	3	4	5	WB10
3.11 Fico preocupado que este trabalho esteja me enrijecendo emocionalmente.	1	2	3	4	5	WB11
3.12 Sinto-me muito vigoroso no meu trabalho.	1	2	3	4	5	WB12
3.13 Sinto-me frustrado com meu trabalho.	1	2	3	4	5	WB13
3.14 Sinto que estou trabalhando demais.	1	2	3	4	5	WB14
3.15 Sinto que realmente não me importa o que ocorra com as pessoas as quais tenho que atender profissionalmente.	1	2	3	4	5	WB15
3.16 Sinto que trabalhar em contato direto com as pessoas me estressa.	1	2	3	4	5	WB16
3.17 Sinto que posso criar, com facilidade, um clima agradável em meu trabalho.	1	2	3	4	5	WB17
3.18 Sinto-me estimulado depois de haver trabalhado diretamente com quem tenho que atender.	1	2	3	4	5	WB18
3.19 Creio que consigo muitas coisas valiosas nesse trabalho.	1	2	3	4	5	WB19
3.20 Sinto-me como se estivesse no limite de minhas possibilidades.	1	2	3	4	5	WB20
3.21 No meu trabalho eu manejo com os problemas emocionais com muita calma.	1	2	3	4	5	WB21
3.22 Parece-me que as pessoas que atendo culpam-me por alguns de seus problemas.	1	2	3	4	5	WB22

As questões a seguir tratam de sua satisfação com o trabalho na educação básica, portanto, note que as categorias de resposta são diferentes da escala anterior.

	ESCALA 4						GABARITO
	Enorme Satisfação	Muita Satisfação	Alguma Satisfação	Alguma Insatisfação	Muita Insatisfação	Enorme insatisfação	
4.1 Comunicação e forma de fluxo de informações na instituição em que você trabalha	6	5	4	3	2	1	WST1
4.2 Seu relacionamento com outras pessoas na instituição em que trabalha	6	5	4	3	2	1	WST2
4.3 O sentimento que você tem a respeito de como seus esforços são avaliados	6	5	4	3	2	1	WST3
4.4 O conteúdo do trabalho que você faz	6	5	4	3	2	1	WST4
4.5 O grau em que você se sente motivado por seu trabalho	6	5	4	3	2	1	WST5
4.6 Oportunidades pessoais em sua carreira atual	6	5	4	3	2	1	WST6
4.7 O grau de segurança no seu emprego atual	6	5	4	3	2	1	WST7
4.8 O quanto você se identifica com a imagem externa ou realizações da instituição em que trabalha	6	5	4	3	2	1	WST8
4.9 O estilo de supervisão que seus superiores usam	6	5	4	3	2	1	WST9
4.10 A forma pela qual mudanças e inovações são implementadas	6	5	4	3	2	1	WST10
4.11 O tipo de tarefa e o trabalho em que você é cobrado	6	5	4	3	2	1	WST11
4.12 O grau em que você sente que você pode crescer e se desenvolver em seu trabalho	6	5	4	3	2	1	WST12
4.13 A forma pela qual os conflitos são resolvidos	6	5	4	3	2	1	WST13
4.14 As oportunidades que seu trabalho lhe oferece no sentido de você atingir suas aspirações e ambições	6	5	4	3	2	1	WST14
4.15 O seu grau de participação em decisões importantes	6	5	4	3	2	1	WST15
4.16 O grau em que a instituição absorve as potencialidades que você julga ter	6	5	4	3	2	1	WST16
4.17 O grau de flexibilidade e de liberdade que você julga ter em seu trabalho	6	5	4	3	2	1	WST17
4.18 O clima psicológico que predomina na instituição em que você trabalha	6	5	4	3	2	1	WST18
4.19 Seu salário em relação à sua experiência e à responsabilidade que tem	6	5	4	3	2	1	WST19
4.20 A estrutura organizacional da instituição em que você trabalha	6	5	4	3	2	1	WST20
4.21 O volume de trabalho que você tem para desenvolver	6	5	4	3	2	1	WST21
4.22 O grau em que você julga estar desenvolvendo suas potencialidades na instituição em que trabalha	6	5	4	3	2	1	WST22

ESCALA 5		GABARITO
Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas últimas duas semanas, incluindo hoje . Assinale o número (0, 1, 2 ou 3) correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).		
5.1 Tristeza	0 <input type="checkbox"/> Não me sinto triste. 1 <input type="checkbox"/> Eu me sinto triste grande parte do tempo. 2 <input type="checkbox"/> Estou triste o tempo todo. 3 <input type="checkbox"/> Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.	WEB1
5.2 Pessimismo	0 <input type="checkbox"/> Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro. 1 <input type="checkbox"/> Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume. 2 <input type="checkbox"/> Não espero que as coisas deem certo para mim. 3 <input type="checkbox"/> Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.	WEB2
5.3 Fracasso Passado	0 <input type="checkbox"/> Não me sinto um(a) fracassado(a). 1 <input type="checkbox"/> Tenho fracassado mais do que deveria. 2 <input type="checkbox"/> Quando penso no passado vejo muitos fracassos. 3 <input type="checkbox"/> Sinto que como pessoa sou um fracasso total.	WEB3
5.4 Perda de Prazer	0 <input type="checkbox"/> Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas que gosto. 1 <input type="checkbox"/> Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir. 2 <input type="checkbox"/> Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar. 3 <input type="checkbox"/> Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.	WEB4
5.5 Sentimentos de Culpa	0 <input type="checkbox"/> Não me sinto particularmente culpado(a). 1 <input type="checkbox"/> Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito. 2 <input type="checkbox"/> Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo. 3 <input type="checkbox"/> Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.	WEB5
5.6 Sentimentos de Punição	0 <input type="checkbox"/> Não sinto que estou sendo punido(a). 1 <input type="checkbox"/> Sinto que posso ser punido(a). 2 <input type="checkbox"/> Eu acho que serei punido(a). 3 <input type="checkbox"/> Acho que estou sendo punido.	WEB6
5.7 Autoestima	0 <input type="checkbox"/> Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a). 1 <input type="checkbox"/> Perdi a confiança em mim mesmo(a). 2 <input type="checkbox"/> Estou desapontado comigo mesmo(a). 3 <input type="checkbox"/> Não gosto de mim.	WEB7
5.8 Autocrítica	0 <input type="checkbox"/> Não me critico nem me culpo mais que o habitual. 1 <input type="checkbox"/> Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que eu costumava ser. 2 <input type="checkbox"/> Eu me critico por todos os meus erros. 3 <input type="checkbox"/> Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.	WEB8
5.9 Pensamentos ou desejos suicidas	0 <input type="checkbox"/> Não tenho nenhum pensamento de me matar. 1 <input type="checkbox"/> Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante. 2 <input type="checkbox"/> Gostaria de me matar. 3 <input type="checkbox"/> Eu me mataria se tivesse oportunidade.	WEB9
5.10 Choro	0 <input type="checkbox"/> Não choro mais do que eu chorava antes. 1 <input type="checkbox"/> Choro mais agora do que costumava chorar. 2 <input type="checkbox"/> Choro por qualquer coisinha. 3 <input type="checkbox"/> Sinto vontade de chorar, mas não consigo.	WEB10
5.11 Agitação	0 <input type="checkbox"/> Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes. 1 <input type="checkbox"/> Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes. 2 <input type="checkbox"/> Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a). 3 <input type="checkbox"/> Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.	WEB11
5.12 Perda de interesse	0 <input type="checkbox"/> Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades. 1 <input type="checkbox"/> Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar. 2 <input type="checkbox"/> Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas. 3 <input type="checkbox"/> É difícil me interessar por alguma coisa.	WEB12
5.13 Indecisão	0 <input type="checkbox"/> Tomo minhas decisões tão bem quanto antes. 1 <input type="checkbox"/> Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes. 2 <input type="checkbox"/> Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes. 3 <input type="checkbox"/> Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.	WEB13
5.14 Desvalorização	0 <input type="checkbox"/> Não me sinto sem valor. 1 <input type="checkbox"/> Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes. 2 <input type="checkbox"/> Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas. 3 <input type="checkbox"/> Eu me sinto completamente sem valor.	WEB14

5.15 Falta de energia	0 <input type="checkbox"/> Tenho tanta energia hoje como sempre tive. 1 <input type="checkbox"/> Tenho menos energia do que costumava ter. 2 <input type="checkbox"/> Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa. 3 <input type="checkbox"/> Não tenho energia suficiente para nada.	WEB15
5.16 Alterações no padrão do sono	0 <input type="checkbox"/> Não percebi nenhuma mudança no meu sono. 1a <input type="checkbox"/> Durmo um pouco mais do que o habitual. 1b <input type="checkbox"/> Durmo um pouco menos do que o habitual. 2a <input type="checkbox"/> Durmo muito mais do que o habitual. 2b <input type="checkbox"/> Durmo muito menos do que o habitual. 3a <input type="checkbox"/> Durmo a maior parte do dia. 3b <input type="checkbox"/> Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo mais voltar a dormir.	WEB16
5.17 Irritabilidade	0 <input type="checkbox"/> Não estou mais irritado(a) do que o habitual. 1 <input type="checkbox"/> Estou mais irritado(a) do que o habitual. 2 <input type="checkbox"/> Estou muito mais irritado(a) do que o habitual. 3 <input type="checkbox"/> Fico irritado(a) o tempo todo.	WEB17
5.18 Alterações de apetite	0 <input type="checkbox"/> Não percebi nenhuma mudança no meu apetite. 1a <input type="checkbox"/> Meu apetite está um pouco menos do que o habitual. 1b <input type="checkbox"/> Meu apetite está um pouco maior do que o habitual. 2a <input type="checkbox"/> Meu apetite está muito maior do que antes. 2b <input type="checkbox"/> Meu apetite está muito menor do que antes. 3a <input type="checkbox"/> Não tenho nenhum apetite. 3b <input type="checkbox"/> Quero comer o tempo todo.	WEB18
5.19 Dificuldade de concentração	0 <input type="checkbox"/> Posso me concentrar tão bem quanto antes. 1 <input type="checkbox"/> Não posso me concentrar tão bem como habitualmente. 2 <input type="checkbox"/> É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo. 3 <input type="checkbox"/> Eu acho que não consigo me concentrar em nada.	WEB19
5.20 Cansaço ou fadiga	0 <input type="checkbox"/> Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual. 1 <input type="checkbox"/> Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual. 2 <input type="checkbox"/> Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer. 3 <input type="checkbox"/> Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.	WEB20
5.21 Perda de interesse por sexo	0 <input type="checkbox"/> Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 <input type="checkbox"/> Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar. 2 <input type="checkbox"/> Estou muito menos interessado(a) em sexo agora. 3 <input type="checkbox"/> Perdi completamente o interesse por sexo.	WEB21

TABAGISMO		GABARITO
2 <input type="checkbox"/> Ex-fumante	3 <input type="checkbox"/> Não fumante	WTAB1
Se 2, PULE para 6	Se 3, PULE para 7	

FUMANTE

2 Se sim, fuma há quanto tempo? _____ (anos) e _____ (meses)	WTAB2
3 Já tentou parar de fumar? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe / não responde	WTAB3
	WTAB41
	WTAB42
	WTAB43
	WTAB44
	WTAB45
	WTAB46
5 Pretende parar de fumar? 1 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Sim, em 6 meses 2 <input type="checkbox"/> Sim, em 30 dias 4 <input type="checkbox"/> Sim, mas não sei quando	Pular para questão 7 WTAB5

EX-FUMANTE

6 Se ex-fumante, quanto tempo faz da última vez que fumou? 1 <input type="checkbox"/> Menos de 30 dias 2 <input type="checkbox"/> De 30 dias a 6 meses 3 <input type="checkbox"/> Mais de 6 meses	WTAB6
---	-------

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Título da pesquisa:**

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

Prezado(a) Senhor(a):

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

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

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

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

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode entrar em contato com o Professor Arthur Eumann Mesas (coordenador da pesquisa), que

poderá ser encontrado na Rua Robert Koch, nº 60 – Vila Operária – CEP: 86038-440 – Londrina – PR, nos telefones (43) 3371-2398 ou (43) 9908-3910, ou ainda no e-mail: aemesas@hotmail.com. O(a) Sr.(a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Koch, nº 60, ou no telefone 3371-2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 20__.

Pesquisador Responsável

Nome: _____

RG.: _____

<p>_____ (nome do entrevistado), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.</p> <p>Data: ____/____/____</p> <p>Assinatura do entrevistado: _____</p>
--

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participação na entrevista)

ID					Nome:	
----	--	--	--	--	-------	--

“PRÓ-MESTRE II (2014-2015) - Saúde, estilo de vida e trabalho em professores da rede pública do Paraná”

Prezado(a) Professor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “**PRÓ-MESTRE II (2014-2015)**”, a ser realizada com professores das escolas estaduais participantes da primeira etapa do estudo **PRÓ-MESTRE (2012-2013)**. O objetivo da pesquisa é analisar com profundidade aspectos da saúde, do estilo de vida e do trabalho que se destacaram nos resultados da primeira etapa. Sua participação é muito importante e ela se daria respondendo a uma nova entrevista com perguntas sobre as características do seu trabalho, seu estado de saúde e alguns hábitos do seu cotidiano.

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

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

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

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar o Professor Arthur Eumann Mesas (coordenador da pesquisa), que poderá ser encontrado na Rua Robert Koch, nº 60 – Vila Operária – CEP: 86038-440 – Londrina – PR, nos telefones (43) 3371-2398 ou (43) 9908-3910, ou ainda no e-mail: aemesas@hotmail.com ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455 ou por e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, ___ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável

Nome: _____ RG: _____

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

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O *BASELINE*

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

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

PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: ARTHUR EUMANN MESAS

Versão: 1

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

CAAE: 01817412.9.0000.5231

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 22562

Data da Relatoria: 16/05/2012

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Toda a documentação está correta e adequada.

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

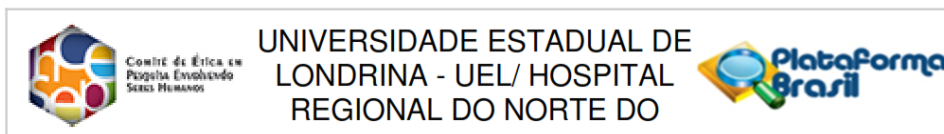
Projeto aprovado.

LONDRINA, 16 de Maio de 2012

Assinado por:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O SEGUIMENTO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÓ-MESTRE II (2014-2015) - Saúde, estilo de vida e trabalho em professores da rede pública do Paraná

Pesquisador: ARTHUR EUMANN MESAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33857114.4.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Fundação Araucária

DADOS DO PARECER

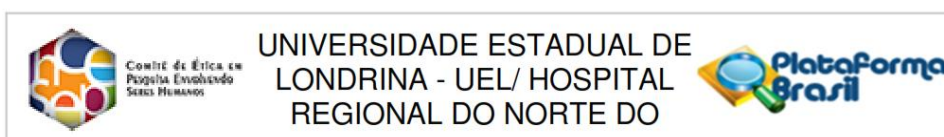
Número do Parecer: 742.355

Data da Relatoria: 31/07/2014

Apresentação do Projeto:

A atividade docente constitui uma das profissões com maior relevância social, sobretudo na Educação Básica, e geralmente apresenta condições de trabalho desafiadoras para o professor e com possíveis implicações para a sua saúde. Este projeto visa dar continuidade ao estudo Pró-Mestre, cuja etapa inicial consistiu em um estudo seccional quantitativo realizado no período de agosto de 2012 a junho de 2013, com levantamento de dados de 978 professores ativos em sala de aula e 102 professores readaptados das 20 escolas com maior número de professores da cidade de Londrina, PR. Considerando os dados obtidos no primeiro levantamento, o presente projeto - Pró-Mestre II (2014-2015) - propõe-se um novo levantamento de dados após cerca de 2 anos, visando identificar a incidência de alguns desfechos entre expostos e não expostos a determinadas condições de trabalho, de saúde ou de estilo de vida que, em teoria,

Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445)
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 742.355

poderiam conferir maior risco. Além dessa análise prospectiva, faz-se necessário aprofundar o conhecimento acerca de questões que receberam destaque na etapa inicial, seja por terem apresentado expressiva prevalência em professores ou pelos possíveis impactos sobre a saúde e, em consequência, sobre o seu trabalho. Entre essas questões, o grupo de pesquisas desenvolverá novo estudo transversal com maior detalhamento sobre oscilações de humor, sintomas depressivos, consumo de cafeína, qualidade do sono, distúrbios vocais e alterações cervicais, dor musculoesquelética e percepção postural, entre outros. Paralelamente, uma abordagem qualitativa será desenvolvida para uma maior aproximação com a realidade e os sentimentos dos professores que se encontram readaptados. Os resultados desta segunda etapa ampliarão o conhecimento científico acerca da saúde do professor e poderão fundamentar a elaboração de políticas públicas voltadas à melhoria das condições de saúde e de trabalho desses profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a relação entre as condições de trabalho, de saúde e de estilo de vida 24 meses após uma entrevista inicial.

Caracterizar os professores quanto à mudança do tipo de vínculo e das condições de trabalho após 2 anos de seguimento.

Identificar se a menor satisfação no trabalho aumenta o risco de absenteísmo e de uso de serviços de saúde por professores da rede básica.

Conhecer a prevalência de sintomas depressivos em professores pertencentes ao grupo de estudo.

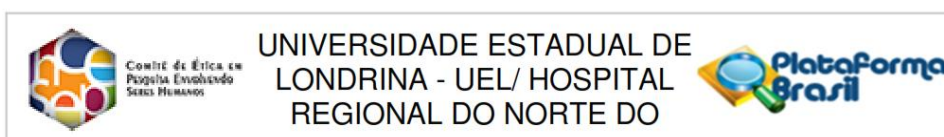
Identificar quais sintomas característicos da depressão são mais frequentes para então compreender a possível relação desses com a profissão docente. Caracterizar as atividades diárias de professores e analisar de que forma elas se relacionam com a percepção de bem estar físico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos serão mínimos, pois os procedimentos envolvem apenas entrevistas, resposta a questionários não identificável e o registro de parâmetros de qualidade do sono, voz e audição, não sendo realizado nenhum procedimento invasivo. Caso haja identificação de problema de saúde, os professores afetados serão orientados a buscar atenção profissional apropriada a cada caso.

Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445)
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 742.355

Benefícios:

Os resultados desta segunda etapa ampliarão o conhecimento científico acerca da saúde do professor e poderão fundamentar a elaboração de políticas públicas voltadas à melhoria das condições de saúde e de trabalho desses profissionais

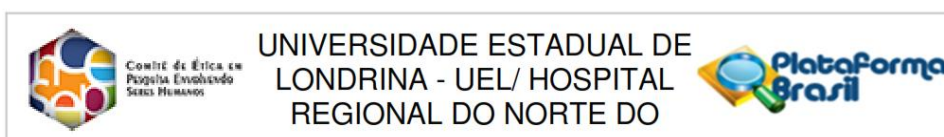
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

(UEL) que se propõe a analisar a saúde dos professores da Educação Básica da rede pública estadual sob diferentes perspectivas, incluindo metodologias quantitativas e qualitativas. A etapa inicial do estudo PróMestre

consistiu em um estudo seccional quantitativo realizado no período de agosto de 2012 a junho de 2013, com levantamento de dados de 978 professores ativos em sala de aula e 102 professores readaptados das 20 escolas com maior número de professores da cidade de Londrina, PR. Diversos dados foram obtidos na ocasião, entre os quais variáveis de caracterização sociodemográfica, perfil do tipo de vínculo e condições de trabalho, percepção do docente sobre determinadas cargas de trabalho e suas possíveis causas e consequências, aspectos do estilo de vida e de saúde autorreferida. Análises transversais vêm sendo feitas para identificar prevalências e características, sobretudo ocupacionais, associadas aos principais desfechos de interesse, como dor crônica, violência escolar, absenteísmo, dentre outros. Considerando os dados obtidos no primeiro levantamento, o presente projeto - Pró-Mestre II (20142015)

- propõe-se um novo levantamento de dados após cerca de 2 anos, visando identificar a incidência de alguns desfechos entre expostos e não expostos a determinadas condições de trabalho, de saúde ou de estilo de vida que, em teoria, poderiam conferir maior risco. Buscar-se-á analisar fatores de risco para mudanças de estilo de vida, síndrome de Burnout, absenteísmo e utilização de serviços de saúde. Por outro lado, pretende-se investigar outras

Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445)
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 742.355

possíveis

consequências de condições observadas na coleta inicial, como o letramento em saúde insuficiente, a pior qualidade do sono, o relato de dor crônica ou de violência escolar sofrida pelo professor. Além dessa análise prospectiva, faz-se necessário aprofundar o conhecimento acerca de questões que receberam destaque na etapa inicial, seja por terem apresentado expressiva prevalência em professores ou pelos possíveis impactos sobre a saúde e, em consequência, sobre o seu trabalho. Entre essas questões, o grupo de pesquisas desenvolverá novo estudo transversal com maior detalhamento sobre oscilações de humor, sintomas depressivos, consumo de cafeína, qualidade do sono, distúrbios vocais e alterações cervicais, dor musculoesquelética e percepção postural, entre outros. Paralelamente, uma abordagem qualitativa será desenvolvida para uma maior aproximação com a realidade e os sentimentos dos professores que se encontram readaptados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto não está preenchida adequadamente.

Apresenta autorização do Núcleo Regional de Educação de Londrina

Apresenta também:

APÊNDICE A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participação na entrevista)

APÊNDICE B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participação na actigrafia)

APÊNDICE C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participação na avaliação vocal)

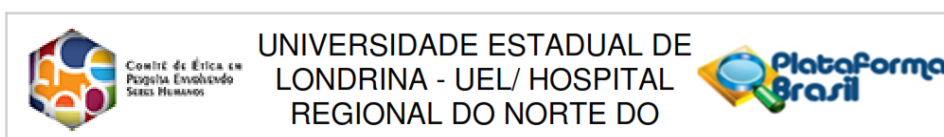
APÊNDICE D. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Professores readaptados)

Apresenta financiamento de RS112.730,00 da CAPES - PROEQUIPAMENTOS, editais 065/2010 e 024/2013.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445)
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 742.355

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A correção da instituição proponente foi realizada adequadamente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

LONDRINA, 07 de Agosto de 2014

Assinado por:
Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445)
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 86.057-970
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3371-5455 **E-mail:** cep268@uel.br

**ANEXO C – APROVAÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DE LONDRINA PARA
REALIZAÇÃO DO PRÓ-MESTRE *BASELINE***



Of. CHEFIA/NRE n.º 87/2012



Londrina, 04 de abril de 2012

Prezada Senhora
Prezado Senhor

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

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

Atenciosamente


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

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

**ANEXO D – APROVAÇÃO DO NÚCLEO REGIONAL DE EDUCAÇÃO DE LONDRINA PARA
REALIZAÇÃO DO PRÓ-MESTRE SEGUIMENTO**



Of. CHEFIA/NRE n.º 335/2014



Londrina, 14 de julho de 2014

Senhor Diretor,
Senhora Diretora,

A Chefia do Núcleo Regional de Educação de Londrina, em conformidade com orientações da SEED – Secretaria de Estado da Educação, autoriza a realização da pesquisa intitulada “Saúde, Estilo de Vida e Trabalho de Professores da Rede Pública do Paraná” (Pró-Mestre II - 2014/2015), junto às instituições de ensino da rede estadual de Londrina.

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

Atenciosamente,


Lucia Aparecida Cortez Martins
CHEFE DO NRE/LONDRINA
DECRETO Nº 735/2011

Ilmos Srs

Profª Drª Selma Maffei de Andrade - Coord. do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas - Coordenador de Projeto de Pesquisas

UEL - Londrina/PR