

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Carlos Pereira pela orientação e as sucessivas correções dos trabalhos apresentados nesta dissertação. O contagiante entusiasmo pela ciência, o rigor e a capacidade de trabalho, são para mim uma referência e uma fonte de motivação. Agradeço ainda a amizade.

Ao Professor Doutor João Duarte pela coorientação desta dissertação. Agradeço a pertinência das críticas e, em especial, o imenso tempo despendido na análise dos dados.

Ao Mestre Nélio Veiga pela coorientação, em especial pelos cálculos e análise dos fatores de risco.

À mestre Odete Amaral pelo apoio na conceção do estudo e nas decisões relativamente às opções metodológicas.

A todas as escolas, pela autorização da recolha de dados. Aos colegas que aceitaram dar o seu contributo, participando no preenchimento do questionário utilizado na recolha dos dados.

À minha família e aos amigos.

Ao António e ao Rodrigo pela aceitação da minha ausência, quase constante, durante dois anos, pela compreensão, pelo carinho e o apoio.

PREFÁCIO

Nos últimos anos, operaram-se profundas mudanças nas sociedades industrializadas resultantes da globalização e dos desafios decorrentes de novas economias baseadas no conhecimento. Tal cenário implica o reconhecimento do papel dos sistemas educativos e de formação, baseado na responsabilidade acrescida e numa exigência cada vez maior de modernização e de transformação. Para se operarem estas mudanças importa reconhecer e adequar as políticas de educação que estão no centro da criação e da transmissão de conhecimentos, determinando, de modo fundamental, o potencial de inovação das sociedades.

Portugal não é exceção pois nas últimas décadas registou sucessivas alterações no seu sistema educativo, originando, por si só, uma elevada instabilidade nas organizações escolares e nos seus professores.

Os professores aparecem, neste início do século, como elementos insubstituíveis não só na promoção da aprendizagem, mas também no desenvolvimento de processos de integração que respondam com eficácia aos desafios decorrentes da elevada diversidade bem como na elaboração de métodos apropriados com vista à utilização plena das novas tecnologias.

Contudo, os desafios com que se depara este grupo profissional são enormes e têm vindo a intensificar-se, devido à crescente complexidade e heterogeneidade do meio escolar, como, por exemplo no que se refere às mudanças nas tecnologias da informação e da comunicação, às restrições financeiras provocadas pela crise económica, às alterações nas estruturas sociais e familiares, bem como do crescente multiculturalismo e da necessidade de uma redefinição das práticas de inclusão social e de integração escolar.

Esta realidade origina sentimentos de impotência e frustração nos profissionais, sobretudo quando percebem o muito que lhes é pedido com o pouco que lhes é proporcionado para responder a essas solicitações. Diante destas e doutras pressões que afetam a profissão e as organizações, o mal-estar docente é uma realidade que passa a ser questionado e analisado por diversos autores e em diversos contextos.

Estas transformações cruzam os sistemas educativos e, conseqüentemente, os objetivos e os papéis da escola e o trabalho dos professores, uma vez que a organização escolar é uma unidade em mudança permanente, refletindo as modificações já operadas anteriormente

Estes novos paradigmas, impostos pelos desígnios dos tempos modernos, impõem um novo perfil do profissional da educação, capaz de mobilizar vontades individuais e capacitar competências adaptativas dos jovens, uma vez que a ciência parece não ser capaz de mostrar claramente e sem reservas, quais os caminhos a seguir.

O exercício de uma profissão é fundamental para o bem-estar individual e uma fonte de autoestima, conferindo uma grande importância à vida. O trabalho desenvolvido absorve uma grande parte do tempo gasto ao longo da existência humana pelo que analisar o percurso individual é da maior pertinência, tendo em vista estudar as eventuais consequências das mudanças paradigmáticas registadas atualmente e as suas repercussões no professor e nas organizações em que exerce a sua profissão.

Analisando a atividade dos docentes portugueses e considerando o resultado de estudos empíricos relativos aos conceitos de crise e mal-estar docente, rapidamente se percebe a probabilidade de existirem condicionalismos entre os professores que afetam o seu bem-estar físico, psicológico e emocional, com repercussões importantes na sua qualidade de vida.

Assim, sendo escassas as investigações realizadas neste grupo profissional e tendo nós que desenvolver uma dissertação no âmbito do curso de mestrado em educação para a saúde, optámos por escolher este grupo profissional como alvo da investigação, com o objetivo de caracterizar o seu perfil de saúde, relacionando-o com vivências particulares no contexto das suas escolas.

Na presente investigação propomo-nos estudar a ocorrência de insónias, de sintomatologia depressiva e a qualidade de vida nos professores da região centro de Portugal e ainda analisar as variáveis determinantes do seu estado de saúde.

Assim, depois de uma introdução geral onde são analisadas as temáticas de suporte às investigações, apresentamos um conjunto de três artigos, formatados como tal e seguindo as regras de submissão às revistas onde serão publicados. A dissertação encerra com uma nota final que comporta uma abordagem genérica e aglutinadora das diferentes conclusões dos estudos, seguida do capítulo dos anexos, do qual salientamos a cópia dos *abstracts* já publicados em revistas científicas, resultantes da divulgação já realizada em congressos internacionais.

Prefácio	2
Capítulo 1 – Introdução Geral	9
1 – Sono	10
1.1 – Perturbações do sono.....	13
1.1.1 – Classificação	13
1.1.2 – Prevalência.....	16
1.1.3 – Fatores de risco.....	17
1.1.4 – Consequências	18
2 – Depressão	20
2.1 – Classificação	20
2.2 – Fatores de Risco	22
2.3 – Frequência	24
2.4 – Consequências.....	26
3 – Qualidade de Vida	28
4 – Os professores no sistema educativo português	32
4.1 – O estatuto da carreira docente e as suas implicações na profissão.....	32
4.2 – A situação socioeconómica dos professores.....	37
Referências bibliográficas	41
Capítulo 2 – Insónia em professores do ensino básico e secundário. Prevalência e fatores de risco .	49
Capítulo 3 – Prevalência de sintomas depressivos em professores do ensino básico e secundário	69
Capítulo 4 – Determinantes da qualidade de vida em professores do ensino básico e secundário	93
Capítulo 5 – Estudo psicométrico da escala de satisfação geral dos professores (SGP-33)	115
Nota Final	129
Anexos	131
Pedidos de autorização	132
Questionário.....	136
Resumos publicados em revistas científicas	143

SIGLAS

ADD - Avaliação de Desempenho Docente

APA - American Psychiatric Association

BDI - Beck Depression Inventory

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition

DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, revised text

ECD - Estatuto da Carreira dos Educadores de Infância e dos Professores do Ensino Básico e Secundário

ESGT - Escala de Satisfação Geral no Trabalho

HRQOL - Health Related Quality of Life

ICD - International Classification of Diseases

ICD-10 - International Classification of Diseases, 10th Revision

ICSD - International Classification of Sleep Disorders

LBSE - Lei de Bases do Sistema Educativo

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODIN - European Outcome of Depression International Network

OMS - Organização Mundial de Saúde

QA/QE - Quadro de Agrupamento/Escola

QVRS - Qualidade de Vida Relacionado com a Saúde

QZP - Quadro de Zona Pedagógica

SF-12 - Short Form Health Survey 12 - Item

SF-36 - Short Form Health Survey 36 - Item

SGP-33 - Satisfação Geral dos Professores

SPSS 20 - Statistical Package for the Social Sciences

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO GERAL

1 – SONO

As mudanças sociais e económicas registadas no último século originaram um impacto substancial na organização individual do ciclo sono-vigília com repercussões importantes na saúde e na vida das pessoas. Numa sociedade globalizada, o trabalho trouxe novas exigências e elevados níveis de competição. Passou a ocupar um espaço cada vez maior no quotidiano das pessoas, não se limitando ao meio laboral, invadindo o tempo livre, dentro e fora do espaço familiar, sobretudo devido às novas solicitações e à existência de novas tecnologias. A sociedade vinte e quatro horas *on-line* tornou-se regra. Assim, como consequências de tudo isto, o dia prolongou-se para a noite, ficou mais curto e passou a surgir fora de horas. A fadiga tornou-se uma queixa habitual evidenciando repercussões negativas do excesso de trabalho sobre o ciclo sono-vigília ⁽¹⁾. Consequentemente, as mudanças ocorridas nos hábitos de vida dos cidadãos dos países da Europa ocidental têm implicado uma alteração constante nos padrões de saúde e de doença dos indivíduos ⁽²⁾.

O sono e vigília são estados indissociáveis que se influenciam mutuamente, sendo até considerados por Lavie ⁽³⁾, como duas faces de uma mesma moeda, condição corroborada por Paiva, que acrescenta que a principal função do sono é manter-nos acordados ⁽⁴⁾.

Tem-se tornado cada mais evidente que as investigações sobre o sono e as perturbações que lhe estão associadas, são necessárias e fundamentais para uma melhor compreensão do comportamento adaptativo humano durante a vigília ⁽⁵⁾. Existem investigações, incluindo em situações controladas de laboratório, que sugerem consistentemente o papel do sono no comportamento humano, nomeadamente na função essencial da aprendizagem, na organização da memória e na estabilidade psicoafectiva, bem como em outras funções essenciais relacionadas com o equilíbrio do organismo humano e imprescindível na recuperação de todos os gastos e abusos durante a vigília. Compreende-se assim, que o ser humano ocupe um terço da vida a dormir, facto fundamental para a sua sobrevivência ⁽⁴⁾.

Considerando que os indivíduos com perturbações de sono evidenciam sinais clínicos do problema, nomeadamente dificuldades cognitivas, alterações da motivação, do desempenho, da atenção, da concentração, do estado de humor, elevados níveis de fadiga/cansaço e de sonolência diurna ⁽⁶⁾, torna-se legítimo que se coloque a possibilidade de ocorrerem alterações idênticas em populações saudáveis, quando estas alteram os seus hábitos

de sono como consequência do ritmo de vida mais ou menos frenético. Tornou-se claro que muitos dos problemas do sono estão relacionados com os comportamentos e a falta de resposta ou a resposta inadequada às pressões e desafios do dia-a-dia, decorrentes da interação com contextos sociais cada vez mais latos e mais complexos exigidos às sociedades contemporâneas. Assim, reconhecem-se os problemas do sono, como um importante problema de saúde pública ⁽⁷⁾ cuja prevalência tem vindo a aumentar, facto que levou a que numerosos países, entre os quais Portugal, a dedicar-lhe uma particular atenção ^(2, 8).

Um dos aspetos considerados nas pesquisas sobre o sono foi quantificar as necessidades diárias de sono com vista a um adequado funcionamento durante o dia, do individuo. Contudo, parece existir uma aliteracia generalizado acerca das noções relativas ao ritmo sono-vigília e das regras de higiene de sono ⁽⁵⁾, comprovando a conceção generalizada de que o tempo dedicado ao sono é considerado perda de tempo ⁽³⁾, e portanto parece existir uma certa tendência a reduzi-lo em prol de atividades supostamente mais necessárias como por exemplo o trabalho ⁽⁵⁾. Alguns especialistas alertam para a forma como algumas pessoas negligenciam de forma advertida o sono, sobretudo nas sociedades ditas desenvolvidas, afirmando mesmo que se tornou vulgar a redução do tempo de sono, com menosprezo pelos possíveis efeitos que lhe estão associados ^(3, 5).

Embora os estudos e as reflexões sobre o sono e a vigília remontem à antiguidade, a sua investigação baseada em pressupostos científicos propriamente ditos, apenas surgiu no início do século XX. Este adiamento deveu-se a vários motivos, entre os quais a conceção passiva do sono e a ausência de instrumentos e métodos objetivos para o seu estudo ⁽⁵⁾. Assim, a partir da segunda metade do século XX, e segundo Lavie, deu-se uma autêntica revolução no estudo científico do sono, mas sendo este um fenómeno complexo, uma vez que durante o sono são executados e desenvolvidos vários processos biológicos, que no seu conjunto são essenciais à sobrevivência do Homem, uma definição simples não explica o seu real significado, sendo necessário considerar um conjunto de variáveis ⁽³⁾. Neste sentido, Buela Casal considerou as seguintes premissas, para melhor entendermos a sua essência:

- o sono é considerado como uma função vital básica;
- o sono é um estado reversível, podendo suceder o sono à vigília e vice-versa;
- o sono é um fenómeno cíclico, pois sono o e a vigília alternam-se ciclicamente de modo periódico e regular em ciclos de vinte e quatro horas;
- durante o sono há ausência, quase total, de movimento;

- o sono implica uma ampliação do limiar para responder a estímulos ambientais/externos;
- durante o sono existe uma atividade psicológica designada por “sonho”;
- durante o sono ocorrem modificações na atividade cerebral e noutras dimensões psicofisiológicas ⁽⁵⁾.

O ciclo sono-vigília dos adultos é um ritmo circadiano, ou seja, é um ciclo que se completa num período de vinte e quatro horas na presença de sinais ambientais que o sincronizem, sendo que, na ausência desses sinais, passa a expressar a ritmicidade endógena que, no caso, é de aproximadamente vinte e cinco horas ⁽⁹⁾. Desta forma, facilmente se compreende a possibilidade de existir uma grande variedade de padrões de ciclo sono-vigília nos seres humanos, devendo-se, estas diferenças, a características individuais e ambientais. Assim, é expectável que o número médio de horas necessárias de sono, bem como a estrutura do próprio sono ao longo do ciclo de vida, também varie desde o nascimento até à velhice ⁽⁹⁾.

Vários autores consideram que a duração normal do sono no adulto jovem, deve ser de sete horas. Contudo, na realidade não se sabe quantas horas de sono são necessárias dado que as mesmas são uma característica individual, determinada geneticamente ⁽⁴⁾ e influenciada por diversos fatores ambientais, nomeadamente os hábitos de vida ⁽⁴⁾. No que respeita à duração do sono, poderá existir uma certa variabilidade individual. Contudo, cerca de 90% dos indivíduos saudáveis dormem entre sete e oito horas por noite, 5% precisam dormir menos de seis, e outros 5% precisam de dormir entre nove e dez horas ⁽⁴⁾.

Neste sentido, importa reforçar a importância que os diferentes fatores em geral exercem na duração normal do sono, e, em particular, a idade dos indivíduos. Outros fatores sobre os quais se têm debruçado os investigadores, dizem respeito ao consumo de substâncias estimulantes, o género, a estação do ano, a latitude, entre muitos outros ⁽⁹⁾.

Num estudo desenhado com o objetivo de estudar as características do sono normal, encontrou-se uma relação significativa entre o sono excelente (com facilidade em adormecer, sono profundo, acordar repousado) e a regularidade do horário do sono. Assim, indivíduos que se deitavam e levantavam à mesma hora todas as noites eram também aqueles que dormiam melhor ⁽¹⁰⁾.

As variáveis envolvidas nas perturbações do sono podem ser classificadas em três grandes grupos: as *orgânicas*, onde inclui as patologias físicas de que são exemplo a dor, e as patologias respiratórias, endócrinas e renais; as *comportamentais*, englobando os comportamentos alimentares, o exercício físico e o consumo de drogas sociais, tais como cafeína, tabaco e álcool e as *ambientais*, que contemplam o nível de ruído, a temperatura, a

luminosidade e o tipo de colchão. Os estilos de vida, como os horários sociais (trabalho e repouso), são também apontados por diversos investigadores, como fatores associados à qualidade do sono ⁽¹¹⁾.

1.1 – PERTURBAÇÕES DO SONO

1.1.1 – Classificação

Refletindo a evolução do conhecimento científico sobre o sono, nomeadamente a fisiologia e a patologia, a sua definição modificou-se ao longo das últimas décadas.

As perturbações do sono estão definidas em três principais sistemas de classificação: o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV)* ⁽¹²⁾; a *Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (International Classification of Sleep Disorders – ICSD)* ⁽⁶⁾ e a *Classificação Internacional de Doenças (International Classification of Diseases – ICD-10)* ⁽¹³⁾. Estas três classificações constituem manuais de referência que convergem, parcialmente, nas classificações das perturbações do sono ⁽⁹⁾. Salienta-se que o ICD-10 é semelhante ao DSM-IV no que respeita a termos e códigos ⁽¹²⁾. Por outro lado, também é possível estabelecer uma relação entre o DSM-IV e a ICSD, ou seja, o DSM-IV descreve a relação com os critérios de diagnóstico para investigação da ICD-10, que por sua vez, apresenta compatibilidade a nível dos diagnósticos e códigos diagnósticos com o manual da ICSD ⁽¹⁴⁾. Contudo são manuais diferentes e apresentam pontos divergentes, nomeadamente no que respeita a critérios de inclusão, para efeitos de estudos epidemiológicos, de diagnóstico e de interpretação de resultados sobre as diferentes perturbações do sono.

De todas as perturbações do sono descritas as insónias são as mais frequentes ^(6, 12, 15). Assim, as insónias inserem-se nas perturbações do sono referentes às dissónias, podendo ser consideradas primárias do início e/ou da manutenção do sono ou de excessiva sonolência e, podem ainda, ser caracterizadas por uma perturbação na quantidade, na qualidade ou no horário do sono ⁽¹²⁾.

O sistema de Classificação Internacional das Perturbações do Sono identifica os seguintes grupos nosológicos: dissónias; parassónias; perturbações do sono associadas a doenças somáticas e mentais e perturbações do sono mal definidas ⁽⁶⁾.

As dissónias são o maior grupo entre as perturbações do sono com trinta e quatro perturbações, organizadas em três grupos:

- Intrínsecas - incluem-se neste grupo as insónias do tipo psicofisiológico, apneia obstrutiva do sono, entre muitas outras. No contexto deste estudo apenas se faz referência às insónias psicofisiológicas e que são a forma mais frequente de perturbação do sono. Muitas vezes, este tipo de situação tem o seu início aquando de um acontecimento perturbador da vida da pessoa, causador de stresse, mantendo-se mesmo depois do episódio ter passado. Muitas vezes o doente associa o quarto de dormir com ansiedade noturna e com o acordar de noite, devido às dificuldades em adormecer;
- Extrínsecas - sendo as perturbações do sono causadas por fatores externos, provocando uma desadequação em relação aos requisitos do sono, outras vezes relacionada com ingestão de álcool, drogas ou outros tipos de estimulantes ambientais;
- Circadianas - todas as perturbações circadianas do sono têm uma base cronobiológica, que surgem quando o ritmo do indivíduo está desfasado do ritmo da vida laboral ou social – o doente não consegue dormir quando pode e ocorrem múltiplos episódios de sonolência ou mesmo adormecimento em alturas “inadequadas”. Os exemplos mais comuns são o trabalho por turnos e o *jet-lag* ^(6,9).

O DSM-IV-TR ⁽¹²⁾ caracteriza-se por uma classificação psiquiátrica a qual organiza as perturbações do sono em quatro secções de acordo com a presumível etiologia: perturbações primárias do sono; perturbações do sono relacionada com outra perturbação mental; perturbação do sono devida a um estado físico geral e perturbação do sono induzida por substâncias ⁽¹²⁾. As perturbações primárias do sono são aquelas em que nenhuma das etiologias referidas (isto é, outra perturbação mental, um estado físico geral, ou uma substância) é responsável. Estão subdivididas em dissónias e parassónias. As dissónias incluem a insónia primária, hipersónia primária, narcolepsia, perturbação do sono relacionada com a respiração, perturbação do ritmo circadiano do sono e dissónia sem outra especificação ⁽¹²⁾.

Embora possam utilizar critérios de diagnóstico diferentes, a insónia primária a que alude a DSM-IV-TR é muito semelhante à insónia psicofisiológica proposta pela ICSD, particularmente em termos de ativação e dos fatores condicionantes, definindo como característica essencial a queixa de dificuldade em iniciar ou manter o sono, e a sensação de sono não reparador, durante pelo menos um mês (critério A). Contudo, os momentos

temporais para a ICSD baseiam-se nos sintomas ocorrendo no presente, no último mês, no último ano ou ao longo da vida; a perturbação do sono causa mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades no funcionamento social, ocupacional ou noutra área importante (critério B); a perturbação do sono não ocorre exclusivamente durante a evolução de outra perturbação do sono (critério C) ou perturbação mental (critério D) e não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de um estado físico geral⁽¹²⁾.

A ICD-10 agrupa as perturbações do sono em categorias diferentes:

- perturbações do início e da manutenção do sono;
- sonolência excessiva ou hipersónia;
- ciclo sono - vigília;
- apneia do sono;
- narcolepsia e cataplexia;
- outras perturbações do sono;
- perturbações do sono não especificadas⁽¹³⁾.

Considerando que a insónia se define pelo sentir repetidamente dificuldade em iniciar e/ou manter o sono (insónia inicial e de manutenção), despertar precoce (insónia terminal) ou sono não reparador⁽¹²⁾ a insónia pode ser considerada ligeira, média ou grave, dependendo da duração, frequência e intensidade^(6,9). Assim, insónia ligeira pode ser descrita por uma queixa quase diária de insuficiente quantidade de sono ou não se sentir descansado após o período de sono habitual, sendo acompanhada por pouca ou nenhuma evidência de comprometimento funcional social ou ocupacional; insónia moderada é caracterizada pela mesma sintomatologia da insónia leve, contudo a queixa é diária e origina média ou moderada evidência de comprometimento funcional social ou ocupacional; sendo que a insónia severa também apresenta a mesma sintomatologia da anterior, mas acompanhada por um grave prejuízo na funcionalidade diurna⁽⁶⁾. A gravidade da insónia está muitas vezes associada a sensações de falta de descanso, irritabilidade, ansiedade e fadiga ao longo do dia, agravando-se no sentido da insónia ligeira para a insónia severa⁽⁶⁾.

Usualmente define-se insónia pelas seguintes características: a) padrão de sono alterado – caracterizado pela dificuldade em adormecer, número de horas de sono insuficiente, acordar matinal demasiado cedo, acordar frequentemente durante a noite e por variabilidade do padrão de noite para noite; b) a qualidade do sono – caracterizada pela ocorrência de ansiedade ou agitação antes ou durante o sono, sensação de cansaço ao acordar e sono com sensações desagradáveis, designadamente os pesadelos e c) sequelas diurnas –

caracterizadas por sonolência, fadiga, dificuldades de memória, concentração, entre outras ⁽¹⁶⁾. A alusão à insónia está comumente relacionada com a sensação subjetiva de se dormir mal ou de um sono não reparador ⁽¹⁷⁾.

1.1.2 – Prevalência

Estudos epidemiológicos têm evidenciado elevadas prevalências de perturbações do sono em diferentes populações e grupos etários. Estima-se que cerca de um terço da população mundial sofra de uma qualquer forma de perturbação do sono ^(18, 19).

De todas as perturbações do sono, a insónia, representando pelo menos 50% dos casos ⁽¹⁸⁾, é a mais frequente a nível mundial ⁽²⁰⁾, incluindo Portugal ⁽²¹⁾.

Nos diversos estudos epidemiológicos realizados para avaliar a prevalência da insónia, tem-se registado grande variabilidade nas estimativas da prevalência, associada, em parte, à definição utilizada para estudar a insónia ^(22, 23).

Num artigo de revisão, Ohayon MM et al. ⁽²⁴⁾, categorizaram os dados da prevalência de insónia em mais de 40 estudos epidemiológicos e verificaram, como seria espectável, que quanto mais restritivos os critérios de diagnóstico, menor a prevalência. Assim, quando a definição de sintomas da insónia inclui consequências diurnas, estima-se que a prevalência possa variar entre 8 a 12% em adultos ⁽²⁴⁾, sendo que as consequências diurnas são maiores em indivíduos com idades inferiores aos 65 anos ⁽²⁵⁾. Contudo, se estiverem presentes os critérios definidos pela DSM-IV, incluindo a persistência de sintomas de insónia, no período de pelo menos um mês, e excluindo a presença de outra perturbação do sono, perturbação mental, ou os efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou condição médica, estima-se que a prevalência seja de aproximadamente 6% ⁽²⁶⁾, sendo que outros estudos apontam para prevalências ainda mais baixas, a variarem entre os 4,4% e os 6,4% ^(23, 24). Estudos efetuados em 2010, de base comunitária, utilizando critérios definidos pela DSM-IV ou ICD-10, estimaram prevalências de 6,4% para Espanha ⁽²⁷⁾ e de 7% para o conjunto dos países da Comunidade Europeia e outros países da Europa ⁽²⁸⁾.

Em Portugal, num estudo epidemiológico apresentado no XX Congresso da Sociedade Europeia do Sono (setembro de 2010) estimou uma prevalência de insónia na população portuguesa de 17,7% ⁽²⁹⁾, sendo que num estudo anterior, publicado em 2005 mas com dados referentes a 1998, a prevalência de insónia encontrava-se nos 28,1% ⁽³⁰⁾. Esta aparente

diminuição da estimativa de insónia pode dever-se apenas a questões metodológicas e não a variações temporais consistentes.

1.1.3 – Fatores de risco

A insónia pode ser uma deficiência primária em si mesma ou um sintoma de outras doenças. Quando crónica é frequentemente associada a uma série de condições de saúde adversas ⁽³¹⁾.

São numerosos os fatores apontados como fatores de risco para a insónia. As variáveis sociodemográficas o género, a idade, o estado civil, e o estatuto socioeconómico, constituem importantes determinantes da doença ⁽²⁴⁾, sendo que, o género e a idade são os mais referenciados, com estimativas de prevalência de insónia duas vezes superiores nas mulheres (12% vs. 6,3%, $p < 0,01$) ⁽²⁵⁾ e nos idosos ⁽²²⁾. A agregação familiar, associada a fatores de natureza genética e/ou ambiental tem sido referida em alguns estudos ^(32, 33). Os estilos de vida ⁽²⁴⁾, determinadas características do trabalho ⁽²²⁾, os elevados níveis de stresse no trabalho, o *burnout* ⁽³⁴⁾, o uso ou privação de substâncias psicoativas como o tabaco, o álcool e estupefacientes ⁽²⁴⁾, e outras variáveis relacionados com a doença física e mental, nomeadamente a dor, a ansiedade e a depressão, têm sido reportados como fatores de risco ⁽³⁵⁾. Outros estudos apontam, para além dos fatores associados à insónia, já referidos, determinadas doenças, tais como a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus*, as doenças cardiovasculares e músculo-esqueléticas e a doença pulmonar obstrutiva crónica ^(23, 24).

Existem poucos estudos que relacionem o stresse laboral com a ocorrência de insónia. Contudo, num estudo de Nakata *et al.* ⁽²⁵⁾ efetuado numa empresa de equipamento elétrico, os trabalhadores de *colarinho-branco* apresentavam uma prevalência de insónia de 23,6%, superior em trinta a quarenta e cinco por cento aos da classe geral dos trabalhadores Japoneses. Fatores como os conflitos entre os elementos do grupo de trabalho (OR=1,5) e a insatisfação no trabalho (OR=1,6) constituíram um risco significativamente aumentado ⁽²⁵⁾.

Apesar da maioria dos estudos apontar estimativas de prevalência de insónia superiores em classes socioeconómicas mais baixas, um estudo efetuado na população francesa, estimou maiores prevalências em indivíduos de *colarinho-branco* ⁽²⁵⁾.

Estudos transversais têm mostrado que indivíduos com insónia exibem também sintomas de depressão em 40% a 60% dos casos ⁽³⁶⁾.

Na abordagem dos fatores de risco para a insónia, existem evidências que permitem o seu agrupamento em três classes distintas:

- predisponentes: vulnerabilidade psicológica inerente caracterizada por níveis elevados de ansiedade, suscetibilidade a intrusão cognitiva e dificuldades de atenção/concentração;
- precipitantes: perturbações físicas, psicológicas (depressão e ansiedade) ou acontecimentos de vida (stress ocupacional, o parto, luto ou doença);
- perpetuantes: comportamentos desadequados como maus hábitos de sono (“má higiene do sono”), consumo de substâncias estimulantes ou indutoras do sono (álcool, cafeína, drogas, ansiolíticos, sedativos, opiáceo, entre outros) ⁽²⁴⁾, como resposta a distúrbios do sono que, ao longo do tempo, ajudam a manter insónia como um problema crónico ⁽³⁷⁾.

Este modelo interativo ajuda a explicar por que motivo alguns eventos de precipitação (por exemplo, o stress ocupacional, o parto, o luto e a doença) podem perturbar o sono na maioria dos indivíduos ^(9, 37) sem patologia do sono prévia e conduzir a uma perturbação do sono que poderá evoluir para a cronicidade ⁽⁹⁾.

A perturbação do sono e a fraca qualidade do mesmo são mais vulgares do que seria desejável, constituindo um dos problemas de saúde mais relevantes das sociedades ocidentais. A medicina do sono chama a atenção para algumas situações que poderão estar na génese da queixa da insónia que, uma vez corrigidas, poderão permitir a regulação do sono do indivíduo ⁽⁹⁾.

1.1.4 – Consequências

A insónia, devido à sua elevada prevalência e risco de cronicidade, está associada a uma significativa perda de qualidade de vida, uma vez que prejudica a segurança pessoal e degrada o desempenho social e profissional de milhões de pessoas em todo o mundo ⁽³⁷⁾.

Assim as perturbações do sono, nomeadamente a insónia, apesar de serem problemas individuais, com redução das capacidades mentais, cognitivas e físicas, estabelecendo uma relação importante na capacidade de realização das atividades do dia-a-dia ^(38, 39), também são universais, com grandes impactos socioeconómicos, pela elevada morbidade e comorbidade (coexistência com uma ou mais condições médicas ou psiquiátricas) ⁽³⁶⁾ e grande proporção de gastos com a saúde, devido a custos diretos (medicamentos,

internamentos, entre outros), a custos indiretos (absentismo, diminuição da eficiência/qualidade, menor produtividade no trabalho ⁽⁴⁰⁾, aumento de riscos de acidentes ^(41, 42)) e a custos intangíveis associados, designadamente à pior qualidade e de vida ⁽⁴⁰⁾ e à sintomatologia depressiva que lhe pode estar associada ^(4, 22).

O tratamento da insónia tem sido feito com recurso, frequentemente, a hipnóticos. Contudo, esta terapêutica está associada a efeitos adversos negativos e consequentes custos indiretos, incluindo o desempenho cognitivo diurno, a dependência e os acidentes ⁽⁴²⁾.

Fazer uma avaliação real dos custos associados à insónia é de grande dificuldade, uma vez que a pouca informação relativa à utilização dos serviços de saúde são reduzidos e o grau de sobreposição de insónia com doenças somáticas e psiquiátricas é elevada ⁽²⁵⁾. Apesar de grande diversidade nas estimativas dos custos associados à insónia, parece haver consenso de que estes são extremamente avultados ⁽⁴¹⁾.

Assim, os custos diretos anuais associados à insónia nos Estados Unidos da América, têm sido estimados em milhares de milhões de dólares, por si só ou em associação com determinadas comorbilidades (ex. dor crónica, condições neurológicas, diabetes e doenças cardiovasculares) e perturbações de natureza psiquiátrica, designadamente a ansiedade e a depressão, que resultam também em aumentos da utilização dos serviços de saúde ⁽⁴³⁾. Foi ainda demonstrado que o mínimo de consultas médicas e o uso de medicação são mais elevadas e a taxa de hospitalização sobe para cerca do dobro ⁽³⁸⁾.

A insónia afeta negativamente o funcionamento diurno, podendo ser o maior preditor de absentismo no trabalho ⁽⁴⁴⁾. Indivíduos com insónia apresentam o dobro de faltas, maior taxa de acidentes de trabalho, sendo a eficiência e a produtividade do trabalho inferior, com maior ocorrência de erros devido aos problemas de concentração e às dificuldades na realização de certas tarefas ⁽⁴¹⁾.

As estimativas dos custos situam-se, nos Estados Unidos, entre 92,5 e os 107,5 mil milhões de dólares ⁽⁴⁵⁾ e na Europa nos 35,4 mil milhões de euros ⁽²⁸⁾.

2 – DEPRESSÃO

2.1 – CLASSIFICAÇÃO

De um modo geral as classificações das doenças podem basear-se na sua etiologia, no processo patológico envolvido ou no tipo de sintomatologia que as caracteriza. Em psiquiatria, a etiologia e os mecanismos biológicos são, frequentemente, pouco conhecidos e a classificação é baseada na sintomatologia. Na ausência de fatores etiológicos claros, são identificados e valorizados vários sinais e sintomas, os quais podem ser validados parcialmente por outros critérios, associados, nomeadamente, a fatores genéticos, ao curso da doença e a resposta ao tratamento ⁽⁴⁶⁾.

Na prática psiquiátrica, a depressão é a entidade clínica mais frequente, podendo ser caracterizada por uma alteração duradoura do estado de humor, que se acompanha de uma modificação das perspetivas pessoais e de importantes funções biológicas do indivíduo, resultantes da interação entre a vulnerabilidade genética ou psicológica e os fatores ambientais suscetíveis de potenciar essas vulnerabilidades apresentadas pelo indivíduo ⁽⁴⁷⁾.

Atualmente, a depressão integra um grupo significativo de perturbações, clinicamente caracterizados por perturbações afetivas ou do humor ⁽⁴⁸⁾ mas a dificuldade em decidir quais as perturbações que deveriam ser incluídas e os critérios pelos quais deveriam ser organizadas foi grande ⁽¹²⁾ compreendendo-se assim que os critérios de diagnóstico da depressão tenham sofrido ao longo dos tempos grandes alterações e conduzido a grandes confusões terminológicas ⁽⁴⁷⁾. No entanto, nas últimas décadas, com a crescente utilização de critérios operacionais e entrevistas padronizadas, onde o estudo dos sinais e sintomas do indivíduo que sofre de perturbação mental constituiu o eixo central das modernas classificações, das quais, as mais amplamente conhecidas são: o DSM-IV, organizado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) ⁽¹²⁾ e a ICD-10, elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁽¹³⁾.

As classificações e nosologias do DSM da ICD evoluíram de forma independente mas cientes da existência uma da outra. A ICD só na publicação da décima revisão em 1992, integra a depressão no grupo das perturbações de humor, de forma congruente com o DMS-IV ⁽⁴⁹⁾. Assim, os dois sistemas de classificação, sem coincidência total na descrição dos quadros depressivos, acompanharam a evolução do conceito de depressão no meio clínico, sugerindo

designações e descrições relativamente semelhantes entre si. Definem com alguma convergência, as perturbações do humor no conjunto das diversas perturbações mentais, organizadas em três grandes grupos de doenças com vários subtipos e as diferenças respeitam ao número de sintomas e na especificação da duração, gravidade, desconforto, incapacidade e critérios de exclusão ⁽⁴⁸⁾.

Fazendo uma breve comparação dos sistemas de classificação, o DMS-IV-TR divide as perturbações de humor codificáveis em: *perturbações depressivas*, *perturbações bipolares* e *perturbações com etiologia estabelecida*, sendo que:

- *perturbações depressivas* - perturbação depressiva *major*; perturbação distímica e perturbação depressiva sem outra especificação;
- *perturbações bipolares* - perturbação bipolar I, perturbação bipolar II e perturbação ciclotímica;
- *perturbações com etiologia estabelecida* - perturbação do humor devida a estado físico e perturbação do humor induzida por substâncias ⁽¹²⁾.

De acordo com a classificação da ICD-10 é proposta a distinção entre: episódio maníaco; distúrbio afetivo bipolar; episódio depressivo; distúrbio depressivo recorrente; distúrbio do humor (afetivo) persistentes; outros distúrbios do humor (afetivos); distúrbio do humor (afetivos) sem outra especificação ⁽¹³⁾.

De acordo com a classificação do DSM-IV-TR, as perturbações do humor são categorizadas com base no aspeto clínico, na evolução e na abordagem terapêutica ⁽¹²⁾. Assim, dentro das perturbações depressivas encontramos a perturbação depressiva *major* caracterizada por um ou mais episódios depressivos *major*, onde o humor depressivo tem de estar presente a maior parte do dia e por um período mínimo de duas semanas. O indivíduo deve sentir também, pelo menos, quatro dos seguintes sintomas adicionais: alterações no apetite ou no peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões; pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio ⁽¹²⁾.

Para que o diagnóstico de episódio depressivo *major* seja considerado, o sintoma deve estar presente há pouco tempo ou ter piorado claramente, quando comparado com o estado anterior ao episódio. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante, pelo menos, duas semanas consecutivas. O episódio é acompanhado de distresse ou redução da sociabilidade, capacidade para o trabalho ou outras áreas importantes de funcionamento. A perturbação distímica diferencia-se da perturbação depressiva *major*, com

base na gravidade, cronicidade e persistência. É descrita como humor cronicamente depressivo presente em mais de metade dos dias durante, no mínimo, dois anos, associado a pelo menos dois sintomas clássicos (perturbações no sono, apetite, entre outros), contudo, o diagnóstico diferencial entre estas duas perturbações torna-se difícil pela partilha de sintomas semelhantes ⁽¹²⁾. Nas perturbações bipolares são distinguidas a perturbação bipolar I, caracterizada pela presença de um ou mais episódio maníaco, com elevação e expansão do humor, grave o suficiente para provocar prejuízos nas relações sociais ou de trabalho; perturbação bipolar II, caracteriza por episódios depressivos *major* recorrentes (mais suaves que na perturbação Bipolar I) com episódios hipomaníacos e a perturbação ciclotímica (no mínimo, alternância de episódios hipomaníacos com momentos depressivos) ⁽¹²⁾.

2.2 – FATORES DE RISCO

Diversos estudos de base comunitária e clínicos têm identificado fatores que potenciam o início da depressão. Embora cada fator isolado possa não explicar, por si só, o aparecimento da depressão, vários fatores de risco associados, podem conduzir a um quadro depressivo ⁽⁵⁰⁾.

A OMS aponta diversos fatores de risco para a depressão na população geral, designadamente o sexo feminino, o estado civil, a idade, o local de residência, a classe social, a história familiar de depressão, o stresse crónico e a falta de apoio social ⁽⁵⁰⁾. Estas circunstâncias de vulnerabilidades a interagir com eventos de vida stressantes, problemas relacionais e sociais que não estão incluídos nos sistemas atuais de diagnóstico ⁽⁵²⁾, nomeadamente insegurança no emprego e stresse no trabalho podem ser responsáveis por grandes variações na frequência de depressão nas populações ⁽⁵³⁾.

A maioria dos estudos epidemiológicos tem demonstrado que a prevalência da depressão é superior em indivíduos de sexo feminino ^(12, 54), sendo as diferenças consistentes em todo o ciclo de vida, mas mais evidente em adultas jovens e na meia-idade. Apesar de mais frequente nas mulheres, os homens apresentam depressão mais grave e frequentemente associada a problemas comportamentais com pior prognóstico ⁽⁵⁵⁾. A idade é também um fator de risco comum à depressão, com uma prevalência da perturbação depressiva *major* mais elevada entre os 25 e 44 anos, sendo menor para ambos os sexos em idade superior aos 65 anos ⁽¹²⁾. Outro fator de risco de depressão é o estado civil, já que os indivíduos divorciados,

separados, viúvos ou solteiros, mostram-se mais vulneráveis à depressão comparativamente com os casados ou em união de facto ⁽⁵⁰⁾.

Estudos realizados na população geral apontam consistentemente que o risco de depressão aumenta de dez a quinze por cento em familiares (pais, filhos e irmãos) com depressão grave, sendo um a dois por cento na população geral ⁽⁵⁰⁾.

A prevalência de depressão é superior nas classes socioeconómicas mais desfavorecidas bem como entre os indivíduos doentes ⁽⁵⁶⁾. A insuficiência renal, as cardiopatias, os acidentes vasculares cerebrais, o cancro e a asma, fazem parte de uma longa lista de doenças às quais está associado um aumento da ocorrência de sintomas depressivos ⁽⁵⁷⁾.

Existe uma associação sólida entre os principais eventos de vida stressantes e o aparecimento de depressão clínica em qualquer idade na vida de um indivíduo ⁽⁵⁰⁾. Em formas e intensidades diferentes, o stresse da vida pode desempenhar múltiplos papéis em relação à depressão *major*. Estima-se que aproximadamente um em cinco indivíduos expostos a eventos de vida stressantes acaba por desenvolver depressão ⁽⁵⁸⁾.

O stresse no trabalho é reconhecido como um dos maiores desafios à saúde dos trabalhadores, havendo grupos profissionais com níveis de stresse superiores a outros. Um exemplo desse grupo que evidencia mais níveis de stresse é a classe docente ^(59, 60). Estudos efetuados em Portugal e noutros países têm revelado níveis elevados de stresse, tensão grave e síndrome de *burnout* a nível laboral em professores, com repercussões na saúde física e psicológica dos mesmos ^(53, 61).

Vários estudos explicam esses altos níveis de stresse laboral em professores por dois tipos de fatores:

- *os fatores organizacionais* – que afetam diretamente a atividade profissional, dentro dos quais destacamos a sobrecarga de trabalho ⁽⁶²⁾, o tamanho das turmas e a indisciplina dos alunos ^(53, 62), a rigidez curricular, a pressão do tempo, a falta de recursos e a natureza emocional do trabalho ⁽⁶²⁻⁶⁴⁾;
- *os fatores sociais* – destacando-se o estatuto profissional e a imagem social claramente desvalorizada, o surgimento de novas fontes de informação e a transferência das funções educativas da família para a escola ⁽⁶⁵⁾.

De uma forma generalizada existem evidências de que o stresse na profissão docente é um problema grave com implicações óbvias na saúde mental ⁽⁶⁰⁾. Estudos efetuados em professores, nomeadamente na Alemanha, têm apresentado maiores taxas de *burnout*, quando comparadas com outras profissões de elevada componente inter-relacional como os médicos e

os assistentes sociais. Outros estudos, referem ainda essa condição como a principal causa de reforma antecipada decorrente de perturbações psiquiátricas ^(66, 67).

Um relatório de 2000, sobre reformas antecipadas por motivos de saúde, em Inglaterra, revelou que os problemas de saúde mental constituem quase metade de todas as condições debilitantes que conduzem a reformas antecipada dos professores ⁽⁶⁸⁾.

2.3 – FREQUÊNCIA

As prevalências da depressão apresentam grande variabilidade, justificada por diversos fatores, designadamente as características das amostras utilizadas, diferentes classificações nosológicas e o uso de diferentes instrumentos para classificar a depressão ^(38, 48). Contudo, são vários os estudos epidemiológicos a nível mundial que evidenciam uma prevalência preocupante. Apesar das variações e discrepâncias em termos de resultados encontrados, cerca de um terço da população adulta sofre, em cada ano, de um episódio classificável como perturbação mental ^(28, 69). Dentro destas, a depressão é a que aparece mais frequentemente, podendo apresentar proporções a variar entre quatro e dez por cento ⁽²⁸⁾.

Num estudo de prevalência anual nos Estados Unidos da América verificou-se que a depressão *major* atingia, nesse ano, 10,3% da população, com uma prevalência ao longo da vida de 17,1% ⁽⁷⁰⁾.

Um estudo do *National Institute of Mental Health* (2002), também reportado ao período de doze meses, concluiu que 9,5% da população americana sofre de depressão, ou seja, cerca 18,8 milhões de pessoas. Estudos mais recentes também nos Estados Unidos da América revelam um aumento da prevalência, tendo-se encontrado valores de prevalência para perturbações do humor ao longo da vida de 20,8 % (16,6% depressão *major*) ⁽⁷¹⁾ e 6,6% para a prevalência reportada a um período de doze meses ⁽⁷²⁾.

A nível Europeu, um estudo epidemiológico denominado *Depression Research in European Society* ⁽⁷³⁾, com cerca de 78.000 adultos entrevistados em seis países diferentes, revelou uma prevalência de episódios de depressão nos últimos seis meses de 17% ⁽⁷⁰⁾.

Atualmente, a incidência da depressão é preocupante, oscilando entre quatro a vinte novos casos por mil indivíduos por ano ⁽⁷⁴⁾, sendo previsível que o número de indivíduos com perturbações mentais aumente com o envelhecimento das populações ⁽⁷⁵⁾. No estudo, *European Outcome of Depression International Network* (ODIN), a prevalência pontual de

qualquer tipo de perturbação depressiva foi de 8,6%, com 6,6% para a depressão *major*, 1,0% para a distímia e 0,3% para as reações depressivas ⁽⁷⁶⁾.

Outros estudos realizados na Europa mostram que os distúrbios mentais mais frequentes são a ansiedade com uma prevalência de 14% e os distúrbios do humor com 7,8%, sendo 6,9% para a depressão *major* ⁽²⁸⁾.

Relativamente a Portugal são escassos os dados disponíveis, de base populacional, para estabelecerem corretamente a prevalência dos vários tipos de perturbações depressivas ⁽⁷⁴⁾. Contudo, foram efetuados três estudos que, segundo Gusmão *et al*, permitem estabelecer a prevalência de sintomatologia depressiva na comunidade. Estes estudos recorreram a uma escala de autoavaliação, o *Beck Depression Inventory* (BDI), revelando prevalências de 16,9%, 17,8% e 18,4% ⁽⁷⁴⁾. Um estudo realizado com adolescentes do distrito de Viseu permitiu estimar uma prevalência de sintomas depressivos em adolescentes de 20,6%, superior nas raparigas (25,9 vs. 14,2%) ⁽⁷⁷⁾.

Um estudo efetuado em todos os estados membros da União Europeia (2002), incluindo Portugal e conduzido pelo *The European Opinion Research Group*, mas utilizando uma metodologia diferente da anteriormente referida, revelou uma prevalência de sintomatologia depressiva para Portugal de 29,8%, contrastando com 23,4% da média Europeia ⁽⁷⁸⁾.

Cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de perturbações mentais e comportamentais em todo o mundo, estimando-se que cerca de 150 milhões de pessoas sofrem de depressão pelo menos uma vez na vida destes, e cerca de um milhão comete um suicídio em cada ano ⁽⁷⁹⁾.

De acordo com o primeiro estudo epidemiológico nacional de saúde mental intitulado “Prevalência, fatores de risco, carga social e económica e utilização de serviços”, Portugal é o país da Europa com maior prevalência de doenças mentais na população geral. No ano de 2009, cerca de um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica e aproximadamente metade já teve uma destas perturbações em algum momento da sua vida ⁽⁸⁰⁾.

Um estudo realizado em 2008, numa amostra de professores do 2.º e 3.º ciclos e secundário do ensino oficial da área de Lisboa, encontrou prevalências de sintomatologia depressiva de 42,2% ⁽⁸¹⁾.

2.4 – CONSEQUÊNCIAS

A vivermos numa sociedade do conhecimento, orientada para o trabalho e para a economia do mercado, o “capital mental” das populações é muito valioso, mas também muito vulnerável designadamente à depressão ⁽⁸²⁾.

As perturbações depressivas afetam profundamente a qualidade de vida, a produtividade profissional e a capacidade de realização dos papéis sociais e familiares ^(82, 83). Mais de metade dos indivíduos com depressão desenvolve uma perturbação recorrente ou crónica após o primeiro episódio depressivo e correm o risco de passar mais de 20% da sua vida, na condição de deprimidos ⁽⁸²⁾. A elevada prevalência em todos os países, associada à ocorrência em quase todas as idades e a forma com que afeta o trabalho e a vida dos indivíduos, são algumas das razões apontadas para a depressão estar associada a elevados custos económicos ⁽²⁸⁾.

De um modo geral, o maior peso das perturbações mentais deve-se principalmente à incapacidade, ou seja, ao impacto destas sobre o funcionamento diário dos indivíduos, e não devido à mortalidade prematura como acontece com o cancro ou doenças cardiovasculares ⁽⁸⁴⁾. Segundo o *Global Burden Diagnostic*, as doenças psiquiátricas emergiram como uma característica altamente responsável pelo estado de saúde das pessoas, representando mais de 15% do peso das doenças nas economias de mercado superior ao peso de, por exemplo, todas as formas de cancro ⁽⁸⁵⁾.

Sendo a depressão uma doença crónica ⁽⁸⁶⁾ o peso global da doença é substancialmente importante uma vez que as perturbações unipolares são a terceira maior causa do impacto da doença medidos em anos de vida com incapacidade e a principal causa de incapacidade ⁽⁸⁵⁾.

Na Europa, a depressão é uma das três doenças que mais contribui para o peso das doenças com 7,2% ⁽²⁸⁾. Um estudo europeu ⁽⁸⁷⁾ mostrou que o conjunto de todas as perturbações psiquiátricas custa à sociedade europeia aproximadamente 300 mil milhões de euros por ano, representando a depressão mais de um terço desse valor. Estes custos são variáveis de país para país, principalmente devido a diferenças no tamanho das populações, nas prevalências e na metodologia utilizada ^(86, 87).

Embora os custos ao sistema de saúde sejam muito significativos, a grande maioria dos custos associados a doenças psiquiátricas são contabilizados fora do sector da saúde, especialmente pelo impacto na produtividade ⁽⁸⁷⁾.

Dada a elevada prevalência e os efeitos das doenças mentais em todos os aspetos da vida e nas relações com o trabalho, a Organização Internacional do Trabalho estima que o

custo total (direto e indireto) destas doenças representa para a sociedade cerca de três a quatro por cento da produtividade nos países membros da União Europeia ⁽⁸⁸⁾. Embora a estimativa dos custos seja variável não há dúvidas que o encargo económico das doenças mentais é enorme e permite argumentar que o contributo para a pobreza individual, comunitária e social é muito significativo, até porque cerca de 44% a 80% do número de indivíduos com perturbações mentais não recebem tratamento, número este que aumenta para 90%, se falarmos em países em desenvolvimento ⁽⁷⁵⁾.

Nos Estados Unidos da América, em 1990, foram estimados custos diretos e indiretos superiores a quarenta e três mil milhões de dólares ^(89, 90). Os doentes com diagnóstico de depressão, seguidos em cuidados de saúde primários podem originar duas vezes mais gastos com a saúde relativamente a outros doentes ^(91, 92). Em Portugal, cálculos efetuados para o ano de 1992 dão-nos conta de custos diretos e indiretos, na ordem dos mil duzentos e vinte sete milhões de euros devido à depressão. A proporção mais elevada dizia respeito à valorização dos períodos de incapacidade temporária (80,4% do total), consumo de cuidados de saúde e suicídio ⁽⁵⁶⁾. Mais do que qualquer outra perturbação psiquiátrica, a depressão, a longo prazo, associa-se a uma maior incapacidade funcional a nível pessoal, familiar e social, com tendência para se agravar com o decorrer do tempo, se não for devidamente controlada e acompanhada. Quando comparada com outras doenças crónicas no que se refere à prevalência e aos custos, designadamente a nível económico, a depressão é considerada uma entidade particularmente importante ⁽⁹⁰⁾.

3 – QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida tem sido objeto de investigação crescente nas sociedades contemporâneas, em todas as áreas do conhecimento e examinada sobre as mais diversas abordagens ⁽⁹³⁾. É um conceito holístico que abrange múltiplos significados, refletindo conhecimentos, experiências, crenças, expectativas e, particularmente, as percepções individuais da saúde e da doença ^(94, 95). Todavia, alguns autores alertam para o facto de que mensurar qualidade de vida tem sido objeto de grandes controvérsias ⁽⁹⁶⁻⁹⁸⁾, pois as suas definições são tão numerosas, quanto os métodos para a avaliar ⁽⁹³⁾.

O termo qualidade de vida foi utilizado, originalmente, como crítica às políticas que estimulavam ilimitadamente o crescimento económico, causando prejuízos nas condições de vida e no meio ambiente ⁽⁹⁹⁾. Contudo, após a segunda Guerra Mundial, as alterações políticas e económicas redefiniram os conceitos de direitos humanos, de igualdade humana e social, forçando mudanças na conceção de saúde e de doença ⁽¹⁰⁰⁾. O termo qualidade de vida foi introduzido, procurando frisar que existe mais na condição humana do que o bem-estar material ⁽¹⁰¹⁾. Neste mesmo período, em 1948, a OMS redefine também o conceito de saúde passando a ser definida como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade ⁽¹⁰²⁾. Esta definição, representou uma rotura com a antiga noção de saúde e desencadeou mudanças nas políticas de saúde, encarando-a num contexto mais alargado de bem-estar humano ⁽¹⁰⁰⁾.

Contudo, as medidas do estado de saúde estavam centradas na avaliação das doenças ou das incapacidades (aspectos negativos da saúde) ⁽¹⁰⁰⁾. Na década de 60 do século XX surgiram os primeiros esforços organizados para medir a saúde no seu novo paradigma. Este novo conceito referia-se à saúde percebida no dia-a-dia pelas pessoas, fora do sistema de cuidados de saúde. Seguiram-se muitos outros estudos onde se verificou uma evolução na abordagem das medidas utilizadas baseadas na percepção dos indivíduos sobre a sua própria saúde, apontando a investigação, com alguma firmeza que a avaliação do estado de saúde, baseado na percepção pessoal de saúde é uma medida eficaz na predição da mortalidade ⁽¹⁰³⁾. Este conceito viria a ser materializado em estudos posteriores ⁽¹⁰⁴⁾.

A OMS, a partir do início dos anos 90, reconheceu que as medidas de qualidade de vida revestiam-se de particular importância na avaliação de saúde ⁽¹⁰⁵⁾, embora não havendo um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspetos fundamentais referentes

à conceção da qualidade de vida foram criados por um grupo de estudos sobre qualidade de vida da OMS, (*World Health Organization Quality of Life Group – WHOQOL - Group*). Esses aspetos são a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas. Assim, o desenvolvimento destes elementos conduziu à definição de qualidade de vida como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”⁽¹⁰⁶⁾.

Esta definição representa uma perspetiva transcultural e multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual^(106, 107).

A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspetiva transcultural motivou a OMS a desenvolver um instrumento com essas características⁽¹⁰⁷⁾. Assim, o WHOQOL - Group desenvolveu um projeto, envolvendo a participação de vários países, representando diferentes culturas, considerando como características fundamentais o caráter subjetivo da qualidade de vida e a sua natureza multidimensional. O resultado deste projeto foi a elaboração de um instrumento de avaliação de qualidade de vida desenvolvido em coerência com a definição assumida pela OMS, designado por WHOQOL-100 e composto por 100 itens⁽¹⁰⁷⁾.

O reconhecimento da dinâmica e multidimensionalidade do conceito refletiu-se na estrutura do instrumento, baseada em seis domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade (religião/crenças pessoais)⁽¹⁰⁸⁾.

Das diversas abordagens sobre qualidade de vida em geral, os aspetos relacionados com a saúde sobressaem e esta surge como o domínio mais importante⁽¹⁰⁰⁾. Assim no contexto específico da saúde, a qualidade de vida adquiriu uma designação específica que é a tradução de “*Health Related Quality of Life – (HRQOL)*” e que significa *Qualidade de Vida Relacionada Com a Saúde (QVRS)*⁽¹⁰⁹⁾. Sendo um conceito mais restrito do que a qualidade de vida em geral é muitas vezes utilizado como *estado de saúde*, *estado funcional* ou apenas *qualidade de vida*⁽¹¹⁰⁾ e representa os efeitos percebidos do estado de saúde na capacidade de se viver a vida, contemplando os aspetos positivos e negativos da mesma, ou seja: bem-estar, saúde física, psíquica e social⁽⁹⁶⁾. Poder-se-á referir que na avaliação da QVRS, o impacto da doença é avaliado sob a percepção do indivíduo/utente e não sob a ótica do profissional de saúde.

A multidimensionalidade do ser humano e a sua percepção são os pontos em comum das avaliações de QVRS ⁽¹¹¹⁾. Assim, é primordial na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde ter em consideração as seguintes dimensões:

- “*Estado funcional*, que se refere à capacidade de executar uma gama de atividades que são normais para a maioria das pessoas. Nelas se inclui, geralmente, o auto cuidado, a mobilidade e a capacidade de desempenho do papel social;
- *Sintomas físicos*, relacionados com a doença e o tratamento. Neles pode incluir-se a dor, o mau funcionamento de um órgão, entre outros;
- *Funcionamento psicológico*, como o *distresse* psicológico, sobretudo a ansiedade e a depressão;
- *Funcionamento social*, como o transtorno muito comum nos doentes crónicos. Nele inclui-se as relações com a família e o meio social mais alargado, bem como a frequência de participação em atividades sociais;
- *Avaliação global*, dado que a qualidade de vida não é mais do que a soma das suas partes componentes, é útil a inclusão de uma avaliação global como suplemento das mais específicas.

Esta avaliação global deveria limitar-se a áreas relacionadas com a saúde” ⁽¹⁰⁹⁾.

A ausência de uma definição de qualidade de vida no campo da saúde, tem conduzido à produção de inúmeras definições, nem sempre convergentes ⁽¹⁰⁴⁾, que, por conseguinte, originaram diversas formas de operacionalização ⁽¹¹²⁾.

Atualmente existem duas formas de medir a qualidade de vida, através de instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Os instrumentos genéricos, medem aspetos genéricos da qualidade de vida e os específicos quantificam particularidades decorrentes de uma determinada doença e, portanto, talvez mais sensíveis e de maior relevância para a sua utilização na prática clínica. Contudo, tem sido recomendado que na avaliação de intervenções terapêuticas para doenças específicas, sejam utilizados instrumentos específicos como complemento aos instrumentos genéricos, permitindo assim uma avaliação mais compreensiva da qualidade de vida. É entendimento que as medidas genéricas permitem comparações da qualidade de vida dentro de uma grande variedade de doenças ⁽¹¹³⁾.

Dada a diversidade de definições sobre qualidade de vida tem-se desenvolvido muitos instrumentos, contudo, e de um modo geral, as medidas genéricas da qualidade de vida são as mais amplamente utilizadas, uma vez que podem ser aplicadas a todos os indivíduos ⁽¹¹²⁾.

Exemplo disso é o questionário de saúde reduzido (Short-Form de 36 itens, ou SF-36) (SF-36 *Health Survey*, em Inglês), que é uma medida breve de avaliação do estado de saúde, que pode ser utilizada com diversos objetivos. Contém, 36 itens, dos quais 35 estão distribuídos por oito dimensões (funcionamento físico; desempenho físico; dor corporal; percepção geral de saúde; vitalidade; funcionamento social; desempenho emocional; saúde mental) e mais um item de transição de saúde). Sendo que estas dimensões associam-se em dois grandes componentes: componente físico e componente mental. Embora o SF-36 constitua uma forma reduzida, para algumas utilizações, ainda pode ser considerado longo e por esta razão foram estudadas ainda, formas mais reduzidas do SF-36, capazes de reproduzirem os componentes físicos e mentais do SF-36. Desta forma surge o SF-12, o SF-8 e o SF-6⁽¹⁰⁰⁾.

Relativamente ao SF-12 tal como o SF-36, as suas dimensões agrupam-se em dois componentes: componente físico e componente mental. Os doze itens do SF-12 são retirados dos trinta e seis do SF-36 incluindo um ou dois itens de cada uma das oito dimensões do SF-36, medindo assim, todos os oito domínios deste, embora de uma forma mais sumária. De acordo com Pais Ribeiro e outros autores por ele citados, o SF-12 parece ser uma medida válida do estado de saúde e uma alternativa válida ao SF-36⁽¹⁰⁰⁾.

4 – OS PROFESSORES NO SISTEMA EDUCATIVO PORTUGUÊS

4.1 – O ESTATUTO DA CARREIRA DOCENTE E AS SUAS IMPLICAÇÕES NA PROFISSÃO

Ao longo da história da profissão docente, temos assistido a um *percurso repleto de lutas, desafios e recuos*, que se traduziram em desenvolvimentos desfavoráveis de *desprofissionalização* tendo atingido de forma significativa os docentes nas últimas décadas ⁽¹¹⁴⁾.

A entrada de Portugal em organizações internacionais como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e a conseqüente maior exposição do país, colocaram-no como o país da Europa com menos escolarização ⁽¹¹⁵⁾. Este constrangimento internacional levou os responsáveis políticos à tomada de medidas, no sentido de expansão quantitativa do seu sistema educativo, o que obrigou a um recrutamento massivo de professores, muitos, com poucas habilitações académicas e profissionais, num curto período de tempo, originando a sua desprofissionalização ⁽¹¹⁶⁾.

Após a instauração do regime democrático, abriu-se uma nova página na educação portuguesa ⁽¹¹⁷⁾. Surgiu um período revolucionário que se expressou no interior das escolas, provocado pelo reposicionamento do controlo da administração central do Estado sobre o aparelho educativo, através de excessiva legislação, reduzindo a autonomia profissional dos professores e, conseqüentemente, reelegendo este grupo ocupacional ao estatuto de funcionalismo público ^(114, 118). Esta situação só foi alterada com a publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) em 1986 (Lei 46/86, de 14 de outubro) ⁽¹¹⁹⁾, a qual estabelece no seu capítulo IV, os princípios básicos da formação dos educadores e professores e as respetivas carreiras. Nos seus princípios, consagra a democratização do ensino e a equidade social, caindo assim o modelo de “escola elitista”, onde o acesso não era para todos. Tenta inverter a massificação da escola e construir de facto uma escola de massas, onde houvesse não só igualdade de acesso mas também igualdade de sucesso para todos, como plasmado no seu artigo 7.º designadamente na sua alínea 0) que refere: “*Criar condições de promoção do sucesso escolar e educativo a todos os alunos*”⁽¹¹⁹⁾. Estas mudanças passam a representar

desafios exigentes para os professores, uma vez que estes vão necessitar de formação que integre as componentes técnicas, científicas e ainda outras de cariz humanitária ^(114, 117).

No seguimento destas preocupações e de forma a colmatar as lacunas estruturais criadas com o significativo aumento do número de professores sem habilitações académicas e profissionais, a profissionalização em serviço caracteriza a década de oitenta ⁽¹²⁰⁾.

A década de noventa é marcada pela formação contínua de professores, significando a qualificação para o desempenho de novas funções e a reciclagem de professores. Individualmente, os professores apostam na sua formação e na valorização profissional de modo a afirmar o seu profissionalismo ^(114, 120).

A massificação crescente da educação e o significativo aumento do número de professores conduziu à aprovação de um documento que contemplasse os aspetos relativos à vida profissional dos mesmos, desde os deveres aos direitos, ao recrutamento, às férias, às faltas, à mobilidade, à aposentação, entre outros em substituição de vária legislação avulsa que existia. Este normativo, muito desejado pelos professores ⁽¹¹⁸⁾, ficou conhecido pelo Estatuto da Carreira dos Educadores de Infância e dos Professores do Ensino Básico e Secundário (ECD), regulamentado pelo Decreto-Lei n.º139-A/90, publicado a 28 de Abril ⁽¹²¹⁾.

Este documento trouxe a consagração de uma carreira única, abrangendo todos os níveis de ensino e segundo o seu preâmbulo tinha como finalidade em primeiro lugar “*a melhoria da produtividade pessoal docente, reconhece e consagra as especificidades inerentes ao exercício de atividade, introduzindo as condições necessárias à dignificação e valorização da função educativa e a uma efetiva modernização do Sistema Educativo*” (preâmbulo do Decreto – Lei n.º139-A/90). É explícito também no documento a “*necessidade da avaliação do desempenho dos docentes, com vista à melhoria da respetiva atividade profissional e à sua valorização e aperfeiçoamento individual da qual passa a depender a progressão na carreira*” (preâmbulo do Decreto – Lei n.º139-A/90) ⁽¹²¹⁾.

A aprovação deste estatuto corresponde a uma época de bastante conflitualidade, uma vez que os aspetos relacionados com os direitos dos professores careciam de regulamentação específica (art.º 54, 55, 57 e 63) o que não aconteceu no imediato ⁽¹¹⁸⁾. As expectativas e finalidades deste estatuto, afinal, não corresponderam aos anseios dos professores. Surge uma certa instabilidade fruto de políticas educativas desajustadas e até contraditórias ao que estava preceituado na lei. Um dos aspetos mais negativos deste estatuto foi, a avaliação do desempenho, consistindo fundamentalmente num relatório de atividade realizado pelo próprio professor e, quando se tratava de um momento específico de avaliação na transição do 7º para

o 8º escalão, esta baseava-se na elaboração e discussão do currículo profissional perante um júri. Contudo foi um documento marcante, consagrou alguns aspetos relevantes para o profissionalismo docente.

Decorridos sete anos, surge a revisão do ECD, através do Decreto – Lei n.º1/98 de 2 de janeiro ⁽¹²²⁾. O presente diploma desenvolve e clarifica aspetos relativos aos direitos profissionais dos docentes, nomeadamente quanto aos direitos de negociação coletiva, de participação no processo educativo, de formação e informação para o exercício da função educativa e de segurança na atividade profissional (preâmbulo do Decreto – Lei n.º1/98 de 2 de janeiro) ⁽¹²²⁾. Efetivamente são confirmados alguns direitos dos professores, como o direito a licença sabática para a realização de projetos de investigação de interesse pessoal e/ou profissional, aperfeiçoamento de formas de mobilidade, incentivos no caso de uma avaliação extraordinária, facilitando uma mais rápida progressão na carreira, entre outros. A exigência da formação inicial como base de licenciatura para o ingresso na carreira docente e a consagração dos direitos dos professores foram aspetos revelantes para o prestígio social da profissão e o seu reconhecimento público ⁽¹²²⁾. A profissão docente foi regulamentada entre janeiro de 1998 e janeiro de 2007 por este documento.

Em março de 2000, em Lisboa, o Conselho Europeu, verificando que a União Europeia se encontrava perante “*uma enorme mudança resultante da globalização e dos desafios de uma nova economia baseada no conhecimento*”, definiu como objetivo estratégico até 2010, que a União Europeia deve “*tornar-se na economia baseada no conhecimento mais dinâmica e competitiva do mundo, capaz de garantir um crescimento económico sustentável, com mais e melhores empregos, e com maior coesão social*”, tendo salientado que tais alterações requeriam não só “*uma transformação radical da economia europeia*”, mas também “*um programa estimulante para [. . .] modernizar os sistemas de segurança social e de ensino*”. As políticas de educação e de formação são o cerne da criação e da transmissão de conhecimentos, determinando de forma essencial o potencial de inovação de cada sociedade ⁽¹²³⁾. Assim, a educação surge como a principal resposta do poder político face às novas pressões do mercado e ao dilema da economia global evitando o desmoronamento das sociedades ⁽¹²⁴⁾.

As questões da diversidade, nas suas múltiplas facetas, abriram caminho para uma redefinição das práticas de inclusão social e de integração escolar e por outro lado, os desafios colocados pelas novas tecnologias que têm revolucionado o dia-a-dia das sociedades e das escolas ⁽¹²⁵⁾.

Um relatório publicado pela OCDE em 2005 – Teachers matter – abre com a referência a uma nova preocupação social e política que inscreve “*as questões relacionadas com a profissão docente como uma das grandes prioridades das políticas nacionais*”⁽¹²⁶⁾.

Conjuntamente, em Portugal, o relatório nacional⁽¹²⁷⁾, sobre a implementação do Programa de Trabalho “Educação e Formação 2010” (2005) é elucidativo quanto à relevância concedida ao capítulo da educação e formação, privilegiando a formação ao longo da vida, num contexto de contenção económica que poderá originar situações político-sociais incómodas^(125, 127).

Este conjunto de factos fez com que os professores reaparecessem, neste início do século XXI, como elementos insubstituíveis não só na promoção da aprendizagem, mas também no desenvolvimento de processos de integração que respondam aos desafios da diversidade e de métodos apropriados de utilização das novas tecnologias⁽¹²⁵⁾ e assim garantir um contributo mais eficaz na concretização da “Estratégia de Lisboa” e em resposta às dificuldades persistentes, patentes nos relatórios de avaliação intercalares⁽¹²⁸⁾.

No conjunto de medidas adotadas nas reformas da educação, a avaliação do desempenho profissional e organizacional e a prestação de contas para a contenção de custos e aumento da eficácia foram prioridade central da mudança educativa que, no entender dos responsáveis, responderia aos problemas de fundo que têm caracterizado a educação portuguesa nos últimos anos⁽¹²⁴⁾.

Foi neste contexto político que a equipa ministerial responsável pela educação reformulou o ECD e regulamenta a Avaliação de Desempenho Docente (ADD) – através do Decreto-Lei nº15/2007 de 19 de janeiro e do Decreto Regulamentar nº2/2008 de 10 de janeiro, respetivamente – no sentido de fomentar a mudança educativa, elegendo a qualidade do desempenho dos docentes como um desígnio basilar para o sucesso educativo e, simultaneamente, para o desenvolvimento profissional do professor⁽¹²⁹⁾.

A avaliação do desempenho docente, tal como está consagrada no ECD, tem em vista, por um lado, a melhoria dos resultados escolares dos alunos e da qualidade das aprendizagens e, por outro lado, proporcionar orientações para o desenvolvimento pessoal e profissional docente “*no quadro de um sistema de reconhecimento do mérito e da excelência*”. Por conseguinte, na perspetiva do legislador, a avaliação docente deve englobar um conjunto de contributos a nível profissional, a saber, a melhoria da prática pedagógica, a valorização e aperfeiçoamento individual, a inventariação das necessidades de formação. Além disso, a avaliação do desempenho docente deverá possibilitar a deteção dos fatores que influenciam o rendimento profissional, bem como diferenciar e premiar os melhores profissionais, facultar

indicadores de gestão em matéria de pessoal docente, promover o trabalho de cooperação entre os docentes, tendo em vista a melhoria dos resultados escolares e ainda promover a excelência e a qualidade dos serviços ⁽¹³⁰⁾.

Na verdade, este movimento para o controlo e a avaliação da qualidade e desempenhos da educação e dos professores ganha impacto, muito especialmente, no modo como a educação é perspetivada pela sociedade ^(124, 131).

O sistema educativo português enfrenta as dificuldades que decorrem dos desafios inerentes a uma *escola para todos*, pois, ao passarmos de uma *escola de alguns* para uma *escola para todos*, houve um *tempo de promessas* que faliu, dando lugar a um *tempo de incertezas* ⁽¹³²⁾ que se caracteriza por sentimentos gerais de frustração social quanto à utilidade da escola.

A atual conceção de educação, que deriva do triunfo da ideologia de mercado, passou a ter novos critérios e padrões de qualidade, imergindo práticas relacionadas com a competitividade, a produtividade, a eficácia, a eficiência, a busca de excelência, entre outros, provocando a erosão dos valores sociais, culturais e morais, enquanto triunfam os valores económicos ⁽¹³³⁾.

É neste contexto social que se tem vindo a perspetivar a profissão docente, que de uma atividade tranquila, de dedicação ao cultivo da ciência e às relações cordiais, passou a ser uma profissão difícil ⁽⁶³⁾, vivida com a *angustiante necessidade de formação e reformação, pela sensação de que estamos sempre desatualizados* ⁽¹³⁴⁾.

Em Lisboa, no ano 1989, aquando da realização do 3º Congresso Nacional de Professores, subordinado ao Tema “Professor: uma profissão de futuro”, foram propostos cinco vetores considerados decisivos:

- A profissão docente possui saberes próprios e exige uma formação de elevado nível científico;
- A valorização da função docente começa pela revalorização do estatuto económico do professor;
- A valorização da profissão docente passa pela criação de condições de estabilidade profissional e de exercício digno da profissão;
- A profissão docente deve ser capaz de estabelecer os seus próprios códigos deontológicos e de os avaliar permanentemente;
- A profissão docente deve ser participativa e inovadora ⁽¹³⁵⁾.

Um estatuto valorizado, do ponto de vista económico, representaria maior despesa pública, o que do ponto de vista político não permitiria perspetivar esta possibilidade. É deste modo que surgem algumas das alterações produzidas no estatuto em vigor, mas que nunca foram assumidas pela tutela, provocando mau estar nos profissionais de educação e dando origem à luta dos professores, primeiramente associadas ao seu estatuto remuneratório, suscitando junto da opinião pública uma imagem marcada pela defesa de interesses pessoais de classe, em detrimento dos interesses coletivos ⁽¹¹⁸⁾.

Relacionado com o primeiro vetor, os professores são confrontados, na sua maioria, com a necessidade de reinventar permanentemente o seu papel. Porém, a formação de professores não tem acompanhado essas novas exigências ⁽¹³¹⁾, o que cria dificuldades no exercício profissional, dado que, na prática, a realidade é bem diferente do contexto de formação. Esta situação provoca um grande desencanto, originando insegurança e mal-estar ⁽¹¹⁸⁾.

4.2 – A SITUAÇÃO SOCIOECONÓMICA DOS PROFESSORES

Compreender a atividade docente e a sua identidade alheada da pessoa do professor, da sua história de vida ⁽¹³⁶⁾, em condições de modernidade radicalizada em que o espaço e o tempo se alargam indefinidamente, em que quotidianamente o local e o global se interpenetram e se diluem um no outro, torna-se uma tarefa difícil ⁽¹³⁷⁾.

A singularidade de cada ser humano e a indeterminação das situações de ensino fazem com que a profissão docente não se defina pela simples capacidade “*cumprir ou executar*”, pois ela “*é uma atividade de pessoas que não podem trabalhar sem dar sentido ao que fazem, é uma interação com outras pessoas numa perspetiva de promover a sua personalidade e humanidade*”⁽¹³⁸⁾.

Considerando que o alvo da profissão docente são as pessoas, e que se baseia numa relação, pela sua natureza, delicada, ser professor constitui, em si mesmo, um fator de risco para alterações em diversos domínios da sua vida pessoal e social ⁽¹³⁹⁾.

Certamente que nunca existiram épocas em que fosse fácil o seu exercício, o qual sempre foi questionado e julgado ⁽¹³⁹⁾. Contudo, hoje, esta profissão é marcada por uma *multiplicidade/pluralidade de dimensões que a complexificam e que se traduzem em exigências contraditórias*” ⁽¹⁴⁰⁾.

Nunca como agora a escola e os professores foram confrontados com tantos desafios e tantas responsabilidades. São-lhes constantemente atribuídos novos papéis, confrontando-os com realidades complexas resultantes das intensas transformações sociais, políticas, culturais, laborais e familiares que tem ocorrido em simultâneo ^(67, 131, 141). A coexistência de diferentes modelos educacionais numa sociedade multicultural, as crescentes oportunidades de se aprender fora da escola devido à grande expansão das tecnologias de informação e comunicação, as profundas transformações na estrutura e dinâmica familiar, as mudanças nas relações de convivência e poder, o aumento da burocracia e o escrutínio público, são apenas alguns exemplos ^(67, 139, 142, 143).

As transformações que estiveram na origem da globalização e da sociedade de informação, impuseram uma gestão racional de recursos, em que com o mesmo se faz mais (melhores taxas de sucesso) e alargaram os domínios em que o professor é intimado a intervir, aumentando o sentimento de indefinição profissional num quadro de crescentes níveis de sofrimento no trabalho ^(118, 143).

Os professores exercem a sua profissão em sociedades em que tudo é pedido à escola, como se esta não fosse permeável a todos os problemas sociais e aos modelos que a influenciam ⁽¹⁴⁴⁾, ou seja, sociedades cada vez mais abertas e cheias de desequilíbrios ⁽¹³⁹⁾. Há escolas que, no meio de reformas sucessivas, não conseguem encontrar um rumo que vá de encontro aos seus públicos e às respetivas aspirações e interesses ⁽¹³⁹⁾.

O contexto atual está severamente marcado pela “sociedade do conhecimento”. Sociedades que se definem pela procura incessante de novos conhecimentos e tecnologias ⁽¹³⁴⁾ e “onde a compressão do tempo e do espaço” conferem muitas mudanças e intensificam o trabalho ⁽¹⁴⁵⁾. Assim os sistemas educativos contemporâneos vêm-se foçados a responder às exigências desta sociedade, *“mundializada, digitalizada, interativa e que reclama um pensamento em rede, reconhecendo a importância da alteridade, da cidadania, do diálogo e da solidariedade em que o respeito pelo ser humano seja o ponto de partida e o ponto de chegada”* ⁽¹¹⁸⁾.

Hoje, os desafios e constrangimentos que afetam a aptidão dos professores para o seu desempenho profissional e para o desenvolvimento das suas capacidades, de forma a melhorarem a educação são imensos, mas o sentido do desenvolvimento profissional dos professores depende das suas personalidades, das suas vidas pessoais e profissionais e das políticas e contextos escolares nos quais realizam a sua atividade docente ⁽¹⁴³⁾. Nesse aspeto, os “tempos” não têm sido os mais favoráveis ⁽¹⁴⁶⁾.

Na mutação qualitativa que tanto se deseja na educação do séc. XXI, tem sido esquecido o “eu” do professor, a sua identidade pessoal e as causas do referido “mal-estar docente”⁽¹³¹⁾.

Na sequência das orientações consagradas na designada “Estratégia de Lisboa”, são enfatizados a qualificação dos recursos humanos e o papel desempenhado pelos professores como agentes de mudança para a necessária “modernização da escola”, requisito obrigatório para a concretização dos objetivos traçados na área económica e social, no seguimento do compromisso dos países europeus em tornar a Europa a região mais competitiva e coesa do Mundo^(147, 148).

Daqui resultam, assim, grandes desafios para o sistema educativo português, nomeadamente na obrigatoriedade de aumentar a qualificação de um maior número de cidadãos, sem todavia perder qualidade^(147, 148). O objetivo é melhorar a imagem da escola pública, no sentido de esta não ser considerada uma segunda escolha, e minorar o impacto das condições sociais e económicas, acautelando que a avaliação de desempenho da carreira docente não interfira negativamente nos relacionamentos pessoais e na vontade de partilhar e trabalhar em equipa⁽¹⁴⁹⁾.

É notório o clima de insatisfação na classe docente, justificada pelo facto de algumas necessidades desta classe não serem devidamente equacionadas e satisfeitas.

Embora Delors advogue que “nenhuma reforma educativa teve êxito contra ou sem os professores”⁽¹⁵⁰⁾, não é a isso, contudo, que temos assistido. Recordemos o dia oito de novembro de 2008, quando aproximadamente 120 mil professores, correspondendo a três quartos da totalidade de professores em Portugal, desfilaram nas ruas de Lisboa, facto que foi noticiado em toda a imprensa. Nesta sequência surgiram duas greves nacionais com taxas de adesão nunca antes vistas. Estas parecem-nos eloquentes provas do descontentamento e mal-estar dos professores.

Como sublinhou António Nóvoa é gritante o contraste entre “*o excesso dos discursos*” e a “*pobreza das práticas*”⁽¹²⁵⁾. Esta divergência entre o discurso e a prática coloca os professores em situações de grande mal-estar. Assim, se por um lado temos discurso sobre a valorização da profissão docente, por outro lado vemos a degradação das condições de trabalho; se por um lado surge o discurso sobre o papel da escola e dos professores na construção social, em termos de prosperidade e justiça, por outro lado evidencia-se o agravamento dos problemas sociais e as manifestações de comportamentos avessos à escola; se por um lado encontramos o discurso sobre a valorização da profissão docente e a

autonomia das escolas, por outro lado desponta a emergência de modos de regulação que aumentam o controlo e engrandecem a desprofissionalização ⁽¹⁵¹⁾.

António Nóvoa refere que, no relatório da OCDE, *Education Policy Analysis* (1998), em apenas três páginas são utilizadas expressões como: “trazer outra vez os professores para o retrato”; “colocar os professores no centro dos processos sociais e económicos”; “os professores são os profissionais mais relevantes na construção da sociedade do futuro”; “os professores têm de voltar para o centro das estratégias culturais”; “os professores estão no coração das mudanças”. Tudo isto para concluir que “a centralidade dos professores nem sempre é devidamente reconhecida no plano político” ⁽¹²⁵⁾.

Como será então possível superar as discordâncias entre esta eloquência discursiva acerca do importante papel dos professores e da sua necessária valorização e a realidade de uma profissão marcada pelo sofrimento no trabalho, por uma crise de autoridade pedagógica e pela exigência permanente e culpabilizante de resultados ⁽¹⁵¹⁾.

Resultados de investigação empírica permitem evidenciar a ambiguidade que atravessa, na atualidade, a profissão docente, traduzida em modalidades de sofrimento no trabalho e em que a profissão é vivida sob o signo do stress ⁽⁶¹⁾, do mal-estar ^(63, 152) e da solidão (induzida pelo individualismo defensivo) que resultam da “deterioração das condições objetivas e subjetivas do exercício profissional” ⁽¹⁵³⁾.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paiva T, Penzel T. Centro de medicina do sono: manual prático. Lisboa, Porto: Lidel; 2011.
2. Duarte J. Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência [Doutoramento em Saúde Mental]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto; 2008.
3. Lavie P. O mundo encantado do sono. Lisboa: Climepsi; 1998.
4. Paiva T. Bom sono, boa vida. 2.^a ed. Cruz Quebrada: Oficina do Livro; 2008.
5. Gomes A. Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários [Tese de doutoramento]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2005.
6. American Academy of Sleep Medicine. ICSD: international classification of sleep disorders, revised: diagnostic and coding manual: American Academy of Sleep Medicine; 2001.
7. Ohayon MM, Partinen M. Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *J Sleep Res.* 2002;11:339–46.
8. Roth T, Roehrs T, Silva J, Chase M. Public health and insomnia: consensus statement regarding its status and needs for future actions. *Sleep.* 1999;22(S3):S417-S20.
9. Rente P, Pimentel T. A patologia do sono. Lit ed. Lisboa Lidel: edições técnicas, Lda; 2004.
10. Azevedo M. Efeitos psicológicos do trabalho por turnos em mulheres [Tese de Doutoramento]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 1980.
11. Gomes A, Tavares J, Pereira A, Azevedo M. Sono no ensino superior: diagnóstico e intervenção. Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto: Universidade do Porto; 2008.
12. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4.^a ed. revisão de texto. Ed. Lisboa: Climepsi; 2002.
13. OMS. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e directrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
14. Azevedo M, Ferreira A, Silva C, Coelho I, Clemente V. A classificação internacional dos distúrbios do sono. *Manual de diagnóstico e codificação. Médice.* 1992;13:17-20.
15. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
16. Ferreira P, Coelho R. Insónia. *Perspect Prat Med.* 1996;1(4):16-7.
17. Paixão E, Branco M, Contreiras T. Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal continental. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Observatório Nacional de Saúde, (ONSA), 2006.
18. Doghramji P. Recognizing sleep disorders in primary care setting. *J Clin Psychiatry* 2004;65(suppl 16):23-6.
19. Ohayon MM, Roth T. What are the contributing factors for insomnia in the general population? *Journal of Psychosomatic Research.* 2001;51(6):745-55.
20. Roth T, Zammit G, Kushida C, Doghramji K, Mathias S, Wong, J, Buysse DJ. A new questionnaire to detect sleep disorders. *Sleep Medicine.* 2002;3(2):99-108.
21. Mateus A. Em sonhos, diurnos pesadelos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral.* 2006;22:597- 8.

22. Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology and consequences. *JCSM*. 2007;Supplemente to vol. 3(5).
23. Walsh J. Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;64(8):13-9.
24. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med*. 2002;6:97-111.
25. Léger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. *Sleep Med Rev*. 2010;14:379-89.
26. Ohayon MM. Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia:distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *J Psychiatr Res* 1997;31:333-46.
27. Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med*. 2010;11(10):1010-8.
28. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011;21:655–79.
29. Campos A. Número de portugueses com insónia diminuiu. *Jornal Público*; 2010 [citado 2012 5 janeiro]; Available from: <http://publico.pt/sociedade/noticia/numero-de-portugueses-com-insonia-diminuiu-1456482>.
30. Ohayon MM, Paiva T. Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Medicine*. 2005;6:435-41.
31. National Institutes of Health. State-of-the-science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *Sleep*. 2005;28:1049-57.
32. Bastien C, Morin C. Familial incidence of insomnia. *J Sleep Res*. 2000;9(1):49-54.
33. Dauvilliers Y , Morin C, Cervena K, Carlander B, Touchon J, Besset A. Family studies in insomnia. *J Psychosom Res* 2005;58:271-8.
34. Carlotto M, Palazzo L. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cadernos Saúde Pública*. 2006;22(5):1017-26.
35. Taylor D, Lichstein K, Durrence H, Riedel B, Bush A. Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep*. 2005;28:1457-64.
36. Ohayon MM. Observation of the natural evolution of insomnia in the american general population cohort. *Sleep Med Clin*. 2009;4(1):87-92.
37. Royal College of Physicians. Insomnia: evidence-based approaches to assessment and management clinical medicine. 2011;11(N.º 3):278–81
38. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*. 2002;25(6):625-9.
39. Léger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C. SF-36: evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosom Med*. 2001;63:49-55.
40. Bolge S, Doan J, Kannan H, Baran R. Association of insomnia with quality of life, work productivity, and activity impairment. *Qual Life Res* 2009;18:415–22.
41. Roth T. Comorbid insomnia: current directions and future challenges. *American J Manag Care*. 2009;15(1):S6-S13.
42. Metlaine A, Léger D, Choudat D. Socioeconomic impact of insomnia in working populations. *Industrial Health*. 2005;43:11-9.
43. Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH. Insomnia as a health risk factor. *Behav Sleep Med*. 2003;1(4):227- 47.
44. Leigh J. Employee and job attributes as predictors of absenteeism in a national sample of workers: the importance of health and dangerous working conditions. *Soc Sci Med*. 1991;33(2):127-37.

45. Fullerton P. The economic impact of insomnia in managed care: a clearer picture emerges. *Am J Manag Care*. 2006;12:S246 - S52.
46. Montgomery S. *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi; 2000.
47. Vaz-Serra A. *A depressão*. Pathos – monografias de patologia geral 1996.
48. Sobocki P, Angst J, Jönsson B, Rehnberg C. Cost of depression in europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2006;9(2):87–98.
49. Maia A. Das observações clínicas aos resultados da investigação: coincidências e discrepâncias no estudo da depressão. *Psiquiatria Clínica*. 2000;21(1):39-48.
50. WHO. Mental health and substance abuse facts and figures conquering depression. World Health Organization; 2004; Available from:http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826_8101.htm.
51. WHO. Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse ; in: collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht Geneve: World Health Organization; 2004.
52. National Institute for Health and Clinical Excellence, National Clinical Practice Guideline 90. Depression in adults (update). National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
53. Bauer J, Stamm A, Virnich K, Wissing K, Muller U, Wirsching M, et al. Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006;79:199-204.
54. Kessler R, McGonagle K, Swartz M, Blazer D, Nelson C. Sex and depression in the national comorbidity survey: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*. 1993;29(2-3):85-96.
55. Weissman L, Bland R, Canino G, Faravelli C, Greenwald S, Hwu H. Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*. 1996;293-9.
56. Burvil P. Recent progress in the epidemiology of major depression. *Epidemiol Rev*. 1995;17:21-31.
57. Fedoroff J, Starkstein S, Parikh R, Price T, Robinson R. Are depressive symptoms nonspecific in patients with acute stroke?. *Am J Psychiatry*. 1991;141:1172-6.
58. Monroe S, Reid M. Life stress and major depression. *Current Directions in Psychology Science*. 2009;18(2):68-72.
59. Jesus S. Bem-estar docente: perspectivas para superar o mal-estar dos professores. In: A. Marques Pinto & A. Lopes da Silva (Eds.). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores; 2005.
60. Pithers RT. Teacher stress research: problems and progress. *Br J Educ Psychol*. 1995;65(Pt 4):387-92.
61. Cardoso R, Araújo A, Ramos R, Gonçalves G, Ramos M. *O stress nos professores portugueses: estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora; 2002.
62. Boyle G, Borg M, Falzon J, Baglioni A. A structural model of the dimensions of teacher stress. *Br J Educ Psychol*. 1995;65(Pt 1):49-67.
63. Esteve J. *O mal-estar docente*. Lisboa: Escher/Fim de Século Edições Lda.; 1992.
64. Pithers RT, Soden R. Scottish and Australian teacher stress and strain: a comparative study. *British Journal of Educational Psychology*. 1998;68: 269- 79.
65. Marques A. *Burnout profissional em professores portugueses: representações sociais, incidência preditores [tese de Doutoramento]*. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2000.
66. Wang J. Perceived work stress, imbalance between work and family/personal lives, and mental disorders. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 2006;41(7):541-8.
67. Esteve J. *Mudanças sociais e função docente*. In: A. Nóvoa (org.), *Profissão Professor*. Porto: Porto Editora; 1999.

68. Bowers T, McIver M. Ill health retirement and absenteeism amongst teachers. *Research Brief* 2000(235).
69. Kessler Ü, (Eds.). *The world mental health surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press; 2008.
70. Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eshleman S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
71. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, MeriKangas K. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
72. Centers for Disease Control and Prevention. *Morbidity and mortality weekly report*. US Department of Health and Human Services; 2010. p. 1229-58.
73. Tyllee A. Depression in Europe: experience from the DEPRES II survey. *Depression research in european society*. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2000;10(Suppl 4):S445-S8.
74. Gusmão RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Caldas de Almeida JM. O peso das perturbações depressivas - aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Méd Port*. 2005;18:129-46.
75. WHO. Depression. 2003 [cited 2011 12 novembro]; Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
76. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*. 2001;179:308-16.
77. Veiga N, Pereira C, Amaral O. Risk factors for depression in a community sample of portuguese adolescents. *European Journal of Public Health*. 2008;18(Suppl 1):213.
78. European Opinion Research Group EEIG. *The mental health status of the european population*. Eurobarometer 58.2 SANCO Directorate General 2003.
79. WHO. Investing in mental health. In: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, Organization World Health, editors. Geneve: World Health Organization; 2003.
80. Ordem dos Psicólogos Portugueses. *Evidência científica sobre custo - efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde*. Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011.
81. Pereira B, Lalanda C, Antunes J, Moura M. Depressão em professores. *Revista Saúde-Mental* 2008;10(4).
82. Cuijpers P, Beekman A, Reynolds C. Preventing depression - a global priority. *JAMA*. 2012;307(10):1033-4.
83. Fleck M, Lima A, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges V, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista Saude Publica*. 2002;36(4):431-8.
84. WHO. Commission on social determinants of health. closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report: executive summary. Geneve: World Health Organization; 2008 [cited 2011 24 novembro]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf.
85. WHO. *The burden of disease: 2004 update*. Geneva: WHO Press; 2008 [cited 2012 22 agosto]; Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
86. Vieth H. Mental health policies in Europe. *The health policy bulletin of the european observatory on health systems and policies*. *Euro Observer*. 2009;11(3).
87. Andlin-Sobocki P, Wittchen H. Cost of disorders in Europe. *European Journal of Neurology* 2005;12(Suppl 1):34-8.

88. Liimatainen M, Gabriel P. Mental health in the workplace. Geneva: ILO; 2000.
89. National Institute for Mental Health. Facts about depression. Rockville: United States Department of Health and Human Services, 1994.
90. Berto P, D'Ilario D, Ruffo P, Di Virgilio R, Rizzo F. Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. *J Ment Health Policy Econ* 2000;3:3-10.
91. Simon G, Von Korff M, W B. Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:850-6.
92. Henk H, Katzelnick D, Kobak K, Greist J, Jefferson J. Medical costs attributed to depression among patients with a history of high medical expenses in a health maintenance organization. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:899-904.
93. Farquar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1439-46.
94. Kane R. Scaling the heights of quality of life. *J Clin Epidemiol*. 2001;54:1079-80.
95. Laffaire B, Lajugie P, Penchaud C, Sauvaniac B, Wrotius. Douleur, dépression et qualité de vie. *Soins*. 2001;651:38-41.
96. Bowling A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of Life. *Soc Sci med*. 1995;41(10):1447-62.
97. Bowling A. Health-related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement. In: A, Bowling, editor. *Measuring disease*. Buckingham: Open University Press; 1995. 1-19.
98. Cohen SR, Mount BM, McDonald N. Defining quality of life. *Eur J Cancer*. 1996;32A:753-4.
99. Musschenga A. The relation between concepts of quality of life, health and happiness. *J Med Philos*. 1997;22:11-28.
100. Pais-Ribeiro J. O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica da percepção do estado de saúde - SF- 36. 1.º ed. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme; 2005.
101. Veenhoven R. The study of life satisfaction. Chapter 1. In: Saris, WE, Veenhoven, R, Scherpenzeel, AC & Bunting B (eds) 'A comparative study of satisfaction with life in Europe: Eötvös University Press; 1996. 11-48.
102. WHO. Officials records of the world health organization. United Nations, World Health Organization. 1948;2:100.
103. Galinha I. Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais. 2.ª ed. Lisboa: Placebo, Editora Lda; 2010.
104. Pais - Ribeiro JL. Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português. Coimbra: Quarteto; 2007.
105. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. WHOQOL-OLD project: method and focusgroup results in Brazil. *Revista Saúde Pública*. 2003;37(6):793-9.
106. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 1994;23(3): 24-56.
107. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the world health organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-10.
108. Canavarro C, Pereira S, Pintassilgo L, Ferreira P. Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 2006;27(1):15-23.
109. Pais-Ribeiro J, Santos C. A qualidade de vida do doente oncológico – revisão bibliográfica. *Revista Referência*. 2001;7.
110. Jette A. Using health-related quality of life measures in physical therapy outcomes research. *Physical Therapy*. 1993;73:528-37.

111. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Publica*. 1999;33(2):198-205.
112. Odgen J. *Psicologia da saúde. Manuais universitários 11*. 2.^a ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2004.
113. Guyatt G, Feeny D, Patrick L. Measuring health related quality of life. *Ann Inter Med*. 1993;118:622-9.
114. Nóvoa A [org.]. *Profissão professor*. 2 ed. Porto: Porto Editora; 1995.
115. Brandão M. *Modos de ser professor na escola preparatória e secundária dos últimos trinta anos*. Lisboa: Educa e autora, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa; 1999.
116. Teodoro A. *Política educativa em Portugal: educação, desenvolvimento e participação política dos professores*. Venda Nova: Bertrand Editora; 1994.
117. Teodoro A. *Professores, para quê? Mudanças e desafios na profissão docente*. 1.^a ed. Porto: Profedições; 2006.
118. Silva E. *Professores e escolas - imagem social e desafios de profissão*. 1.^a ed. Lisboa: Fonte da Palavra, Lda.; 2011.
119. *Lei de bases do sistema educativo, Lei n.º 46/86, de 14 de outubro*; 1986.
120. Nóvoa A [coord.]. *Os professores e a sua formação*. 2.^a ed. Lisboa: Publicações D. Quixote; 1995.
121. *Estatuto da carreira dos educadores de infância e dos professores do ensino básico e secundário. Decreto – Lei n.º139-A/90, de 2 de abril*; 1990.
122. *Alterações ao estatuto da carreira dos educadores de infância e dos professores do ensino básico e secundário, decreto – lei n.º1/98 de 2 de janeiro*; 1998.
123. União Europeia. *Parâmetros de referência europeus para a educação e a formação: seguimento do conselho europeu de Lisboa*. Bruxelas2002 [citado 2012 2 de maio]; Available from:<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2002:0629:FIN:PT:PDF>.
124. MacBeath J, Schratz M, Meuret D, Jakobsen L. *A história de serena. Viajando rumo a uma escola melhor*. Porto: Edições ASA; 2005.
125. Nóvoa A. *O regresso dos professores. Comunicação proferida na conferência: desenvolvimento profissional de professores para a qualidade e para a equidade da aprendizagem ao longo da vida*. Lisboa: Ministério da Educação – Direcção-Geral dos Recursos Humanos da Educação; 2007 [citado 2012 outubro]; Available from: <http://www.dgrhe.min-edu.pt/web/14654/educacao-e-formacao>.
126. OECD. *Teachers matter: attracting, developing and retaining effective teachers*. Paris: OECD Publishing; 2005 [cited 2012 2 janeiro]; Available from: http://www.nefmi.gov.hu/letolt/nemzet/oecd_publication_teachers_matter_english_061116.pdf.
127. Ministério da Educação. *Programa de trabalho educação e formação 2010: relatório nacional de progresso*. Lisboa: Direcção Geral do Ensino Superior; 2007 [citado 2013 10 janeiro]; Available from: <http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/AF1FD821-0DF0-4AE8-8F60-FA77A05BB726/1590/EF2010Relat%C3%B3rioNacionaldeProgresso2008.pdf>.
128. Parlamento Europeu, Conselho da União Europeia. *Recomendações do parlamento europeu e do conselho de 18 de dezembro de 2006 sobre as competências essenciais para a aprendizagem ao longo da vida*. In *Jornal Oficial da União Europeia (2006/962/CE)*. Comunidade Europeia; 2006.
129. *Avaliação de desempenho dos docentes dos docentes da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário, decreto regulamentar n.º 2/2008, de 10 de janeiro*; 2008.

130. Estatuto da carreira dos educadores de infância e dos professores do ensino básico e secundário. Decreto-Lei n.º15/2007, de 19 de janeiro; 2007.
131. Esteve J. Mudanças sociais e função docente. In: António Nóvoa [org.] (1995). Profissão professor. 2ª ed. Porto: Porto Editora; 1995.
132. Canário R. O que é a escola? Um olhar sociológico. Porto: Porto Editora; 2005.
133. Lima L. Modernização, racionalização e optimização: perspectivas neotaylorianas na organização e administração da educação. In: Licínio Lima e Almerindo Afonso. Reformas da educação pública. Democratização, modernização, neoliberalismo. Porto: Edições Afrontamento; 2002a. 17-32.
134. Nóvoa A. Novas disposições dos professores. A escola como lugar da formação. Lisboa: Repositório da Universidade de Lisboa; 2004 [citado 2012 1 de setembro]; Available from: <http://hdl.handle.net/10451/685>.
135. Teodoro A. Os professores: situação profissional e carreira docente. Lisboa: Texto Editora; 1990.
136. Marcelo C. Desenvolvimento profissional docente: passado e futuro. In: Sísifo. Revista de Ciências da Educação. Lisboa: Unidade de I&D de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa; 2009 [cited 2012 novembro]; Available from: <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
137. Magalhães A. O síndrome de cassandra: reflexividade, a construção de identidades pessoais e a escola. In: Stephen Stoer, Luiza Cortesão, José Correia (Orgs.). Transnacionalização da educação: da crise da educação à educação da crise. Porto: Edições Afrontamento; 2001.
138. Tardif M, Lessard C. O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005.
139. Estrela M. Profissão docente. Dimensões afetivas e éticas. Porto: Areal Editores, S.A.; 2010.
140. Lopes A. Mal-estar na docência: Visões, razões e soluções. Porto: CRIAP - ASA; 2001. 42.
141. Santomé JT. A desmotivação dos professores. 2.ª ed: Edições Pedagogo, Lda.; 2011.
142. Estrela M. Questões de profissionalidade e profissionalismo docente. In: Ser professor no limiar do século XXI. Porto: Iset 2001. 112-42.
143. Cavaco H. Ofício do professor: o tempo e as mudanças. In: A, Nóvoa [org.] Profissão professor. 2.ª ed. Porto: Porto Editora; 1995.
144. Nóvoa A. Pedagogia: a terceira margem do rio. In: conferência: que currículos para o século XXI? Lisboa: Assembleia da República. Divisão de Edições; 2010 [citado 2012 5 dezembro]; Available from: <http://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/CurrSecXXI.pdf>.
145. Hargreaves A. Os professores em tempos de mudança. O trabalho e a cultura dos professores na idade pós-moderna. Lisboa: McGraw-Hill; 1998.
146. Gonçalves J. Desenvolvimento profissional e carreira docente: fases da carreira, currículo e supervisão. Sísifo: Revista de Ciências da Educação; 2009.
147. União Europeia. Programa de trabalho pormenorizado sobre o seguimento dos objectivos dos sistemas de educação e de formação na Europa. In: Jornal Oficial da União Europeia, C 142 Bruxelas: Jornal Oficial da União Europeia; 2002.
148. União Europeia. Educação e formação para 2010: a urgência das reformas necessárias para o sucesso da estratégia de Lisboa: projeto de relatório intercalar conjunto do conselho e da comissão sobre a realização do programa de trabalho pormenorizado relativo ao seguimento dos objetivos dos sistemas de ensino e formação na Europa. In: jornal oficial da União Europeia. Bruxelas: Comissão Europeia, DG Imprensa e

- Comunicação; 2004 [citado 2012 22 dezembro]; Available from: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/pt/04/st06/st06905.pt04.pdf>.
149. Leite C. Desafios colocados à escola portuguesa. In: conferência: que currículos para o século XXI? . Assembleia da República. 2011:22-7.
 150. Delors J, Al-Mufti I, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B. Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI. 7.^a ed. Lisboa: Edições Asa; 2001.
 151. Canário R. Formação e desenvolvimento profissional dos professores. Comunicação proferida na conferência: desenvolvimento profissional de professores para a qualidade e para a equidade da aprendizagem ao longo da vida. Lisboa: Ministério da Educação: Direcção-Geral dos Recursos Humanos da Educação; 2007 [citado 2012 outubro]; Available from: <http://www.dgrhe.min-edu.pt/web/14654/educacao-e-formacao>.
 152. Jesus S. Bem-estar dos professores. Estratégias para realização e desenvolvimento profissional 2.^a ed. Porto: Porto Editora; 1998.
 153. Correia J, Matos A. Solidões e solidariedades no quotidiano dos professores. Porto: Asa; 2001.

CAPÍTULO 2 – Insónia em professores do ensino básico e secundário. Prevalência e fatores de risco

(Manuscrito submetido para publicação)

Insónia em professores do ensino básico e secundário. Prevalência e factores de risco

Cristina Almeida^{1,2}, Carlos Pereira¹, Nélio Veiga^{1,3}, Odete Amaral¹, João Duarte¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu

² Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa

³ Departamento de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

Correspondência:

Carlos Pereira

Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu

Rua Dom João Crisóstomo Gomes de Almeida n. 102

3500-843 VISEU

Telefone: 232 419 100

Fax: 232 428 343

E-mail: carlospereiraviseu@gmail.com

Resumo

Introdução: A insónia é a forma mais comum das perturbações do sono, originando grandes custos diretos, indiretos e intangíveis. É uma perturbação extremamente comum na comunidade. Diversos estudos epidemiológicos têm associado a ocorrência de insónia com a profissão do indivíduo. A insónia tem sido associada a características sociodemográficas, condições de trabalho, estilos de vida, perturbações psiquiátricas e doenças físicas. Em Portugal, os professores vivem uma situação socioeconómica específica causada pela distância entre a casa e o local de trabalho, situação de instabilidade de emprego e problemas comportamentais dos alunos. **Objetivo:** Determinar a prevalência de insónia numa amostra de professores portugueses do ensino básico e secundário.

Métodos: Num estudo transversal, foram avaliados todos os professores de dezassete agrupamentos/escolas públicas dos distritos de Aveiro e Viseu, Portugal. Os dados foram recolhidos através de um questionário autoaplicado. Obtivemos uma amostra final de 604 professores (443 do sexo feminino, 73,3%), idade média=43,7±7,6 anos. A insónia foi definida, de acordo com a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, (DSM-IV), como a presença de um ou mais dos seguintes sintomas: i) dificuldade em adormecer, ii) acordar frequentemente durante a noite e ter dificuldade em voltar a adormecer, iii) acordar muito cedo e não conseguir voltar a adormecer, iv) sono não-restaurador, por um período de um mês. A prevalência foi expressa em proporções com intervalos de confiança de 95% (IC) e comparada pelo teste de qui-quadrado.

Resultados: A prevalência de insónia foi de 40,6% (IC 95% 36,5-44,6). A prevalência de dificuldade em adormecer, dificuldade em manter o sono, despertar de manhã cedo com dificuldade em voltar a dormir, sono não reparador foi de 14,3% (IC 95% 11,0-16,7), 28,7% (IC 95% 25,2-32,7), 19,7% (IC 95% 16,3-22,8) e 20,7% (IC 95% 17,6-24,3), respetivamente. A insónia foi associada com o estado civil (divorciado, OR= 1,65, IC 95% 0,78-3,48), tempo de serviço (10 a 20 anos, OR = 0,46, IC 95% 0,28-0,75) e satisfação geral no trabalho (OR = 0,74, IC 95% 0,53-1,0).

Conclusão: Os professores portugueses do ensino básico apresentam alta prevalência de insónia, maior do que o relatado por outros profissionais. A insónia foi associada a características sociodemográficas e variáveis ocupacionais. Os programas de promoção da saúde dirigidos a professores do ensino básico devem ser desenvolvidos e incluídos nos planos de saúde ocupacional.

Palavras-chave: professores, insónia, prevalência

Abstract

Background: Insomnia is the most common form of sleep disorders that originates considerable direct, indirect and intangible costs. Insomnia is an exceedingly common sleep disorder. Several epidemiologic studies have linked the occurrence of insomnia with the individual's profession. Insomnia has been associated with socio-demographic characteristics, work conditions, lifestyles, mental disorders and physical illnesses. In Portugal, teachers live a specific socioeconomic situation caused by the distance between home and the workplace, unstable job situation and student's misbehavior problems. **Objectives:** The aim of this study was to determine the prevalence of insomnia in a sample of Portuguese elementary teachers.

Methods: In a cross-sectional study we evaluated all teachers of seventeen public elementary grouping schools of the districts of Aveiro and Viseu, Portugal. Data was collected using a self-administered questionnaire. We obtained a final sample of 604 elementary teachers (443 female, 73.3%), age=43.7±7.6 years. Insomnia was defined, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV), as the presence of one or more of the following symptoms: i) difficulty initiating sleep, ii) difficulty maintaining sleep, iii) early morning awakening and difficulty getting back to sleep, iv) non-restorative sleep, that lasts for a period of 1 month. Prevalence was expressed in proportions with 95% confidence intervals (CI), and compared by the chi-square test.

Results: The prevalence of insomnia was 40.6% (95%CI 36.5-44.6). The prevalence of difficulty initiating sleep, difficulty maintaining sleep, early morning awakening with difficulty getting back to sleep, non-restorative sleep was 14.3% (95%CI 11.0-16.7), 28.7% (95%CI 25.2-32.7), 19.7% (95%CI 16.3-22.8) and 20.7% (95%CI 17.6-24.3), respectively. Insomnia was associated with marital status (divorced, OR=1.65, 95%CI 0.78-3.48), service time (10 to 20 years, OR=0.46, 95%CI 0.28-0.75) and general job satisfaction (OR=0.74, 95%CI 0.53-1.0).

Conclusion: Portuguese elementary teachers present a high prevalence of insomnia, higher than reported for other professionals. Insomnia was associated with socio-demographic characteristics and occupational variables. The implementation of health promotion programs directed to elementary teachers should be developed included in occupational health programs.

Keywords: teachers, insomnia, prevalence

Introdução

A insónia é uma perturbação primária do início e manutenção do sono ou de excessiva sonolência e é caracterizada por uma alteração na quantidade, na qualidade ou no horário do sono. Caracteriza-se pela dificuldade em adormecer, acordar frequentemente durante a noite, acordar muito cedo e não conseguir voltar a adormecer, ou dormir um número de horas suficientes durante a noite mas acordar cansado. Está frequentemente associada a dores generalizadas, irritação, desânimo e mau humor, como se o sono não tivesse sido suficiente (sono não reparador) ⁽¹⁾.

Diversos estudos epidemiológicos têm demonstrado que os distúrbios do sono são muito prevalentes na população em geral, sendo a insónia o mais comum ⁽²⁾. Contudo, a elaboração de um diagnóstico consensual para o estudo da insónia tem constituído um desafio para clínicos e epidemiologistas, pela diversidade e ambiguidade nas suas manifestações. A insónia pode manifestar-se, individualmente, por mudanças nos sintomas que a caracterizam, decorrentes de alterações nos estilos de vida ou de diversos fatores ambientais. Além disso, há discrepâncias na medição, tanto subjetiva como objetiva das manifestações dos distúrbios do sono, agravando ainda mais as dificuldades em estabelecer um diagnóstico objetivo para a doença, passível de ser utilizado universalmente ⁽³⁻⁵⁾. Esta dificuldade assume particular importância quando se pretende realizar o estudo comunitário da prevalência da insónia devido à forma como a população geral interpreta os sintomas da doença, por um lado e, por outro, decorrente das estratégias utilizadas pelos investigadores na sua operacionalização ⁽⁴⁻⁷⁾. Assim, a real prevalência da insónia não é conhecida com rigor, dependendo os valores apresentados, fundamentalmente, da definição e dos critérios de classificação utilizados ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Estudos comunitários realizados na Europa ocidental e nos Estados Unidos da América, mostram que um terço da população adulta apresenta, em algum momento da sua vida, sintomas de insónia ⁽¹¹⁻¹⁵⁾. Contudo, o diagnóstico clínico de insónia é menos comum, com estimativas de prevalência que variam entre 6% e 10%, ^(7, 16).

Em Portugal, de acordo com os resultados obtidos num estudo epidemiológico sobre as perturbações do sono, publicado em 2005, estimou-se uma a prevalência de insónia, na população geral, de 28,1% ⁽¹⁷⁾ e outro apresentado em Lisboa, no XX Congresso da Sociedade Europeia do Sono (setembro de 2010) estimou uma prevalência de 17,7% ⁽¹⁸⁾.

Os estudos baseados nas manifestações da insónia e nos sintomas que lhe estão associados são muito frequentes e quantificam o problema com recurso às prevalências globais e de cada um dos sintomas/manifestações ⁽¹²⁾. A insónia é, frequentemente, avaliada com base na presença, no último mês, no último ano ou em algum momento da vida, de pelo

menos um dos seguintes critérios: i) dificuldade em adormecer, ii) acordar frequentemente durante a noite e ter dificuldade em voltar a adormecer, iii) acordar muito cedo e não conseguir voltar a adormecer, iv) dormir o número de horas suficientes durante a noite, contudo acordar cansado, como se o sono não tivesse sido suficiente e ter dificuldades em levantar-se de manhã ⁽¹⁾.

A insónia está associada a outros problemas de saúde. Em termos de doenças somáticas, há evidências de que o sono é profundamente afetado por várias condições ou doenças, tais como a hipertensão arterial, a diabetes e as doenças cardiovasculares ^(4, 8). A insónia é também uma manifestação de muitas outras condições, como a dor crónica, a artrite reumatoide, a osteoporose, a enxaqueca, a fibromialgia e outras lesões músculo-esqueléticas ⁽¹⁹⁾. Por outro lado, as perturbações do sono constituem características importantes em diversas doenças mentais ⁽¹⁾, sendo relacionadas com o aparecimento, designadamente da depressão e da ansiedade ^(9, 20). Cerca de 40% dos doentes com insónia sofrem de alguma perturbação psiquiátrica ⁽⁶⁾.

Nos diversos estudos epidemiológicos várias condições foram apontadas como fatores de risco para a insónia. As variáveis sociodemográficas, o género, a idade, o estado civil, e o estatuto socioeconómico, constituem importantes determinantes da doença ⁽⁸⁾. São reportadas estimativas de prevalência de insónia superiores nas mulheres e nos idosos ⁽⁶⁾. A agregação familiar, associada a fatores de natureza genética e/ou ambiental tem sido referida em alguns estudos ^(21, 22). Os estilos de vida ⁽⁸⁾, determinadas características do trabalho ⁽⁶⁾, os elevados níveis de *burnout* ⁽²³⁾, o uso ou privação de substâncias psicoativas como o tabaco, o álcool e estupefacientes ⁽⁸⁾, e outras variáveis relacionados com a doença física e mental, nomeadamente a dor, a ansiedade e a depressão, têm sido reportados como fatores de risco ^(4, 24-26). Vários estudos apontam consistentemente, a idade, o estado civil, o consumo de café, o consumo de bebidas alcoólicas e os hábitos tabágicos como fatores de risco para o desenvolvimento de insónia ⁽²⁷⁾.

Em Portugal são escassos os estudos sobre prevalência de insónia na população em geral e em grupos profissionais específicos, nomeadamente em professores. Por outro lado, é igualmente escassa a literatura que analise os fatores que lhe estão associados. Contudo, estudos efetuados em populações específicas, designadamente em médicos de família, em guardas prisionais e em enfermeiros, estimaram prevalências reportadas aos últimos doze meses de 25,0%, 48,6% e 55,3%, respetivamente ⁽²⁷⁻²⁹⁾.

O objetivo do presente estudo é quantificar a prevalência de insónia e analisar os seus determinantes em professores do ensino básico e secundário.

Participantes e métodos

Desenho do estudo

Realizámos um estudo transversal parcialmente analisado como caso-controlo. Esta metodologia permitiu-nos estimar a prevalência de insónia e, simultaneamente recolher informação sobre os fatores determinantes da insónia em professores.

Amostra

O espaço amostral era constituído por noventa e uma escolas do ensino básico e secundário dos distritos de Aveiro e de Viseu, sob influência da Direção Regional de Educação do Centro. Deste universo foram selecionados, por amostragem aleatória simples com recurso ao aplicativo *Epi-table – Sample – Random number list generator* do programa *Epi-info 6,04^a* ⁽³⁰⁾ dezassete agrupamentos de escolas. Todos os professores das escolas que integravam os agrupamentos selecionados foram considerados elegíveis para participar no estudo. Assim, considerando a existência de um número médio de 125 professores em cada agrupamento e uma proporção de respostas prevista de 50%, estimámos uma amostra final de 1000 elementos.

Foram distribuídos 1780 questionários tendo por base o número fornecido pelos diretores dos agrupamentos. A recolha dos questionários foi efetuada decorridos trinta dias após a sua entrega ao diretor de agrupamento a quem foi solicitado que procedesse à sua distribuição pelos respetivos professores. Foram recolhidos 689 (38,7%). Foram excluídos da análise os questionários sem informação para o sexo e a idade, ficando a amostra final constituída por 604 professores, dos quais, 443 (73,3%) eram do sexo feminino (tabela 1).

Instrumento de recolha de dados

A informação foi recolhida com recurso a um questionário, autoaplicado, respondido individualmente pelos professores. Antes da distribuição e recolha dos questionários, que decorreu entre janeiro e abril de 2012, foi efetuado um pré-teste numa amostra de 10 professores de uma escola, que aceitaram colaborar voluntariamente, e cujos questionários não foram englobados na análise final. Numa nota introdutória eram explicados os objetivos da investigação e solicitado que respondessem ao questionário e registassem as suas sugestões e críticas relativamente aos aspetos que considerassem relevantes. Garantimos ainda a confidencialidade das suas respostas e participação. Este pré-teste foi efetuado com o objetivo de avaliar a adequabilidade do instrumento de colheita de dados e demais procedimentos de recolha de informação. Da análise dos resultados e informação fornecida pelos professores, procedemos a pequenas alterações em algumas perguntas que integravam o questionário.

O questionário final iniciava-se com uma breve introdução onde eram explicados os objetivos do estudo e solicitada a colaboração dos professores. No sentido de garantir a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, foi fornecido a todos os inquiridos um envelope, no qual estes introduziam o questionário após o seu preenchimento que era posteriormente devolvido ao diretor do agrupamento, devidamente fechado. A abertura do envelope foi efetuada por um dos investigadores responsáveis pelo estudo, que de imediato procedeu à sua codificação.

O questionário era constituído por um conjunto de escalas, dividido em três secções, correspondentes aos grupos de variáveis em análise neste estudo.

A secção “A” era constituída por questões direcionadas à caracterização sociodemográfica, profissional e às variáveis antropométricas. Para além de avaliar variáveis género, idade e estado civil, avaliava ainda a formação académica e as condições gerais de trabalho na atual profissão, nomeadamente tempo de serviço, tipo de vínculo, número de turmas, níveis atribuídos e custos mensais relacionados com a atividade docente. As variáveis antropométricas, peso em quilogramas e altura em metros, autodeclarados, serviram para calcular o índice de massa corporal (Kg/m^2).

O índice de aglomeração foi avaliado pela razão entre o número de pessoas que vivem na residência e o número de assoalhadas (quartos e salas), classificado em três grupos (menor que uma, uma e mais que uma pessoa por assoalhada).

A secção “B” era constituída por questões direcionadas à caracterização dos hábitos, designadamente os hábitos de sono, as insónias, o tabagismo, exercício físico, o consumo de álcool e de café e a toma de medicação.

O consumo de café foi medido com três itens específicos: 1- “costuma tomar café?” (não; sim); 2- “se respondeu sim, habitualmente quantos cafés toma por dia?” 3 - “se respondeu sim, costuma tomar café depois das 20 horas? (nunca; raramente; às vezes; quase todos os dias; todas as noites)”; o consumo de álcool foi medido com dois itens específicos: 1- “costuma consumir bebidas alcoólicas? (não; sim, ocasionalmente; sim, todas as semanas; sim todos os dias)”; 2- “se respondeu sim, no geral, considera que: bebe pouco, bebe moderadamente ou bebe em excesso?”. A frequência do consumo de tabaco, também foi avaliada com duas perguntas: 1- “é fumador? (não; sim)” e 2- “se respondeu sim, em média quantos cigarros fuma por dia?”. Quanto ao consumo de substâncias ilícitas foi medido com um item específico: “alguma vez consumiu drogas proibidas? (não; sim) ”.

A frequência de exercício físico foi medida com recurso à questão: “fora do âmbito profissional, pratica exercício físico? (não; sim, às vezes; sim, frequentemente; sim, sempre)”.

A insónia foi avaliada com base nos critérios de classificação da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, caracterizada pela dificuldade em adormecer, acordar frequentemente durante a noite e ter dificuldade em voltar a adormecer, acordar muito cedo e não conseguir voltar a adormecer, ou dormir o número de horas suficientes durante a noite, contudo acordar pela manhã cansado, como se o sono não tivesse sido suficiente e ter dificuldades em se levantar de manhã. Estes critérios referiam-se às últimas quatro semanas e ocorrendo pelo menos uma vez por semana.

Para avaliar a componente, qualidade subjetiva do sono (perceção da qualidade geral do sono) no último mês, recorreremos a um item específico: “no último mês, como avalia a qualidade geral do seu sono (ótimo; bom; assim-assim; mau e péssimo)”; a componente, uso de medicação para dormir, foi avaliada recorrendo-se aos seguintes itens: 1- “já alguma vez tomou medicação para dormir? (não; sim); 2- “nos últimos doze meses, tomou alguma medicação para dormir? (não; sim)”; 3- “no último mês, tomou alguma medicação para dormir? (não; sim, às vezes; sim, frequentemente; sim, sempre)” e as disfunções diurnas foram avaliadas apenas com um item: “sente dificuldade em manter-se acordado durante o dia? (nunca; raramente; às vezes; frequentemente; sempre)”.

A secção “C” era constituída pela *Escala de Satisfação Geral no Trabalho* de Barton e colaboradores, adaptada por Silva, Azevedo e Dias ⁽³¹⁾. Trata-se de uma escala tipo Likert, com cinco questões cotadas de um a sete. As opções disponibilizadas vão desde “discordo completamente” a “concordo completamente” onde as questões estão relacionadas com a satisfação geral com o trabalho, compreendendo a visão do próprio e dos outros, bem como a tendência de abandono do trabalho. A visão do próprio tem a ver com os itens: 1- Em geral, estou muito satisfeito(a) com este trabalho; 2- Penso frequentemente em abandonar este trabalho; 3- Em geral, sinto-me satisfeito(a) com o tipo de trabalho que faço. A visão dos outros tem como itens: 4- A maior parte das pessoas neste trabalho sente-se muito satisfeita com o trabalho que faz e 5- As pessoas neste trabalho pensam frequentemente em abandoná-lo. As pontuações da escala podem variar entre um mínimo de cinco e um máximo de sete pontos, onde, a maiores pontuações correspondem menores índices de satisfação geral com o trabalho. As pontuações atribuídas às questões dois e cinco foram invertidas aquando do tratamento estatístico, conforme orientações dos responsáveis pela construção e validação da escala. Para efeitos de estimativa da magnitude de associação com outras variáveis, esta variável foi dicotomizada tendo por base o valor do percentil cinquenta.

Análise estatística

No processamento e análise dos dados foram utilizados os programas *Epi-Info 6.04^a* ⁽³⁰⁾ e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20)*. As variáveis contínuas foram descritas através de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Foram ainda calculadas prevalências, expressas em percentagens com os respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). Para comparação de variáveis contínuas, independentemente da natureza da distribuição, utilizámos os testes de *Mann-Witney* e de *Kruskal-Wallis* e para comparação de proporções o teste de *qui-quadrado*. A magnitude da associação entre um fator e a doença foi estimada através do cálculo do *odds ratios* (OR) com os respetivos intervalos de confiança a 95%.

Caracterização da amostra

A amostra global analisada era constituída por 604 professores, sendo 443 (73,3%) do sexo feminino. Verifica-se que a distribuição por idades nos dois sexos em conjunto, apresenta uma proporção de 2,5% com idades inferiores a 30 anos, 13,8% com idades compreendidas entre os 30 e os 35 anos, 23,8% com idades compreendidas entre os 35 e os 40 anos, 22,6% com idades compreendidas entre os 40 e os 45 anos, 17,1% com idades compreendidas entre os 45 e os 50 anos e 20,3% com idade superior ou igual a 50 anos. Relativamente ao estado civil, verifica-se que a maior proporção da amostra, 72,8%, encontra-se casada ou em união de facto, 16,4% são solteiros, 7,8% são divorciados, 2,0% são separados e 1,0% viúvos. Quanto às habilitações literárias, a maior proporção de professores, 70,2%, são licenciados, 15,1% possuem o grau de mestre, 8,6% possui uma pós-graduação, 5,8% possuem bacharelato e 0,3%, o grau de doutor. Quanto ao tempo de serviço na profissão, 47,2% têm 10 a 20 anos de serviço docente, 28,5% têm entre 20 e 30 anos de serviço, 15,3% menos de 10 anos de serviço e apenas 8,9% têm 30 ou mais anos de serviço docente. Aproximadamente um terço (33,4%) da amostra leciona no ensino secundário, 21,7% no 3.º ciclo, 21,6% no 2.º ciclo, 19,1% no 1.º ciclo e 4,2% no pré-escolar. Analisando a situação profissional dos professores, 67,4% pertencem ao quadro de agrupamento/escola (QA/QE), 12,9% pertencem a um quadro de zona pedagógica (QZP), 16,4% são contratados com profissionalização e 3,3% são contratados sem profissionalização. Quanto à acumulação de funções noutra instituição, 93,5% afirmam que não acumulam funções. Relativamente ao índice de aglomeração, 32,4% dos professores enquadra-se no índice inferior a 1,0, 43,2% no índice de 1,0 e 24,4% no índice superior a 1,0 (tabela 1).

Tabela 1 – Descrição geral da amostra

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	161	26,7	443	73,3	604	100,0
Idade						
<30	6	3,8	9	2,0	15	2,5
30-35	24	15,0	59	13,3	83	13,8
35-40	38	23,8	105	23,7	143	23,8
40-45	28	17,5	108	24,4	136	22,6
45-50	25	15,6	78	17,6	103	17,1
≥50	39	24,4	83	18,8	122	20,3
Estado civil						
Solteiro	25	15,5	74	16,7	99	16,4
Casado/união de facto	126	78,3	314	70,9	440	72,8
Separado	1	0,6	11	2,5	12	2,0
Divorciado	8	5,0	39	8,8	47	7,8
Viúvo	1	0,6	5	1,1	6	1,0
Habilitações literárias						
Bacharelato	9	5,6	26	5,9	35	5,8
Licenciatura	108	67,1	316	71,3	424	70,2
Pós-graduação	11	6,8	41	9,3	52	8,6
Mestrado	31	19,3	60	13,5	91	15,1
Doutoramento	2	1,2	0	0	2	0,3
Tempo de serviço						
<10	28	17,9	63	14,4	91	15,3
10-20	76	48,7	204	46,7	280	47,2
20-30	32	20,5	137	31,4	169	28,5
≥30	20	12,8	33	7,6	53	8,9
Níveis onde leciona						
Pré-escolar	0	0	25	5,7	25	4,2
1.º Ciclo	25	15,5	89	20,4	114	19,1
2.º Ciclo	35	21,7	94	21,5	129	21,6
3.º Ciclo	43	26,7	87	19,9	130	21,7
Secundário	58	36,0	142	32,5	200	33,4
Situação profissional						
Contratado com profissionalização	27	16,8	72	16,3	99	16,4
Contratado sem profissionalização	9	5,6	11	2,5	20	3,3
QZP	19	11,8	59	13,3	78	12,9
QA/QE	106	65,8	301	67,9	407	67,4
Acumulação noutra instituição						
Não	142	89,3	417	95,0	559	93,5
Sim	17	10,7	22	5,0	39	6,5
Índice de aglomeração						
<1,0	47	30,7	134	32,4	181	31,9
1,0	57	37,3	179	43,2	236	41,6
>1,0	49	32,0	101	24,4	150	26,5

Procedimentos legais e éticos

O projeto de investigação e o respetivo questionário foram submetidos à apreciação pela Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, junto da qual foi colhida a

respetiva autorização. Posteriormente, foi enviado um ofício aos diretores dos agrupamentos/escolas selecionadas que por sua vez deram conhecimento aos conselhos pedagógicos, da proposta e do projeto de desenvolvimento da pesquisa.

Em reunião com os diretores dos agrupamentos/escolas selecionadas, foram apresentados os objetivos da investigação, bem como a natureza voluntária e anónima da participação dos docentes. Nesta reunião, foi fornecida aos investigadores, informação quantitativa relativa ao número de docentes que compunham os departamentos/grupos disciplinares existentes nas diferentes escolas do agrupamento.

Em dias previamente combinados com os diretores dos estabelecimentos de ensino, procedeu-se à entrega dos questionários e marcou-se uma data para a sua recolha, nos trinta dias seguintes à distribuição. De acordo com os diretores e procurando abranger o maior número de professores possível, decidiu-se em conjunto, que a apresentação do estudo aos docentes e a distribuição dos questionários, seria feita pelos coordenadores de departamento ou delegados de grupo.

Foi garantido o anonimato e confidencialidade da participação dos professores, através do recurso a um envelope, não identificado, onde era inserido o questionário depois de preenchido.

Discussão da metodologia

Na presente investigação, as dificuldades verificadas na recolha de dados podem constituir limitações na extrapolação das conclusões. A reduzida proporção de questionários recolhidos (38,7%) representa a principal limitação desta pesquisa na medida em que não são conhecidas as características do grupo dos professores que não aceitaram participar, e, conseqüentemente, saber se as variáveis em estudo se distribuíam de forma diferente neste grupo comparativamente com o grupo dos que aceitaram participar. Por outro lado, a natureza retrospectiva das questões utilizadas para avaliar a insónia e outras variáveis, pode, por si só, constituir um viés na medida em que apela à memória dos participantes podendo originar uma subestimação das prevalências.

Resultados

A prevalência de insónia (um ou mais sintomas) na amostra foi de 40,6% (IC95% 36,5-44,6). Quanto aos sintomas relacionados com insónia, verificou-se que 14,3% (IC95% 11,0-16,7) apresentam dificuldade em adormecer, 28,7% (IC95% 25,2-32,7) dificuldade em manter o sono, 19,7% (IC95% 16,3-22,8) acordam demasiado cedo e 20,7% (IC95% 17,6-24,3) afirmam ter um sono não reparador.

A prevalência de insónia era significativamente superior no sexo feminino (36,7% vs. 41,9%, $p<0,01$). Relativamente aos sintomas associados com a insónia, verificámos que há diferenças significativas entre sexos para o sintoma “dificuldade em adormecer” (9,0% vs. 16,2%, $p=0,01$) e “sono não reparador” (13,0% vs. 23,4%, $p<0,01$). Não se registaram diferenças significativas no sintoma “dificuldade em manter o sono” (29,9% vs. 28,2%, $p=0,37$) e no sintoma “acordar demasiado cedo” (16,5% vs. 20,9%, $p=0,13$) (tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de sintomas de insónia

	Prevalência de sintomas de insónia						<i>p</i>
	<i>Masculino</i>			<i>Feminino</i>			
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>IC95%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>IC95%</i>	
Insónia (um ou mais sintomas)	55	36,7	28,9-44,5	179	41,9	37,2-46,6	<0,01
Dificuldade em adormecer	14	9,0	3,6-12,4	70	16,2	12,4-19,4	0,01
Dificuldade em manter o sono	47	29,9	22,0-36,7	123	28,2	24,5-33,1	0,37
Acordar demasiado cedo	26	16,5	9,5-21,2	91	20,9	17,2-25,0	0,13
Sono não reparador	20	13,0	7,3-18,1	102	23,4	19,8-28,0	<0,01

Relativamente à distribuição da prevalência de insónia pelas variáveis idade, habilitações literárias, níveis de ensino que leciona, situação profissional, acumulação de funções noutra instituição, índice de aglomeração, consumo de café e de bebidas alcoólicas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à variável tempo de serviço, registámos diferenças significativas nas prevalências de insónia. Assim, entre os professores com menos de dez anos, regista-se uma prevalência de insónia de 54,8%, sendo de 35,6% nos professores com dez a vinte anos de serviço, de 40,6% no grupo dos que têm vinte a trinta anos de serviço e de 43,4% no grupo dos que têm mais de trinta anos de serviço, ($p=0,02$).

Na variável estado civil, verificámos diferenças significativas na prevalência de insónia, sendo os viúvos o grupo que apresentou maiores valores com 83,3%, seguidos dos divorciados 55,0%, dos solteiros 42,6%, dos casados/união de facto 38,3% e dos separados 36,4%, com um $p<0,01$.

Tabela 3 – Prevalência e determinantes da insónia

	Prevalência de Insónia				
	n	%	IC 95%	OR	IC 95%
Sexo					
Masculino	55	36,7	28,6-45,0	1	
Feminino	179	41,9	38,6-48,6	1,25	1,05-1,83
	<i>p</i>	<0,01			
Idade					
<30	6	46,2	16,8-83,2	1	
30-35	38	48,1	37,8-60,9	1,08	0,33-3,51
35-40	59	43,1	33,9-51,6	0,88	0,28-2,76
40-45	46	35,1	27,0-44,9	0,63	0,20-1,99
45-50	34	34,7	26,4-47,1	0,62	0,19-1,99
≥50	50	42,7	35,1-54,4	0,87	0,28-2,75
	<i>p</i>	0,34			
Estado civil					
Solteiro	40	42,6	31,6-53,1	1	
Casado/união de facto	163	38,3	35,0-44,9	0,83	0,53-1,32
Separado	4	36,4	24,7-70,3	0,77	0,21-2,82
Divorciado	22	55,0	37,7-70,9	1,65	0,78-3,48
Viúvo	5	83,3	40,5-90,8	6,75	0,76-60,05
	<i>p</i>	0,05			
Índice de aglomeração					
<1,0	77	44,0	36,0-51,3	1	
1,0	91	39,2	33,6-46,7	0,82	0,55-1,22
>1,0	59	42,4	33,6-50,6	0,93	0,60-1,47
	<i>p</i>	0,60			
Habilitações literárias					
Bacharelato	10	31,3	16,1-52,9	1	
Licenciatura	168	41,4	38,1-48,3	1,55	0,72-3,37
Pós-graduação	24	46,2	29,5-60,9	1,89	0,75-4,76
Mestrado	32	37,2	25,4-47,4	1,30	0,55-3,01
Doutoramento	0	0,0	0,0	0,0	0,0
	<i>p</i>	0,60			
Tempo de serviço					
<10	46	54,8	43,9-66,1	1	
10-20	96	35,6	29,0-41,0	0,46	0,28-0,75
20-30	65	40,6	37,1-53,7	0,57	0,33-0,96
≥30	23	43,4	29,8-58,3	0,63	0,32-1,27
	<i>p</i>	0,02			
Níveis de ensino que leciona					
Pré-escolar	7	33,3	13,0-60,7	1	
1.º Ciclo	37	34,9	25,7-45,2	1,07	0,39-2,89
2.º Ciclo	62	49,6	42,8-61,7	1,97	0,74-5,21
3.º Ciclo	47	37,6	30,3-48,3	1,21	0,45-3,20
Secundário	76	39,2	33,4-48,2	1,29	0,50-3,34
	<i>p</i>	0,15			

Quando analisada a variável satisfação geral no trabalho, verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas, podendo verificar-se que os professores com maior

nível de satisfação geral apresentam uma menor estimativa da prevalência de insónia (44,4% vs. 37,1%, $p=0,04$) (tabelas 3 e 4).

Tabela 4 – Prevalência e determinantes da insónia (cont.)

	Prevalência de Insónia				
	N	%	IC 95%	OR	IC 95%
Situação profissional					
Contrato profissionalizado	47	50,5	39,5-60,5	1	
Contrato não profissionalizado	10	50,0	30,1-81,0	0,98	0,37-2,57
QZP	28	38,4	24,9-49,0	0,61	0,33-1,14
QA/QE	149	38,1	34,6-45,0	0,60	0,38-0,95
	<i>p</i>	0,12			
Acumulação noutra instituição					
Não	220	41,0	37,6-46,4	1	
Sim	14	36,8	20,6-56,9	0,84	0,42-1,66
	<i>p</i>	0,37			
Consumo de café					
Não	72	39,8	30,9-45,9	1	
Sim	161	40,8	38,2-48,5	1,04	0,73-1,49
	<i>p</i>	0,45			
Consumo de bebidas alcoólicas					
Não	117	42,4	37,4-49,9	1	
Sim, ocasionalmente	93	40,8	36,2-49,8	0,94	0,66-1,34
Sim, todas as semanas	13	35,1	17,7-50,8	0,74	0,36-1,51
Sim, todos os dias	11	30,6	9,9-43,5	0,60	0,28-1,26
	<i>p</i>	0,50			
Satisfação geral no trabalho					
Não	128	44,4	39,5-51,5	1	
Sim	103	37,1	31,8-43,9	0,74	0,53-1,03
	<i>p</i>	0,04			

Discussão

Encontrámos uma elevada prevalência de insónia no grupo profissional dos professores, facto que é consistente com os resultados de outros estudos realizadas noutras amostras^(28, 29, 32) e com referências feitas na literatura por alguns autores⁽³³⁻³⁵⁾ que apontam os professores como profissionais de risco para o desenvolvimento de patologias de natureza psicossocial e consequentemente o desenvolvimento de insónias. Noutros estudos, aparece sinalizado, relativamente aos professores, o pouco otimismo em relação à carreira e aos empregos futuros, aliado às dificuldades para lidar com situações stressantes e tomadas de decisão, e ainda a incapacidade para solucionar problemas de relacionamento com colegas⁽²³⁾. Num estudo populacional, foi mencionado a dificuldade em lidar com o stresse como fator determinante associado à maior prevalência de insónia⁽³⁶⁾.

As professoras apresentam prevalências superiores dos diferentes sintomas utilizados para definir insónia, sendo consistente com a generalidade das investigações realizadas nesta área ^(6, 37), que apontam o género feminino como um fator de risco para o desenvolvimento desta patologia. De igual modo, também se verifica que o estado civil, nomeadamente o ser viúvo ou divorciado poderá ser um fator de risco para a insónia, o que também é consentâneo com outros estudos realizados a nível mundial ^(11, 19).

A relação entre a pior satisfação geral no trabalho e a ocorrência de insónia pode evidenciar o peso dos aspetos relacionados com profissão no desenvolvimento da patologia e os efeitos negativos que esta pode trazer no desenvolvimento e funcionamento individual dos professores. A insatisfação com a profissão e as constantes alterações das orientações organizacionais, aliada à desvalorização da função docente podem justificar, pelo menos em parte, a insatisfação geral no trabalho dos professores e por essa via, as elevadas prevalências de insónia registadas neste grupo, facto apontado noutros estudos com outros grupos profissionais ^(37, 38).

Um achado importante na presente investigação é o facto de os professores em início de carreira (com menos de dez anos de serviço) juntamente com os que se encontram em fim de carreira (mais de 30 anos de serviço) serem aqueles que apresentam maior prevalência de insónia. Esta situação poderá ser explicada, por um lado pelas preocupações decorrentes da instabilidade e insegurança com a profissão presente nos professores em início de carreira e, por outro, pelas incertezas relativamente à segurança social e à aposentação nos professores que se encontram em situação de pré-reforma. Na primeira situação, os professores mais jovens têm, frequentemente, vínculos laborais precários, situação que é do domínio público e já foi denunciada por diversas organizações profissionais. O sistema de colocações dos professores, movimenta os docentes de escola para escola e de regiões para regiões. A necessidade de efetuar um esforço económico decorrente das situações em que o local de trabalho do professor se situa a muitos quilómetros da sua residência principal, obrigando a deslocações e ainda à necessidade de se levantarem muito cedo, perturbando os ritmos circadianos fisiológicos, podem constituir fatores justificativos muito plausíveis.

Se a experiência adquirida por estes jovens docentes vai sucessivamente tornando menos problemática o enfrentar de novos públicos e novas adaptações à organização escolar, os compromissos decorrentes da vida familiar construída podem tornar cada mobilidade mais difícil que a anterior. Paralelamente e em muitos casos, há a necessidade de ter uma residência alternativa, levando ao desenraizamento temporário do seu ambiente familiar e ainda à necessidade de despende dinheiro para fazer ao respetivo aluguer ⁽³⁹⁾. Factos que originam

incertezas permanentes e conseqüentemente diversas alterações psicossociais, refletidas, eventualmente, na qualidade e quantidade do sono.

Os professores em idade mais avançada vivem uma situação de incerteza quanto ao futuro, na medida em que a sucessiva degradação das condições de aposentação, quer pelo aumento da idade, quer pela diminuição do valor da reforma que irão receber. Esta situação é particularmente penosa, na medida em que, muitos deles tiveram uma vida de dedicação ao ensino e à vida das escolas enquanto organizações vocacionadas para o ensino, e veem-se perante uma situação que pode comprometer a planificação que fizeram do último período da sua vida. Simultaneamente, são idades em que o indivíduo se deixa envolver por tensões frequentes, de desenvolvimento pessoal aprofundado, de questionamento sobre a sua própria existência, a perceção sobre as suas incapacidades de acompanhar as mudanças, de continuar a aprender e de descobrir novos horizontes de conhecimento ⁽³⁹⁾.

O aumento da burocracia e a falta de capacidade de resposta, ou resposta não adequada às pressões e desafios do dia-a-dia, decorrentes de contextos sociais difíceis e das sucessivas solicitações de que são alvo os professores, são fatores que podem ajudar a explicar os elevados níveis de insónia encontrados. Tais fatores podem impedir que os professores tenham a necessária tranquilidade para abordar as solicitações escolares e, muitas vezes tenham que “levar para casa” os problemas da escola que naturalmente podem interferir com as condições necessárias à existência de um sono tranquilo.

A necessidade de efetuar um esforço económico decorrente das situações em que o local de trabalho do professor se situa a muitos quilómetros da sua residência principal, obrigando a deslocações e a um esforço económico e ainda à necessidade de se levantarem muito cedo, perturbando os ritmos circadianos fisiológicos, pode ajudar a justificar os elevados índices de insónias.

Referências bibliográficas

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4.^a ed. revisão de texto. Ed. Lisboa: Climepsi; 2002.
2. Doghramji P. Recognizing sleep disorders in primary care setting. J Clin Psychiatry 2004;65(suppl 16):23-6.
3. Paiva T. Bom sono, boa vida. 2.^a ed. Cruz Quebrada: Oficina do Livro; 2008.
4. Walsh J. Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. The Journal of Clinical Psychiatry. 2004;64(8):13-9.
5. Keklund G, Akerstedt T. Objective components of individual differences in subjective sleep quality. J Sleep Res. 1997;6:217-20.

6. Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology and consequences. *JCSM*. 2007;Suplemento to vol. 3(5).
7. Ohayon MM. Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia:distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *J Psychiatr Res* 1997;31:333-46.
8. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med*. 2002;6:97-111.
9. Drake C, Roehrs T, Roth T. Theoretical review: insomnia causes, consequences, and therapeutics: an overview. *Depression and Anxiety*. 2003;18:163-76.
10. Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med*. 2010;11:1010-8.
11. Ohayon MM, Roth T. What are the contributing factors for insomnia in the general population? *Journal of Psychosomatic Research*. 2001;51(6):745-55.
12. Mayer G, Jennum P, Riemann D, Dauvilliers Y. Insomnia in central neurologic diseases: occurrence and management. *Sleep Med Rev*. 2011;15:369-78.
13. Ohayon MM, Partinen M. Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *J Sleep Res*. 2002;11:339-46.
14. Ohayon MM, Smirne S. Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. *Sleep Med* 2002;3:115-20.
15. Ohayon MM, Bader G. Prevalence and correlates of insomnia in the swedish population aged 19-75 yers. *Sleep Med*. 2010;11:980-6.
16. Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med*. 2010;11(10):1010-8.
17. Ohayon MM, Paiva T. Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Medicine*. 2005;6:435-41.
18. Campos A. Número de portugueses com insónia diminuiu. *Jornal Público*; 2010 [citado 2012 5 janeiro]; Available from: <http://publico.pt/sociedade/noticia/numero-de-portugueses-com-insonia-diminuiu-1456482>.
19. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med*. 2002;6:97-111.
20. Vgontzas A, Kales A. Sleep ad its disorders. *Annu Rev Med*. 1999;50:387-400.
21. Dauvilliers Y , Morin C, Cervena K, Carlander B, Touchon J, Besset A. Family studies in insomnia. *J Psychosom Res* 2005;58:271-8.
22. Bastien C, Morin C. Familial incidence of insomnia. *J Sleep Res*. 2000;9:49-54.
23. Zammit G, Weiner J, Damato N, Sillup G, McMillan C. Quality of life in people with insomnia sleep. *Journal of Sleep Research and Sleep Medicine*. 1999;22(2):379-85.
24. Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH. Insomnia as a health risk factor. *Behav Sleep Med*. 2003;1(4):227- 47.
25. Taylor D, Lichstein K, Durrence H, Riedel B, Bush A. Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep*. 2005;28:1457-64.
26. Rosekind MR, Gregory KB. Insomnia risks and costs: health, safety, and quality of life. *The American Journal of Managed Care*. 2010;6(8):617-26.
27. Marques C, Nunes G, Ribeiro T, Santos N, Teixeira R. Hábitos de sono em médicos de família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2005;21:555-61.
28. Amaral O, Rodrigues M, Pereira I. Risk factors for insomnia in a portuguese sample shift-working nurses. *Sleep and Biological Rhythms*. 2007;Suppl 1:A26.
29. Amaral O, Pereira C, Veiga N, Pereira J. Prevalence of insomnia in portuguese prison guards. *American Journal of Epidemiology*. 2010;171:S87.

30. Dean A, Dean J, Coulombier D, Burton A, Brende I, Smith D. Epi-Info, version 6,04a: a word processing, database, and statistics for epidemiology on microcomputers. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, USA; 1994.
31. Silva C, Azevedo MH, Dias M. Estudo padronizado do trabalho por turnos: versão experimental. Bateria de escalas. 1994.
32. Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med.* 2010(10):1010-8.
33. Bauer J, Stamm A, Virnich K, Wissing K, Muller U, Wirsching M, et al. Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *Int Arch Occup Environ Health.* 2006;79:199-204.
34. Bowers T, McIver M. Ill health retirement and absenteeism amongst teachers. *Research Brief* 2000 (235).
35. Cardoso R, Araújo A, Ramos R, Gonçalves G, Ramos M. O stress nos professores portugueses: estudo IPSSO 2000. Porto: Porto Editora; 2002.
36. Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R. An epidemiological study of insomnia among the japanese general population. *Sleep.* 2000;23:41-7.
37. Léger D, Bayon V. Societal costs of insomnia. *Sleep Med Rev.* 2010;14:379-89.
38. Léger D, Guilleminault C, Bader G, Lévy E, Paillard M. Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep.* 2002;25(6):625-9.
39. Cavaco H. Ofício do professor: o tempo e as mudanças. In: A, Nóvoa [org.] *Profissão professor.* 2.^a ed. Porto: Porto Editora; 1995.

CAPÍTULO 3 – Prevalência de sintomas depressivos em professores do ensino básico e secundário

(Manuscrito)

Prevalência de sintomas depressivos em professores do ensino básico e secundário

Cristina Almeida^{1,2}, Carlos Pereira¹, Nélio Veiga^{1,3}, Odete Amaral¹, João Duarte¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu

² Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa

³ Departamento de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

Correspondência:

Carlos Pereira

Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu

Rua Dom João Crisóstomo Gomes de Almeida n. 102

3500-843 VISEU

Telefone: 232 419 100

Fax: 232 428 343

E-mail: carlospereiraviseu@gmail.com

Resumo

Introdução: A depressão está frequentemente associada a condições de trabalho. O sistema educativo português tem sofrido grandes mudanças nos últimos anos, nomeadamente nos currículos, nas exigências feitas aos professores, no aumento da burocracia, no aumento da indisciplina e no desemprego entre os professores. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de sintomas depressivos e identificar os fatores de risco numa amostra de professores portugueses do ensino básico e secundário.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal envolvendo todos os professores, a partir de dezassete agrupamentos/escolas públicas, selecionados aleatoriamente, do distrito de Aveiro e Viseu, Portugal. Os dados foram recolhidos através de um questionário autoaplicado. A amostra final foi composta de 604 professores do ensino básico e secundário (443 do sexo feminino, 73,3%), com idade média de $43,7 \pm 7,6$ anos. Os sintomas depressivos foram avaliados através do Inventário de Depressão de Beck, validado para Portugal, sendo o ponto de corte para a depressão de 12 pontos. A prevalência foi expressa em proporções com intervalos de confiança de 95% (IC), e comparadas pelo teste do qui-quadrado.

Resultados: A prevalência de sintomas depressivos foi de 31,0% (IC 95% 26,2-35,9). Segundo a classificação de gravidade da sintomatologia depressiva, a prevalência de sintomas "mínimos", "leves", "moderados" e "severos" foi de 68,8% (IC 95% 68,7-79,1); 23,7% (IC 95% 14,7-23,9), 5,7 (IC 95% 3,0-8,5) e 1,8% (IC 95% 0,6-4,2), respetivamente. Os sintomas depressivos foram associados ao género (feminino 33,2% vs. 25,0 $p=0,05$); estado civil (viúvos 100% vs. separados 75,0% vs. divorciados 36,7% vs. casados/união de facto 30,0% e solteiros 26,9% $p=0,05$); nível onde leciona (secundário 38% vs. 2.º ciclo 27,8% vs. 1.º ciclo 18,5% vs. 3.º ciclo 14,8% vs. pré-escolar 0,9% $p=0,05$); consumo de álcool (todos os dias 50,0% vs. não 33,5% vs. ocasionalmente 28,0% vs. todas as semanas 16,0% $p<0,01$); satisfação no trabalho (não 40,8% vs. sim 18,4% $p<0,01$) e insónia (não 23,4% vs. sim 41,0% $p<0,001$). Os sintomas depressivos estão associados aos distúrbios do sono, como a dificuldade em adormecer (OR = 2,4, IC 95% 1,2-4,9), a dificuldade de manter o sono (OR = 2,1, IC 95% 1,1-3,9) e sono não reparador (OR = 3,4, IC 95% 1,9-6,1). Não houve associação estatisticamente significativa entre os sintomas depressivos e a idade, o tabagismo, a prática de desportos, o excesso de peso/obesidade, o índice de aglomeração, o absentismo e o tempo de serviço. **Conclusões:** Os professores apresentam elevada prevalência de sintomas depressivos, maior do que noutras classes profissionais. Os sintomas depressivos estão associados a condições sociodemográficas e a distúrbios do sono.

Palavras-chave: professores, sintomas depressivos, prevalência

Abstract

Background: Depression is frequently associated with job conditions. The portuguese educational system has been changing in the last years, namely in curricula, new demands, increased paperwork, unemployment among teachers and student`s misbehavior. **Objective:** The aim of this study was to determine the prevalence of depressive symptoms and identify the risk factors in a sample of portuguese elementary teachers.

Methods: We conducted a cross-sectional study involving all teachers from seventeen randomly selected public schools of the district of Viseu, Portugal. Data was collected using a self-administered questionnaire. The final sample was composed of 604 elementary teachers (443 female, 73.3%), mean age=43.7±7.6 years. Depressive symptoms were assessed by the Portuguese validated version of the Beck Depression Inventory, and the *cut-off point* for depression was 16 points. Prevalence was expressed in proportions with 95% confidence intervals (CI), and compared by the chi-square test.

Results: The prevalence of depressive symptoms was 31.0% (CI 95% 26.2-35.9). According to the classification of severity of depressive symptomatology, the prevalence of “minimum”, “slight”, “moderate” and “severe” was 68.8% CI 95% 68.7-791); 23.7% (CI 95% 14.7-23.9), 5.7% (CI 95% 3.0-8.5) and 1.8% (CI 95% 0.6-4.2), respectively. Depressive symptoms were associated with gender (female 33.2% vs. 25.0 p=0.05); marital status (widowed 100% vs. separate 75.0% vs. divorced 36.7% vs. married / unmarried 30.0% vs. singles 26.9% p=0,05); where he teaches level (secondary 38.0% vs. 2. cycle 27.8% vs. 1. cycle 18.5% vs. 3. cycle 14.8% vs. preschool 0.9% p=0,05); alcohol consumption (all days 50.0% vs. no 33.5% vs. occasionally 28.0% vs. every week 16.0% p=0,005); job satisfaction (no 40.8% vs. yes 18.4 p<0,01) and insomnia (no 23.4% vs. yes 41.0% p<0,001). We verified that depressive symptoms are also associated with sleep disorders such as difficulty initiating sleep (OR=2.4, CI 95% 1.2-4.9); difficulty maintaining sleep (OR=2.1, CI 95% 1.1-3.9) and non-restorative sleep (OR=3.4, CI 95% 1.9-6.1). No statistically significant association was found between depressive symptoms and age, smoking habits, sports practice, overweight/obesity, crowding index, absenteeism and service time.

Conclusions: Teachers present a high prevalence of depressive symptoms, higher than referred for other occupational classes. Depressive symptoms are associated with sociodemographic conditions and sleep disorders.

Keywords: teachers, depressive symptoms, prevalence

Introdução

A prevalência de depressão tem aumentado de um modo significativo nas últimas décadas, constituindo, nos países industrializados, um importante problema de saúde pública, devido, também, à elevada mortalidade e morbidade que lhe estão associadas ⁽¹⁾. Estima-se que em todo o mundo existam mais de 150 milhões de pessoas com depressão ⁽²⁾.

A depressão é uma entidade clínica muito frequente, podendo ser caracterizada por uma alteração duradoura do estado de humor, que se acompanha de uma modificação nas perspectivas pessoais e de importantes funções biológicas e aparece associada a vulnerabilidades genéticas ou psicológicas e a fatores ambientais ⁽³⁾.

De acordo com o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* organizado pela Associação Americana de Psiquiatria ⁽⁴⁾ e a *Classificação Internacional de Doenças*, elaborada pela Organização Mundial de Saúde ⁽⁵⁾, a depressão enquadra-se no grupo das perturbações de humor. Sem coincidência total, o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, versão quatro, revista e a *Classificação Internacional de Doenças*, décima edição, sugerem designações e descrições para os quadros depressivos relativamente semelhantes entre si. Deste modo, e de forma convergente, definem os três maiores grupos de perturbações com vários subtipos, nomeadamente a depressão *major*, a perturbação bipolar, as perturbações distímicas e ciclotímicas, divergindo no que respeita ao número específico de sintomas e na especificação do tempo de duração da doença, gravidade, desconforto, incapacidade e critérios de exclusão ⁽⁶⁾.

Assim, e de acordo com o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, a depressão *major* com um ou vários episódios depressivos *major*, é definida como um período mínimo de duas semanas no qual o indivíduo sofre de pelo menos cinco de um total de nove sintomas depressivos, entre os quais necessariamente, o humor depressivo ou perda de interesse ou de prazer. Além destes, outros critérios devem ser considerados, nomeadamente o sofrimento e a persistência e excluída a possibilidade de outros fatores clínicos ou substâncias possam ser responsáveis pelos sintomas referidos. Paralelamente, as perturbações distímicas, indicam depressão crónica ligeira e são descritas como um humor depressivo em metade dos dias durante, no mínimo, dois anos, associado a pelo menos dois sintomas clássicos (perturbação do sono, do apetite, entre outros) ^(4, 6).

Apesar dos critérios disponíveis para o diagnóstico e classificação da depressão, um dos problemas subjacentes ao seu estudo, prende-se com a dificuldade da sua identificação objetiva e caracterização, quando se pretendem realizar estudos comunitários.

As prevalências de depressão apresentam grande variabilidade, que pode ser justificada por diversos fatores, designadamente, a composição do grupo de amostragem, o período de tempo a que se reportam os sintomas (duas vs. quatro vs. doze semanas, entre outras), diferentes classificações nosológicas e o uso de diferentes instrumentos de diagnóstico ⁽⁶⁻⁸⁾. Contudo, são vários os estudos epidemiológicos a nível mundial que evidenciam uma prevalência preocupante. Apesar das variações e discrepâncias em termos de resultados encontrados, cerca de um terço da população adulta sofre, em cada ano, de uma perturbação mental ^(9, 10). Entre estas, a depressão é a que apresenta prevalências mais elevadas, podendo variar entre 4% e 10% ^(6, 10).

Num estudo realizado na população geral dos Estados Unidos da América (*National Comorbidity Survey*) ⁽¹¹⁾, verificou-se que a depressão *major* atingia, nesse ano, 10,3% da população e a de distímia 2,5%. A prevalência ao longo da vida era de 17,1%, sendo que em 2003 na replicação desse estudo (*National Comorbidity Survey – Replication*), a prevalência reportada a doze meses para a depressão *major* foi de 6,6% e a prevalência ao longo da vida de 16,2%, o que é concordante com os resultados de outros estudos que mostram que cerca de uma em cinco mulheres e um em cada dez homens, experienciam, num qualquer momento das suas vidas, um episódio clinicamente significativo de depressão ^(12, 13).

Estudos mais recentes efetuados, também, nos Estados Unidos da América revelaram um aumento da prevalência, tendo encontrado valores de prevalência para perturbações de humor ao longo da vida de 20,8% (16,6% depressão *major*) ⁽¹⁴⁾ e de prevalência de depressão *major*, reportada ao último ano de 6,6% ⁽¹⁵⁾.

Em termos europeus, um estudo multicêntrico (*Depression Research in European Society - DEPRES*) efetuado com uma amostra de cerca de 78.000 adultos de seis países diferentes, revelou uma prevalência de episódios de depressão nos últimos seis meses de 17,0% ⁽¹⁶⁾. Noutro estudo multicêntrico (*European Outcome of Depression International Network - ODIN*), recorrendo a uma entrevista semiestruturada para estabelecimento de diagnósticos da *Classificação Internacional de Doenças*, décima edição, e/ou *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (versão quatro), a prevalência pontual de qualquer tipo de perturbação depressiva foi de 8,6%, com 6,6% para a depressão *major*, 1,0% para a distímia e 0,3% para as reações depressivas ⁽¹⁷⁾.

Um estudo de 2011 realizado em todos os países membros da união europeia mostrou que as perturbações mentais mais frequentes na população geral são a ansiedade com uma prevalência de 14,0% e as perturbações do humor com 7,8%, sendo de 6,9% para a depressão *major* ⁽¹⁰⁾.

Relativamente a Portugal são escassos os dados disponíveis, de base comunitária, para estabelecerem corretamente a prevalência dos vários tipos de perturbações depressivas. Contudo foram efetuados dois estudos no final da década de oitenta na região centro e um estudo na região do Algarve, publicados em 1991, que segundo Gusmão *et al.* ⁽¹⁾, permitem estabelecer a prevalência de sintomatologia depressiva em termos comunitários. Estes estudos recorreram a uma escala de autoavaliação, *Beck Depression Inventory* (Inventário de Depressão de Beck) revelando prevalências que variavam entre os 16,9%, e os 18,4% ⁽¹⁾.

Um estudo mais recente (2002) efetuado em todos os países membros da União Europeia, conduzido pelo *The European Opinion Research Group*, mas utilizando uma metodologia diferente da anteriormente referida, revelou uma prevalência de sintomatologia depressiva em Portugal de 29,8%, contrastando com os 23,4% da média europeia ⁽¹⁸⁾.

Um estudo realizado com adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos na região de Viseu permitiu estimar prevalências de sintomas depressivos, com base no Inventário de Depressão de Beck para adolescentes, reportadas às últimas quatro semanas de 20,6%, superior nas raparigas (25,9 vs. 14,2%) ⁽¹⁹⁾.

Um estudo realizado em 2008, efetuado numa amostra de professores do 2.º e 3.º ciclos e secundário do ensino oficial da área de Lisboa, encontrou valores de prevalência de sintomatologia depressiva de 42,2% ⁽²⁰⁾.

De acordo com o primeiro “Estudo Epidemiológico Nacional de Morbilidade Psiquiátrica” Portugal é o país da Europa com maior prevalência de doenças mentais na população. No ano de 2009, cerca de um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica e aproximadamente metade já teve uma destas perturbações durante a vida ⁽²¹⁾.

Estudos comunitários e estudos clínicos têm identificado fatores que potenciam o início da depressão. Embora, cada fator por si mesmo possa não ser significativo, vários fatores de risco associados, podem conduzir a um quadro depressivo ⁽²²⁾. Têm sido apontados como fatores de risco para a depressão, o género, o estado civil, a idade, a residência, a classe social, a história familiar de depressão, o stress crónico e a falta de apoio social ^(23, 24). Estas circunstâncias de vulnerabilidades a interagir com eventos de vida stressantes, problemas relacionais e sociais que não estão incluídos nos sistemas atuais de diagnóstico ⁽²⁵⁾, nomeadamente a insegurança no emprego e o stress laboral, podem ser responsáveis por grandes variações nas taxas de depressão nas populações ⁽²⁶⁾.

Os estudos epidemiológicos têm demonstrado, claramente, que a depressão é uma doença muito comum. Assim, a elevada prevalência, o início em idades cada vez mais

precoces e a persistência da perturbação depressiva *major* ajudam a confirmar a grande importância que a depressão representa em termos de saúde pública ⁽²⁷⁾.

A depressão é uma entidade clínica largamente perturbadora pelo grande impacto que pode ter sobre todos os aspetos da vida de cada pessoa, incluindo a saúde física, relações familiares, sociais e de trabalho ^(3, 28), contribuindo, substancialmente, para o elevado peso das doenças nas economias de todos os países ⁽²⁹⁾. Considera-se que o maior peso das perturbações mentais deve-se, principalmente, à incapacidade, ou seja, ao impacto destas sobre o funcionamento diário dos indivíduos ⁽³⁰⁾. O *Global Burden of Diseases* aponta a perturbação depressiva *major* como a principal causa de incapacidade a nível mundial, representando, atualmente cerca de um terço dos anos de vida perdidos com saúde, estimando-se que assuma o primeiro lugar em 2030 ⁽²⁾.

A depressão e as perturbações bipolares custam à sociedade europeia aproximadamente 106 mil milhões de euros por ano, dos quais, 77 mil milhões resultam de custos indiretos ⁽³¹⁾. Na Europa, cerca de 30 milhões de pessoas sofrem de depressão, originando custos diretos e indiretos, por pessoa, de aproximadamente 3800 euros por ano. Cerca de dois terços deste valor são custos não imputados ao sistema de saúde ^(31, 32). Um estudo realizado em Inglaterra, em adultos, estimou que os custos com o tratamento médico da depressão representam apenas 4,11% do custo total da depressão ⁽³³⁾.

Embora os custos imputados ao sistema de saúde sejam muito significativos, a grande maioria dos custos associados às doenças mentais são inscritos fora do sector da saúde, especialmente pela diminuição da produtividade, que representa cerca de 85% de todos os custos ⁽³¹⁾.

Devido às elevadas prevalências e aos efeitos das doenças mentais em todos os aspetos da vida designadamente nas relações com o trabalho, a Organização Internacional do Trabalho estima que o custo total para a sociedade é de aproximadamente três a quatro por cento do produto interno bruto nos países membros da União Europeia ⁽³⁴⁾.

Embora a estimativa dos custos seja variável de estudo para estudo, parece não haver dúvidas que o encargo económico das doenças mentais é enorme ⁽²⁹⁾.

O impacto da depressão na qualidade de vida é difícil de quantificar. Contudo, é possível estimar-se que possa representar uma redução de 50%, equivalente às consequências dos graves acidentes vasculares cerebrais ⁽⁶⁾.

Em Portugal são escassos os estudos desenhados com o objetivo de quantificar a prevalência de depressão, designadamente em professores.

O objetivo da presente investigação foi quantificar a prevalência de sintomas depressivos em professores do ensino básico e secundário.

Participantes e métodos

Tipo de estudo

Realizámos um estudo transversal parcialmente analisado como caso-controlo. Esta metodologia permitiu-nos estimar a prevalência de insónia e, simultaneamente recolher informação sobre os fatores determinantes da insónia em professores.

Amostra

O espaço amostral era constituído por 91 escolas do ensino básico e secundário dos distritos de Aveiro e de Viseu, sob influência da Direção Regional de Educação do Centro. Deste universo foram selecionados, por amostragem aleatória simples com recurso ao *Epi-table - Sample-Random number list generator* do programa *Epi-info 6,04^a* ⁽³⁵⁾, dezassete agrupamentos de escolas. Todos os professores das escolas que integravam os agrupamentos selecionados, foram considerados elegíveis para participar no estudo. Assim, considerando a existência de um número médio de 125 professores em cada agrupamento e uma proporção de respostas prevista de 50%, estimámos uma amostra final de 1000 elementos.

Foram distribuídos 1780 questionários tendo por base o número fornecido pelos diretores dos agrupamentos. A recolha dos questionários foi efetuada decorridos trinta dias após a sua entrega ao diretor de agrupamento a quem foi solicitado que procedesse à sua distribuição pelos respetivos professores. Foram recolhidos 689 (38,7%). Foram excluídos da análise os questionários sem informação para o sexo e a idade, ficando a amostra final constituída por 604 professores, dos quais, 443 (73,3%) eram do sexo feminino (tabela 1).

Tabela 1 – Descrição geral da amostra

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	161	26,7	443	73,3	604	100,0
Idade						
<30	6	3,8	9	2,0	15	2,5
30-35	24	15,0	59	13,3	83	13,8
35-40	38	23,8	105	23,7	143	23,8
40-45	28	17,5	108	24,4	136	22,6
45-50	25	15,6	78	17,6	103	17,1
≥50	39	24,4	83	18,8	122	20,3
Estado civil						
Solteiro	25	15,5	74	16,7	99	16,4
Casado/união de facto	126	78,3	314	70,9	440	72,8
Separado	1	0,6	11	2,5	12	2,0
Divorciado	8	5,0	39	8,8	47	7,8
Viúvo	1	0,6	5	1,1	6	1,0
Habilitações literárias						
Bacharelato	9	5,6	26	5,9	35	5,8
Licenciatura	108	67,1	316	71,3	424	70,2
Pós-graduação	11	6,8	41	9,3	52	8,6
Mestrado	31	19,3	60	13,5	91	15,1
Doutoramento	2	1,2	0	0	2	0,3
Tempo de serviço						
<10	28	17,9	63	14,4	91	15,3
10-20	76	48,7	204	46,7	280	47,2
20-30	32	20,5	137	31,4	169	28,5
≥30	20	12,8	33	7,6	53	8,9
Níveis onde leciona						
Pré-escolar	0	0	25	5,7	25	4,2
1.º Ciclo	25	15,5	89	20,4	114	19,1
2.º Ciclo	35	21,7	94	21,5	129	21,6
3.º Ciclo	43	26,7	87	19,9	130	21,7
Secundário	58	36,0	142	32,5	200	33,4
Situação profissional						
Contratado com profissionalização	27	16,8	72	16,3	99	16,4
Contratado sem profissionalização	9	5,6	11	2,5	20	3,3
QZP	19	11,8	59	13,3	78	12,9
QA/QE	106	65,8	301	67,9	407	67,4
Acumulação noutra instituição						
Não	142	89,3	417	95,0	559	93,5
Sim	17	10,7	22	5,0	39	6,5
Índice de aglomeração						
<1,0	47	30,7	134	32,4	181	31,9
1,0	57	37,3	179	43,2	236	41,6
>1,0	49	32,0	101	24,4	150	26,5

Instrumento de recolha de dados

A informação foi recolhida com recurso a um questionário, autoaplicado, respondido individualmente pelos professores. Antes da distribuição e recolha dos questionários, que

decorreu entre janeiro e abril de 2012, foi efetuado um pré-teste numa amostra de 10 professores de uma escola, que aceitaram colaborar, voluntariamente, e cujos questionários não foram englobados na análise final. Explicámos aos professores, numa nota introdutória, os objetivos da investigação e pedimos que respondessem ao questionário e registassem as suas sugestões e críticas relativamente aos aspetos que considerassem relevantes. Garantimos ainda a confidencialidade das suas respostas e participação.

Este pré-teste foi efetuado com o objetivo de avaliar a adequabilidade do instrumento de colheita de dados e demais procedimentos de recolha de informação. Da análise dos resultados e informação fornecida pelos professores, procedemos a pequenas alterações em algumas perguntas que integravam o questionário.

O questionário iniciava-se com uma breve introdução onde eram explicados os objetivos do estudo e solicitada a colaboração dos professores. No sentido de garantir a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, foi fornecido a todos os inquiridos um envelope no qual introduziam o questionário após o seu preenchimento, o qual seria posteriormente devolvido ao diretor do agrupamento, devidamente fechado. A abertura do envelope foi efetuada por um dos investigadores responsáveis pelo estudo, que de imediato procedeu à sua numeração.

O questionário era constituído por um conjunto de escalas, dividido em quatro secções, correspondentes aos grupos de variáveis em análise neste estudo.

A secção “A” era constituída por questões direcionadas à caracterização sociodemográfica, profissional e variáveis antropométricas. O conjunto de questões além de avaliar variáveis demográficas como o sexo, idade e estado civil, recolheu ainda dados relativos a formação académica e as características e condições gerais de trabalho na atual situação profissional, nomeadamente tempo de serviço, tipo de vínculo, número de turmas e níveis atribuídas, custos mensais relacionados com a atividade docente. As variáveis antropométricas, peso em quilogramas e altura em metros, autodeclarados, serviram para calcular o índice de massa corporal (Kg/m^2).

O índice de aglomeração foi avaliado pela razão entre o número de pessoas que vivem na residência e o número de assoalhadas (quartos e salas), classificado em três grupos (menor que uma, uma e mais que uma pessoa por assoalhada).

A secção “B” era constituída por questões direcionadas à caracterização de hábitos, designadamente os hábitos de sono, as insónias, tabagismo, consumo de álcool e medicação.

O consumo de café foi medido com três itens específicos: 1- “costuma tomar café?” (não; sim); 2- “se respondeu sim, habitualmente quantos cafés toma por dia?” 3 - “se

respondeu sim, costuma tomar café depois das 20 horas? (nunca; raramente; às vezes; quase todos os dias; todas as noites)”; o álcool foi medido com dois itens específicos: 1- “costuma consumir bebidas alcoólicas? (não; sim, ocasionalmente; sim, todas as semanas; sim todos os dias)”; 2- "se respondeu sim, no geral, considera que: bebe pouco, bebe moderadamente ou bebe em excesso?”. A frequência do consumo de tabaco, também foi avaliada com duas perguntas: "é fumador? (não; sim)”; “se respondeu sim, em média quantos cigarros fuma por dia?”. Quanto ao consumo de substâncias ilícitas foi medido com um item específico: “alguma vez consumiu drogas proibidas? (não; sim) ”.

A frequência de exercício físico foi medida com recurso à questão: "fora do âmbito profissional, pratica exercício físico? (não; sim, às vezes; sim, frequentemente; sim, sempre)”.

A insónia foi avaliada com base nos critérios de classificação da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, caracterizada pela dificuldade em adormecer, acordar frequentemente durante a noite e ter dificuldade em voltar a adormecer, acordar muito cedo e não conseguir voltar a adormecer, ou dormir o número de horas suficientes durante a noite, contudo acordar pela manhã cansado, como se o sono não tivesse sido suficiente e ter dificuldades em se levantar de manhã. Estes critérios referiam-se às últimas quatro semanas e ocorrendo pelo menos uma vez por semana.

Para avaliar a componente, qualidade subjetiva do sono (perceção da qualidade geral do sono) no último mês, recorreremos a um item específico: “no último mês, como avalia a qualidade geral do seu sono (ótimo; bom; assim assim; mau e péssimo)”; a componente, uso de medicação para dormir, foi avaliada recorrendo-se aos seguintes itens: 1- “já alguma vez tomou medicação para dormir? (não; sim); 2- “nos últimos doze meses, tomou alguma medicação para dormir? (não; sim)”; 3- “no último mês, tomou alguma medicação para dormir? (não; sim, às vezes; sim, frequentemente; sim, sempre)” e as disfunções diurnas foram avaliadas apenas com um item: “ sente dificuldade em manter-se acordado durante o dia? (nunca; raramente; às vezes; frequentemente; sempre)”.

A secção “C” era constituída pela *Escala de Satisfação Geral no Trabalho* (ESGT) de Barton e colaboradores, adaptada por Silva, Azevedo e Dias ⁽³⁶⁾. Trata-se de uma escala tipo Likert, com cinco questões cotadas de um a sete, onde as opções disponibilizadas vão desde “discordo completamente” a “concordo completamente” onde as questões estão relacionadas com a satisfação geral com o trabalho, compreendendo a visão do próprio e dos outros, bem como a tendência de abandono do trabalho. A visão do próprio tem a ver com os itens: 1- Em geral, estou muito satisfeito(a) com este trabalho; 2- Penso frequentemente em abandonar este trabalho; 3- Em geral, sinto-me satisfeito(a) com o tipo de trabalho que faço. A visão dos

outros tem como itens: 4- A maior parte das pessoas neste trabalho sente-se muito satisfeita com o trabalho que faz e 5- As pessoas neste trabalho pensam frequentemente em abandoná-lo. As pontuações da escala podem variar entre um mínimo de cinco e um máximo de sete pontos, onde, a maiores pontuações correspondem menores índices de satisfação geral com o trabalho. As pontuações atribuídas às questões dois e cinco foram invertidas aquando do tratamento estatístico, conforme orientações dos responsáveis pela construção e validação da escala. Para efeitos de estimativa da magnitude de associação com outras variáveis, esta variável foi dicotomizada tendo por base o valor do percentil cinquenta.

A secção “D” era constituída por uma escala, *Inventário de Depressão de Beck*, versão um, utilizada para avaliar a sintomatologia depressiva. A escala original foi desenvolvida por Beck ⁽³⁷⁾, e encontra-se validade para a população portuguesa por Vaz Serra e Pio Abreu ⁽³⁸⁾. É composta por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, selecionadas pela observação clínica de diversos doentes deprimidos e abrangem as manifestações presentes nas diferentes intensidades do quadro clínico depressivo. Cada categoria ou agrupamento sintomatológico corresponde a uma manifestação comportamental específica da depressão e é constituída por quatro a seis frases, dispostas por ordem crescente de intensidade. O inquirido escolhe a frase que melhor define a forma como se sente ou sentiu nas duas semanas anteriores. As frases estão ordenadas de modo a refletir a gravidade do sintoma, de intensidade neutra a máxima, sendo atribuídos valores de zero a três, respetivamente. A soma das pontuações nas diversas categorias fornece o valor total que permite a classificação dos sintomas, podendo, consequentemente, variar entre zero e sessenta e três pontos. Estas categorias foram posteriormente agrupadas em seis dimensões ou componentes depressivos: Componente afetivo – referente ao humor, insatisfação, ódio de si mesmo, choro, irritabilidade, afastamento social; Componente cognitivo – pessimismo, sentimentos de fracasso e culpabilidade, autoacusação, distorção da imagem corporal, incapacidade de decisão; Componente motivacional – desejos suicida, incapacidade de trabalhar; Componente delirante – sentimentos de punição; Componente físico – factibilidade, hipocondria; Desvio funcional depressivo – alteração do padrão de sono, perda de apetite, perda de peso e diminuição da libido. As pontuações totais foram posteriormente categorizadas e considerámos doze, como ponto de corte para classificar depressão (como sugerido para a versão portuguesa, Vaz-Serra). Pretendemos com este ponto de corte também considerado noutros estudos, assegurar uma suficiente sensibilidade mesmo com eventual prejuízo da especificidade. A cotação do instrumento, além da pontuação global, permitiu ainda que a intensidade da sintomatologia

depressiva fosse categorizada da seguinte forma: 0 a 9- não deprimido; 10 a 20- estado depressivo leve; 21 a 30- depressão moderada e superior a 30- depressão grave ⁽³⁹⁾.

Nesta investigação, a sintomatologia depressiva foi tratada como variável contínua, exceto quando era analisada a prevalência de depressão/sintomas depressivos em que era tratada como dicotômica com base no ponto de corte proposto.

Análise estatística

No processamento e análise dos dados foram utilizados os programas *Epi-Info 6.04^a* ⁽³⁵⁾ e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20)*. As variáveis contínuas foram descritas através de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Foram ainda calculadas prevalências, expressas em percentagens com os respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). Para comparação de variáveis contínuas, independentemente da natureza da distribuição, utilizámos os testes de *Mann-Witney* e de *Kruskal-Wallis* e para comparação de proporções o teste de *qui-quadrado*. A magnitude da associação entre um fator e a doença foi estimada através do cálculo do *odds ratios* (OR) com os respetivos intervalos de confiança a 95%.

Caracterização da amostra

A amostra global analisada era constituída por 604 professores, sendo 443 (73,3%) do sexo feminino. Verifica-se que a distribuição por idades nos dois sexos em conjunto, apresenta uma proporção de 2,5% com idades inferiores a 30 anos, 13,8% com idades compreendidas entre os 30 e os 35 anos, 23,8% com idades compreendidas entre os 35 e os 40 anos, 22,6% com idades compreendidas entre os 40 e os 45 anos, 17,1% com idades compreendidas entre os 45 e os 50 anos e 20,3% com idade superior ou igual a 50 anos. Relativamente ao estado civil, verifica-se que a maior proporção da amostra, 72,8%, encontra-se casada ou em união de facto, 16,4% são solteiros, 7,8% são divorciados, 2,0% são separados e 1,0% viúvos. Quanto às habilitações literárias, a maior proporção de professores, 70,2%, são licenciados, 15,1% possuem o grau de mestre, 8,6% possui uma pós-graduação, 5,8% possuem bacharelato e 0,3%, o grau de doutor. Quanto ao tempo de serviço na profissão, 47,2% têm 10 a 20 anos de serviço docente, 28,5% têm entre 20 e 30 anos de serviço, 15,3% menos de 10 anos de serviço e apenas 8,9% têm 30 ou mais anos de serviço docente. Aproximadamente um terço (33,4%) da amostra leciona no ensino secundário, 21,7% no 3.º ciclo, 21,6% no 2.º ciclo, 19,1% no 1.º ciclo e 4,2% no pré-escolar. Analisando a situação profissional dos professores, 67,4% pertencem ao quadro de agrupamento/escola (QA/QE), 12,9% pertencem a um quadro de zona pedagógica (QZP), 16,4% são contratados com profissionalização e 3,3% são contratados sem profissionalização. Quanto à acumulação

de funções noutra instituição, 93,5% afirmam que não acumulam funções. Relativamente ao índice de aglomeração, 32,4% dos professores enquadra-se no índice inferior a 0,5, 43,2% no índice compreendido entre 0,5 e 1,0 e 24,4% no índice igual ou superior a 1,0 (tabela 1).

Procedimentos legais e éticos

O projeto de investigação e o respetivo questionário foram submetidos à apreciação pela Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, junto da qual foi colhida a respetiva autorização. Posteriormente, foi enviado um ofício aos diretores dos agrupamentos/escolas selecionadas que por sua vez deram conhecimento aos conselhos pedagógicos, da proposta e do projeto de desenvolvimento da pesquisa.

Em reunião com os diretores dos agrupamentos/escolas selecionadas, foram apresentados os objetivos da investigação, bem como a natureza voluntária e anónima da participação dos docentes. Nesta reunião, foi fornecida aos investigadores, informação quantitativa relativa ao número de docentes que compunham os departamentos/grupos disciplinares existentes nas diferentes escolas do agrupamento.

Em dias previamente combinados com os diretores dos estabelecimentos de ensino, procedeu-se à entrega dos questionários e marcou-se uma data para a sua recolha, nos trinta dias seguintes à distribuição. De acordo com os diretores e procurando abranger o maior número de professores possível, decidiu-se em conjunto, que a apresentação do estudo aos docentes e a distribuição dos questionários, seria feita pelos coordenadores de departamento ou delegados de grupo.

Foi garantido o anonimato e confidencialidade da participação dos professores, através do recurso a um envelope, não identificado, onde era inserido o questionário depois de preenchido.

Discussão da metodologia

Na presente investigação, as dificuldades verificadas na recolha de dados podem constituir limitações na extrapolação das conclusões. A reduzida proporção de questionários recolhidos (38,7%) representa a principal limitação desta pesquisa na medida em que não são conhecidas as características do grupo dos professores que não aceitaram participar, e, conseqüentemente, saber se as variáveis em estudo se distribuíam de forma diferente neste grupo comparativamente com o grupo dos que aceitaram participar. Por outro lado, a natureza retrospectiva das questões utilizadas para avaliar a insónia, os sintomas depressivos e outras variáveis, pode, por si só, constituir um viés na medida em que apela à memória dos participantes podendo originar uma subestimação das prevalências.

Resultados

A prevalência de sintomas depressivos na globalidade dos elementos da amostra foi de 31,0% (IC95% 26,2-35,9), superior no sexo feminino (33,2% vs. 25,0%, $p=0,05$). Tendo por base a classificação em quatro grupos, registámos uma prevalência de sintomatologia depressiva mínima de 68,8%, leve de 23,7% moderada de 5,7% e grave de 1,8%.

Tabela 2 – Prevalência de sintomas depressivos

	Prevalência de sintomas depressivos		
	n	%	IC95%
Sexo			
Masculino	23	25,0	13,2-32,8
Feminino	85	33,2	28,0-40,9
	<i>p</i>		0,05
Idade			
<30	3	37,5	9,3-92,3
30-35	10	21,3	10,1-36,4
35-40	25	32,1	19,9-43,6
40-45	23	29,5	15,4-37,7
45-50	24	34,3	24,4-50,6
≥50	22	33,8	22,5-49,2
	<i>p</i>		0,70
Estado civil			
Solteiro	14	26,9	13,2-40,1
Casado/união de facto	78	30,0	25,7-38,2
Separado	3	75,0	48,5-95,0
Divorciado	11	36,7	10,7-60,0
Viúvo	2	100,0	-
	<i>p</i>		0,05
Habilitações literárias			
Bacharelato	5	26,3	1,3-52,0
Licenciatura	83	34,0	28,6-41,6
Pós-graduação	7	21,9	7,1-47,5
Mestrado	12	23,5	5,2-29,8
Doutoramento	1	50,0	35,2-68,3
	<i>p</i>		0,40
Tempo de serviço			
<10	15	27,3	16,8-43,2
10-20	47	29,6	20,5-35,8
20-30	34	34,7	28,2-50,7
≥30	8	25,8	9,1-46,9
	<i>p</i>		0,70
Níveis onde leciona			
Pré-escolar	1	0,9	0,8-26,7
1.º Ciclo	20	18,5	17,2-38,4
2.º Ciclo	30	27,8	29,5-52,7
3.º Ciclo	16	14,8	13,0-33,4
Secundário	41	38,0	25,3-42,4
	<i>p</i>		0,05

Analisando a prevalência de sintomas depressivos em função do género verifica-se que as mulheres apresentam prevalências de sintomas depressivos superiores aos homens (33,2% vs. 25,0 p=0,05). Avaliando a presença de sintomas depressivos em função da idade, verificámos que na classe de idade inferior a trinta anos regista-se uma prevalência de 37,5%, contra 21,3% na classe dos 30- 35 anos, 32,1% na classe dos 35- 40 anos, 29,5% na classe dos 40-45 anos, 34,3% na classe dos 45-50 anos e 33,8% na classe maior ou igual a 50 anos.

Quanto à variável estado civil, verificámos uma prevalência de sintomas depressivos de 100,0% entre os viúvos, 75% para os professores que se encontram separados, 36,7% para os divorciados, 30,0% para os casados/união de facto, e 26,9% para os solteiros (p=0,05).

No que respeita às habilitações literárias, verificámos que a prevalência de sintomas depressivos em professores que possuem bacharelato foi de 26,3%, 34,0% nos licenciados, 21,9% nos detentores de uma pós graduação, 23,5% nos detentores do grau de mestre e 50,0% nos detentores do grau de doutor.

Relativamente à variável tempo de serviço, registámos uma prevalência de 27,3% na classe de idade inferior a dez anos, 29,6% na classe dos 10-20 anos, 34,7% na classe dos 20-30 anos e 25,8% na classe maior ou igual a trinta anos.

Tendo em conta a variável níveis que leciona, verificámos que são os professores que lecionam no ensino secundário aqueles que apresentam maior prevalência de sintomas depressivos (38,0%) e os que apresentam menor prevalência são os que lecionam no pré-escolar (0,9%). A prevalência entre os professores que lecionam no segundo ciclo foi de 27,8% e de 14,8% entre os que lecionam no terceiro ciclo, (p=0,05) (tabela 3).

No que respeita à variável situação profissional, verificámos que a prevalência de sintomas depressivos é de 26,3% nos professores contratados com profissionalização, 33,3% em professores contratados sem profissionalização, 38,9% em professores com vínculo a uma zona pedagógica e de 30,2% em professores com vínculo a um agrupamento/escola.

Relativamente à variável acumulação noutra instituição, a prevalência entre os professores que acumulam é de 16,7% e de 32,5% entre os que não acumulam.

Da análise da variável índice de aglomeração, verificámos uma prevalência de sintomas depressivos de 31,4% entre aqueles que apresentam um índice menor que 1,0, sendo de 29,1% para aqueles cujo índice era de 1,0 e de 35,8% para os professores cujo índice era superior a 1,0.

Tabela 3 – Prevalência de sintomas depressivos (cont.)

	Prevalência de sintomas depressivos		
	n	%	IC95%
Situação profissional			
Contratado profissionalizado	15	26,3	16,1-41,6
Contratado não profissionalizado	4	33,3	3,1-76,9
QZP	21	38,9	25,2-53,9
QA/QE	68	30,2	22,7-36,4
	<i>p</i>		0,80
Acumulação noutra instituição			
Não	104	32,5	26,6-37,9
Sim	4	16,7	8,6-41,2
	<i>p</i>		0,80
Índice de aglomeração			
<1,0	32	31,4	21,1-41,0
1,0	43	29,1	20,6-36,6
>1,0	29	35,8	25,6-48,3
	<i>p</i>		0,60
Café			
Não	36	35,6	27,1-48,5
Sim	72	29,1	22,7-35,2
	<i>p</i>		0,10
Bebidas alcoólicas			
Não	53	33,5	27,1-43,7
Sim, ocasionalmente	40	28,0	18,4-34,6
Sim, todas as semanas	4	16,0	6,8-35,7
Sim, todos os dias	11	50,0	26,5-79,4
	<i>p</i>		0,05
Satisfação geral no trabalho			
Não	82	40,8	32,4-46,7
Sim	26	18,4	9,9-24,7
	<i>p</i>		<0,01
Insónia			
Não	47	23,4	17,5-29,3
Sim	57	41,9	33,5-50,3
	<i>p</i>		<0,01

Na análise da variável consumo de café, os professores que referem não consumir apresentam uma prevalência de sintomas depressivos de 35,6% e os que consomem uma prevalência de 29,1%.

Quanto à variável bebidas alcoólicas, verificámos que a prevalência de sintomas depressivos nos professores que referem não consumir foi de 33,5%, 28,0% nos que referem consumir ocasionalmente e de 16,0% nos que referem consumir todas as semanas. Nos professores que afirmam ter hábitos alcoólicos mais frequentes, ou seja que afirmam que ingerem bebidas alcoólicas todos os dias a prevalência foi de 50,0% ($p=0,05$).

Quanto à variável satisfação geral no trabalho, a prevalência foi de 40,8% entre os professores que afirmam não estarem satisfeitos com o trabalho e de 18,4% entre os que referem estar satisfeitos ($p < 0,01$).

Relativamente à presença de insónia, registam-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos que apresentam critérios de insónia e o grupo dos que não apresentam (41,9% vs. 23,4%, $p < 0,01$), (tabelas 2 e 3).

Discussão

A elevada prevalência de sintomas depressivos, encontrada neste grupo profissional, é consistente com os dados de outros estudos que apontam certos grupos profissionais como fator de risco para o desenvolvimento desta patologia. Por outro lado, estudos realizados com professores^(20, 40) apontam prevalências de sintomas depressivos e de depressão semelhantes às encontradas neste estudo. O humor depressivo presente num grande número de professores pode advir de condições adversas decorrentes de vulnerabilidades específicas do exercício profissional, ou, eventualmente, da conjuntura socioeconómica que a profissão atravessa⁽²⁶⁾. Vários autores apontam fatores de natureza psicossocial e demográficos como responsáveis pelo aparecimento de sintomatologia depressiva em populações específicas⁽⁴⁰⁾.

À semelhança do que é referido noutros estudos realizados com professores^(18, 41) e com outros grupos profissionais, também neste estudo as mulheres registam maiores prevalências de sintomas depressivos. Esta situação pode dever-se à pressão que sobre as mulheres é exercida em termos profissionais e, para além disso, ainda pelo facto de terem que suportar o peso de outras atividades extraescolares que lhes são, culturalmente, mais atribuídas, designadamente no que se refere a questões domésticas e familiares, aliadas às especificidades decorrentes do papel maternal⁽⁴¹⁾.

Vários têm sido os mecanismos propostos para justificar a maior prevalência de depressão e perturbações de ansiedade nas mulheres, designadamente os fatores biológicos decorrentes das especificidades hormonais⁽¹³⁾. No entanto, tem sido reforçado o papel dos fatores sociais e psicológicos e têm sido apontados como de extrema importância, não só pelo conjunto de papéis e pelas responsabilidades que condicionam (laborais, familiares, sociais entre outras), como também pela situação frequente de incapacidade para mudar os fatores de stresse do meio em que se encontram⁽⁴²⁾.

Os professores solteiros e os casados/em união de facto são os que apresentam menores índices de depressão, quando comparados com os viúvos, divorciados e separados, factos já relatados noutros estudos⁽¹⁸⁾.

Os professores com idade inferior a trinta anos são os que apresentam maiores índices de depressão, podendo esta situação decorrer do peso psicossocial associado à situação de precariedade a que a grande maioria estão sujeitas e ao defraudar das expectativas de autoeficácia que os professores tinham face à profissão ⁽⁴³⁾.

Os professores mais velhos, ou seja o grupo etário mais próximo da reforma, vivem o receio de mudança do papel social, aliada a uma quase permanente mudança governativa e das conseqüentes políticas, materializadas numa incerteza quase permanente quanto ao futuro ⁽⁴⁴⁾.

Os professores que lecionam no ensino secundário, quando comparados com os que lecionam noutros níveis, são os que apresentam mais sintomas depressivos. Este facto pode dever-se ao stresse a que estão sujeitos devido à exposição a um conjunto de problemas que são menos evidentes nesses níveis de ensino. Alguns desses aspetos, designadamente a pressão do tempo para o cumprimento dos programas, o grau de exigência superior, o confronto da avaliação interna com a avaliação externa, uma vez que estes alunos estão sujeitos a exames nacionais, o ambiente de sala de aula e o próprio ambiente escolar geral. Estas condições podem fazer desequilibrar as personalidades mais escudadas ou protegidas, em estratégias de *coping* e nos seus próprios traços intrínsecos. Um outro aspeto importante que pode complicar a vida aos professores é a crescente burocracia e as exigências administrativas, aumentando a carga de trabalho a que estes estão sujeitos ^(45, 46) fruto de imposições superiores e de sucessivas alterações legislativas. Aliado a estes aspetos está o facto de os professores muitas vezes exercerem a sua profissão deslocalizados e desenraizados da sua estrutura familiar, vendo-se obrigados a fazer grandes deslocações e a viverem numa segunda casa por longos períodos de tempo, afastados dos seus entes queridos. Este facto é ainda agravado pelo impacto económico, negativo e penoso, que tal situação origina, passível, no seu conjunto, de despertar sentimentos de frustração e depressivos.

Apesar das realidades sociais serem diferentes, estudos efetuados nos Estados Unidos da América, concluíram que existe uma maior tensão, um maior número de conflitos e uma maior incidência de stresse entre os professores que trabalham em escolas secundárias ⁽⁴⁷⁾.

Os professores que ingerem frequentemente bebidas alcoólicas são aqueles que apresentam mais sintomas depressivos. Esta associação entre consumo de bebidas alcoólicas e depressão ⁽⁴⁸⁾, poderá traduzir uma falsa estratégia de *coping*, na medida em que estes professores poderão ver nas bebidas alcoólicas a saída para os seus problemas tanto familiares como profissionais.

A presença de sintomas depressivos, associados à insatisfação geral no trabalho poderá decorrer do facto de os professores se sentirem insatisfeitos com um conjunto de dimensões do seu local e ambiente de profissional e, por essa via, desencadear sentimentos mais negativos. A insatisfação geral no trabalho, nos seus diversos indicadores, pode refletir os aspetos incorretos e mal organizados, na opinião do próprio professor e esse facto originar sentimentos de revolta e torná-lo menos adaptado e mais deprimido ^(45, 49).

O stresse no trabalho e o desequilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal e familiar pode ser parte da etiologia de transtornos de humor na população ativa ⁽⁴⁰⁾.

Os sintomas depressivos mais frequentes entre os professores que apresentam insónias podem resultar do facto de os professores que dormem pior não conseguirem “recarregar baterias” para enfrentar as situações adversas com que têm que se confrontar em termos pessoais, familiares e sociais, mas, sobretudo em termos profissionais.

A relação entre a insónia e os sintomas depressivos encontrados neste estudo pode justificar-se pelo facto destes indivíduos não conseguirem recuperar e “carregar baterias” para terem a energia necessária para enfrentar as vicissitudes do dia-a-dia e, desta forma, desenvolverem alterações do humor associadas à sintomatologia depressiva.

Alguns estudos referem que os indivíduos com distúrbios do sono apresentam mais sintomatologia depressiva, em todas as idades ^(50, 51). Num estudo realizado com uma amostra de 14915 indivíduos do Reino Unido, Itália, Alemanha e Portugal, com idades compreendidas entre os 15 e os 100 anos foi calculada uma prevalência de insónia com diminuição da capacidade de realização das atividades do dia-a-dia de 19,1%. Cerca de 28% dos indivíduos com insónia apresentavam distúrbios mentais e 25,6% tinham história de doença do foro psiquiátrico ⁽⁵²⁾.

Num estudo longitudinal de 7 anos, Lorant e seus colaboradores ⁽⁵³⁾ concluíram que ao pior estatuto socioeconómico está associado um aumento dos sintomas depressivos bem como ao do diagnóstico de depressão ⁽⁵³⁾.

Podemos concluir que os professores apresentam elevados índices de sintomas depressivos e de depressão. A etiologia da depressão tem um carácter multifatorial, resultante da combinação entre as experiências acumuladas na interação com o mundo e com os contextos de vida, facto que torna o indivíduo resiliente ou vulnerável. As características do indivíduo e os contextos atuais tornam o conceito de vulnerabilidade à depressão um conceito relativo, explicando o facto de uns desenvolverem a doença e outros não.

Referências bibliográficas

1. Gusmão RM, Xavier M, Heitor MJ, Bento A, Caldas de Almeida JM. O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Méd Port.* 2005;18:129-46.
2. WHO. The burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO Press; 2008 [cited 2012 22 agosto]; Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
3. Vaz-Serra A. A depressão. *Pathos: monografias de patologia geral* 1996. 17-20 p.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4.^a ed. revisão de texto. Ed. Lisboa: Climepsi; 2002.
5. OMS. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e directrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
6. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *J Ment Health Policy Econ* 2006;9:87-98.
7. Alonso J, Ferrer M, Romera B. The european study of the epidemiology of mental disorders (ESMeD/MHEDEA 2000) project: rationale and methods. *Int J Meth Psychiatri Res.* 2002;11:55-67.
8. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *BJP* 2007;190:299-306.
9. Kessler Ü, (Eds.). The world mental health surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. Cambridge University Press, New York, 2008.
10. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology.* 2011;21:655-79.
11. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51:8-19.
12. Schotte CK, Bossche BV, Doncker D, Claes S, Cosyns P. A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety.* 2006;23:312-24.
13. WHO. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneve: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2001 [cited 2012 novembro]; Available from: http://www.who.int/whr/2001/en/_whr01_en.pdf.
14. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, MeriKangas K. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:593-602.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and mortality weekly report. US Department of Health and Human Services; 2010. p. 1229-58.
16. Tyllee A. Depression in Europe: experience from the DEPRES II survey. *Depression research in european society. European Neuropsychopharmacology.* 2000;10(Suppl 4):S445-S8.
17. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, MeriKangas K. The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA.* 2003;289(23):3095-105.
18. European Opinion Research Group EEIG. The mental health status of the european population. Eurobarometer 58.2 SANCO Directorate General, 2003.
19. Veiga N, Pereira C, Amaral O. Risk factors for depression in a community sample of portuguese adolescents. *European Journal of Public Health.* 2008;18(Suppl 1):213.

20. Pereira B, Lalanda C, Antunes J, Moura M. Depressão em professores. *Revista Saúde Mental* 2008;10(4).
21. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Evidência científica sobre custo: efetividade de intervenções psicológicas em cuidados de saúde. *Ordem dos psicólogos portugueses*, 2011.
22. Vaz-Serra A. A depressão. *Pathos: monografias de patologia geral*; 1996.
23. WHO. The world health report 2001. *Mental health: new understanding, new hope* Geneva: World Health Organization; 2001 [cited 2012 12 novembro]; Available from: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
24. WHO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Summary report. World Health Organization; 2004 [cited 2012 11 novembro]; Available from: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf.
25. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression: the treatment and management of depression in adults (partial update of NICE clinical guideline 23)*. London: Centre for Mental Health; 2009.
26. WHO. *Impact of economic crisis on mental health*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2011.
27. Kessler R. The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35(1):1-14.
28. Klerman G, Weissman M. The course, morbidity, and costs of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:831-4.
29. Vieth H. Mental health policies in Europe. *The health policy bulletin of the european observatory on health systems and policies*. Euro Observer. 2009;11(3).
30. WHO. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*; 2008.
31. Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen H, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol*. 2005;12(Suppl 1):1-27.
32. Sobocki P, Angst J, Jönsson B, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2006;9(2):87-98.
33. Thomas C, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. *British Journal of Psychiatry*. 2003;183:514-19.
34. Liimatainen M, Gabriel P. *Mental health in the workplace*. Geneva: ILO; 2000.
35. Dean A, Dean J, Coulombier D, Burton A, Brende I, Smith D. *Epi-info, version 6,04a: a word processing, database, and statistics for epidemiology on microcomputers* Atlanta, USA: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.
36. Silva C, Azevedo MH, Dias M. *Estudo padronizado do trabalho por turnos: versão experimental. Bateria de escalas*; 1994.
37. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961: 561
38. Vaz-Serra A, Pio de Abreu J. Aferição dos quadros clínicos depressivos. *Ensaio de aplicação do inventário depressivo de Beck*. *Coimbra Médica*. 1973;20:713-36.
39. Vaz-Serra A. *IACLIDE. Inventário de avaliação clínica da depressão*. 1.^a ed. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica; 1994.
40. Wang J. Perceived work stress, imbalance between work and family/personal lives, and mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(7):541-8.
41. Kessler R, McGonagle K, Swartz M, Blazer D, Nelson C. Sex and depression in the national comorbidity survey: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*. 1993;29(2-3):85-96.
42. Alves A, Rodrigues N. Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;28(2):127-31.

43. Friedman I. Burnout in teachers: shattered dreams of impeccable professional performance. *J Clin Psychol.* 2000;56(5):595-606.
44. Stansfeld S, Fuhrer R, Shipley M, Marmot M. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the whitehall II study. *Occup Environ Med* 1999;56:302-7.
45. Esteve J. Mudanças sociais e função docente. In: A. Nóvoa [org.] (1995). *Profissão professor.* 2 ed. Porto: Porto Editora; 1995.
46. Sacristán JG. Consciência e acção sobre a prática como libertação profissional dos professores. In: A. Nóvoa [org.]. *Profissão professor.* Porto: Porto editora; 1995.
47. Esteve J. *O mal-estar docente.* Lisboa: Escher/Fim de Século Edições Lda.; 1992.
48. WHO. The gobal report on alcohol 2004. Geneve: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization; 2004; Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_\(425kb\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562722_(425kb).pdf).
49. Cardoso R, Araújo A, Ramos R, Gonçalves G, Ramos M. *O stress nos professores portugueses: estudo IPSSO 2000.* Porto: Porto Editora; 2002.
50. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med.* 2002;6:97-111.
51. Vandeputte M, Weerd A. Sleep disorders and depressive feelings: a global survey with the Beck depression scale. *Sleep Med.* 2003;4:343-5.
52. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res.* 2003;37:9-15.
53. Lorant V, Croux C, Weich S, Deliege D, Mackenbach J, Ansseau M. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *British journal of psychiatry.* 2007;190:293-8.

CAPÍTULO 4 – Determinantes da qualidade de vida em professores do ensino básico e secundário

(Manuscrito)

Determinantes da qualidade de vida em professores do ensino básico e secundário

Cristina Almeida^{1,2}, Carlos Pereira¹, Nélio Veiga^{1,3}, Odete Amaral¹, João Duarte¹

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu

² Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa

³ Departamento de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

Correspondência:

Carlos Pereira

Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu

Rua Dom João Crisóstomo Gomes de Almeida n. 102

3500-843 VISEU

Telefone: 232 419 100

Fax: 232 428 343

E-mail: carlospereiraviseu@gmail.com

Resumo

Introdução: Os requisitos profissionais podem interferir com as atividades sociais, psicológicas e físicas, as quais podem condicionar a qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi analisar os determinantes da saúde relacionados com a qualidade de vida (QVRS) numa amostra de professores portugueses do ensino básico e secundário.

Métodos: Num estudo transversal foram avaliados uma amostra de professores do ensino básico e secundário de dezassete agrupamentos/escolas públicas selecionadas aleatoriamente do distrito de Aveiro e Viseu, Portugal. Recorreu-se a um questionário autoaplicado para avaliar as variáveis sociais e demográficas, a insónia (critérios da DSM-IV), a depressão (BDI) e para avaliar a QVRS recorreu-se ao formulário SF-12, agrupado em dimensões físicas e mentais (maior pontuação melhor qualidade de vida). A amostra final era composta por 604 professores do ensino básico (443 do sexo feminino, 73,3%), idade = $43,7 \pm 7,6$ anos. Foi utilizado o teste do qui-quadrado para comparar proporções e Kruskal Wallis para comparar as variáveis contínuas.

Resultados: As pontuações totais de qualidade de vida foram associados com o género ($34,7 \pm 2,7$ vs. $33,3 \pm 3,6$, $p < 0,001$), registando-se valores inferiores no sexo feminino, traduzindo melhor qualidade de vida comparativamente ao sexo masculino.

Os determinantes da qualidade de vida foram associados às variáveis género (superiores no género masculino, $34,7 \pm 2,7$ vs. $33,3 \pm 3,6$, $p < 0,01$), idade (< 30 anos = $36,2 \pm 3,0$; 30-35 anos = $33,9 \pm 3,0$; 35-40 anos = $33,7 \pm 2,9$; 40-45 anos = $33,8 \pm 3,5$; 45-50 anos = $33,5 \pm 3,9$ e ≥ 50 anos = $33,4 \pm 3,5$, $p = 0,03$), habilitações literárias (bacharelato = $32,6 \pm 3,7$, licenciatura = $33,6 \pm 3,3$, pós-graduação = $34,1 \pm 3,2$, mestrado = $34,5 \pm 3,2$, e doutoramento = $35,4 \pm 2,8$, $p = 0,03$) e satisfação geral no trabalho (não = $33,4 \pm 3,6$ vs. sim = $34,5 \pm 2,8$, $p < 0,01$), insónia (não = $34,2 \pm 3,0$ vs. sim = $34,5 \pm 3,7$, $p < 0,01$), depressão (não = $34,1 \pm 3,1$ vs. sim = $30,9 \pm 3,8$, $p < 0,01$) e satisfação geral dos professores (não = $33,2 \pm 3,6$ vs. sim = $34,0 \pm 3,2$, $p < 0,01$).

As dimensões físicas foram associadas ao género, idade, tempo de serviço, prática de desporto, depressão e insónia. Além disso, as dimensões mentais foram associadas ao estado civil, tempo de serviço e prática de desporto.

Conclusões: O comprometimento da qualidade de vida nos professores portugueses do ensino básico e secundário encontra-se associado a variáveis socioeconómicas e profissionais.

Palavras-chave: professores, qualidade de vida, satisfação profissional

Abstract

Background: Professional requirements may interfere with social, psychological and physical activities and that can condition the quality of life. The aim of this study was to analyze the determinants of health-related quality-of-life (HRQoL) in a sample of Portuguese elementary teachers.

Methods: In a cross-sectional study we assessed a sample of elementary teachers from sixteen randomly selected public schools of the district of Aveiro e Viseu, Portugal. A self-administered questionnaire was used to assess social and demographic variables, insomnia (DSM-IV criteria), depression (BDI) and that included the 12-Item Short Form of Medical Outcomes Study (SF-12) to assess HRQoL grouped in physical and mental dimensions (highest scores better quality of life). The final sample was composed of 604 elementary teachers (443 female, 73.3%), age=43.7±7.6 years. We used the qui-square test to compare proportions and Kruskal-Wallis test to compare continuous variables.

Results: The total scores of quality of life were associated with gender (34,7 ± 2,7 vs. 33,3 ± 3,6 p <0.001), registering lower values in females, reflecting better quality of life compared male.

The determinants of quality of life variables were associated with gender (higher in males, 34,7 ± 2,7 vs. 33,3 ± 3,6, p <0,01), age (<30 years = 36,2 ± 3,0; 30-35 years = 33,9 ± 3,0, 35-40 years = 33,7 ± 2,9, 40-45 years = 33,8 ± 3,5, 45-50 years = 33,5 ± 3,9 and ≥ 50 years = 33,4 ± 3,5, p = 0,03), educational attainment (bachelor = 32,6 ± 3,7, undergraduate= 33,6 ± 3,3, post graduate = 34,1 ± 3,2, master=34,5 ± 3,2 and doctoral degree = 35,4 ± 2,8, p = 0,03), overall job satisfaction (no = 33,4 ± 3,6 vs. yes = 34,5 ± 2,8, p <0,01), insomnia (no = 34,2 ± 3,0 vs. yes = 34,5 ± 3,7, p <0,01), depression (no = 34,1 ± 3,1 vs. yes = 30,9 ± 3,8, p <0,01) and overall satisfaction of teachers (no = 33,2 ± 3,6 vs. yes = 34,0 ± 3,2, p <0,01).

The physical dimensions were associated with gender, age, temp of service, sports practice, depression and insomnia. Also, the mental dimensions were associated with marital status, temp of service and sports practice.

Conclusions: The impairment of quality life in Portuguese elementary teachers was associated with socio economic and professional variables.

Keywords: teachers, quality of life, job satisfaction

Introdução

Atualmente, a avaliação da saúde e da doença deixou de ser feita, exclusivamente, com recurso às taxas de mortalidade e de morbidade, uma vez que estas não contemplam as consequências das doenças para os indivíduos, as famílias e a comunidade ⁽¹⁾. A Organização Mundial de Saúde introduziu um novo conceito para medir o sofrimento dos indivíduos com base no tempo vivido com incapacidade, que tem sido descrito na literatura anglo-saxónica como anos vividos com incapacidade (do inglês, *Years Lost due to Disability*) e um conceito para medir a carga da doença: ano de vida ajustado com incapacidade (do inglês *Disability Adjusted Life-Year*), que é estabelecido pelo total dos anos vividos com incapacidade e os anos de vida perdidos, conceitos fundamentais na determinação do estado de saúde de uma população ⁽²⁾.

A última revisão do conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde incorporou novas dimensões centradas na visão holística do indivíduo, onde aparece definida como o *completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade* ⁽³⁾. Pode ser considerada como uma utopia, mas dá ênfase a aspetos que vão para além dos domínios físicos e psíquicos. Neste contexto, o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde assume uma nova abrangência e passa a englobar os três domínios fundamentais expressos na definição de saúde: o físico, o psíquico e o social ^(4,5).

Muitas definições têm sido utilizadas para caracterizar o conceito de qualidade de vida ⁽⁶⁾ sendo, contudo, a mais utilizada aquela que é proposta pela organização mundial de saúde que a define como a *perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* ⁽⁷⁾. Este conceito, alargado, de qualidade de vida, é afetado pela saúde física e mental, nível de independência e relações sociais da pessoa, e a relação com as características do respetivo meio ⁽⁷⁾.

Segundo Minayo et al. ⁽⁸⁾ qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrada na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que uma sociedade considera o seu padrão de conforto e bem-estar ⁽⁸⁾. Desta forma, o termo abrange muitos significados, os quais refletem conhecimentos, experiências, crenças, valores, expectativas e perceções individuais da saúde ^(9, 10), reportando-se a várias épocas, espaços, e diferentes experiências, sendo portanto também uma construção social com a condicionalidade cultural ⁽⁸⁻¹⁰⁾. Assim, a qualidade de vida pode

assumir-se como um conceito individual, tornando-se por isso, difícil de retratar e de quantificar ⁽⁹⁾.

Desta forma as definições gerais de qualidade de vida convivem, muito de perto, com outras mais específicas do sector da saúde. A expressão qualidade de vida relacionada com a saúde, representa os efeitos percebidos do estado de saúde na capacidade de viver a vida, contemplando os aspetos positivos e negativos da mesma, ou seja, o bem-estar e a saúde física, psíquica e social ⁽¹¹⁾.

Gianchello (1996) considera a versão Inglesa do conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde (Health Related Quality of Life) como o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela perceção de limitações físicas, psicológicas e sociais e as oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e exames, entre outros, tornando-se o principal indicador para a pesquisa realizada com o objetivo de avaliar o resultado das intervenções ⁽⁸⁾.

Desta forma poder-se-á entender, que na avaliação da qualidade de vida, que o impacto da doença é avaliado sob a perspetiva e a perceção do individuo (paciente) e não sob a ótica do profissional de saúde. A multidimensionalidade do ser humano e a sua perceção são os pontos em comum das avaliações da qualidade de vida relacionada com a saúde ⁽¹²⁾.

A avaliação da qualidade de vida engloba, por um lado, as medições objetivas de determinada função ou estado de saúde bem como a capacidade de realização das atividades diárias e, por outro, a medição subjetiva da perceção que cada um tem acerca da própria saúde e da satisfação com o meio. Assim, na sua avaliação, um indivíduo pode enfatizar a vertente objetiva de determinada função ou estado de saúde, e outro a vertente mais subjetiva decorrente do seu conceito de saúde ⁽⁵⁾. Deste modo, duas pessoas com o “mesmo estado de saúde” podem expressar níveis de qualidade de vida diferentes, dependendo, designadamente, da forma como cada indivíduo aprende a viver com as limitações impostas pela doença e a sua satisfação com a vida ⁽⁵⁾. Para a mesma doença, a multiplicidade de fenómenos envolvidos, implica inevitavelmente uma grande variabilidade individual da qualidade de vida. Esta diversidade determina uma infinidade de diferentes estados de saúde, cuja avaliação está dependente da forma como é valorizada determinada dimensão em detrimento de outras ⁽⁵⁾.

Os questionários de qualidade de vida foram introduzidos na prática clínica para quantificar a medida em que as limitações impostas pela doença interferem no bem-estar individual. Os questionários genéricos, desenvolvidos nas últimas décadas ^(13, 14), são úteis para avaliar limitações muitas vezes não mensuráveis doutra forma. Permitem a comparação

dos indivíduos doentes com os não doentes e, dessa forma, estudar o impacto de determinada doença, o que não seria possível com um questionário específico. Por outro lado, os questionários específicos permitem avaliar e quantificar o impacto peculiar de determinadas limitações reconhecidamente associadas a uma dada patologia, analisado em função das restrições impostas pois considera aspetos particulares da doença ⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida contemplam, genericamente, três níveis fundamentais: o físico, o psíquico e o social. Permitem a quantificação de alterações em vários indicadores desses diferentes níveis e as repercussões que estas originam no indivíduo, possibilitando a quantificação de custos intangíveis e, adicionalmente, a quantificação dos benefícios resultantes de novos programas ou intervenções ⁽¹⁶⁾.

Considerando a qualidade de vida como a percepção do indivíduo acerca da sua situação na vida, no seu próprio sistema de valores e no seu meio cultural, de acordo com as suas metas, os seus anseios, as suas normas e as suas preocupações ^(5, 17), esta pode ser influenciada por um vasto conjunto de fatores que a literatura aponta como determinantes da qualidade de vida, designadamente o género, a idade, a condição social e económica, a profissão/ocupação e a presença de doenças ^(18, 19).

Nas sociedades contemporâneas, as transformações complexas da profissão/ocupação, principalmente dos que trabalham diretamente com pessoas, designadamente os professores, os enfermeiros e os assistentes sociais, aparecem como fontes geradoras de tensões e sobrecarga física e psíquica, prejudicando as relações profissionais e interpessoais, com deterioração crescente da qualidade de vida nos diversos âmbitos do seu trabalho ⁽²⁰⁾. A profissão docente comparada com outras profissões de elevada componente inter-relacional como os médicos, os enfermeiros e os assistentes sociais, é considerada uma das profissões mais stressantes ^(21, 22) existindo evidências de que o stress na profissão docente é um problema grave com implicações óbvias na sua saúde mental ⁽²³⁾.

No sistema educativo português, operaram-se, nos últimos anos, múltiplas alterações sociais que direta ou indiretamente afetaram a vida dos professores. Em termos profissionais, os professores, vêem-se confrontados com reformas dos curricula escolares, mudanças permanentes das estratégias globais para a aquisição de conhecimentos e capacidades essenciais e a necessidade de adaptações e alterações constantes no que respeita à prática pedagógica e qualidade do ensino. Por outro lado, as novas exigências educativas (principalmente o aumento significativo dos papéis atribuídos ao professor) e burocráticas,

aliadas ao crescendo da indisciplina por parte dos alunos, podem constituir fatores que influenciam negativamente o bem-estar dos professores ^(24, 25).

Em Portugal são escassos os estudos que relacionam as variáveis sociodemográficas e profissionais com a qualidade de vida nos professores.

O objetivo da presente investigação foi analisar os determinantes da qualidade de vida relacionada com a saúde em professores do ensino básico e secundário.

Participantes e métodos

Tipo de estudo

Realizámos um estudo transversal parcialmente analisado como caso-controlo. Esta metodologia permitiu-nos analisar os determinantes da qualidade de vida em professores do ensino básico e secundário.

Amostra

O espaço amostral era constituído por 91 escolas do ensino básico e secundário dos distritos de Viseu e de Aveiro, sob influência da Direção Regional de Educação do Centro. Deste universo foram selecionados, por amostragem aleatória simples com recurso ao aplicativo *Epi-table – Sample – Random number list generator* do programa *Epi-info 6,04^a* ⁽²⁶⁾, dezassete agrupamentos de escolas. Todos os professores das escolas que integravam os agrupamentos selecionados, foram considerados elegíveis para participar no estudo. Assim, considerando a existência de um número médio de 125 professores em cada agrupamento e uma proporção de respostas prevista de 50%, estimámos uma amostra final de 1000 elementos.

Foram distribuídos 1780 questionários tendo por base o número fornecido pelos diretores dos agrupamentos. A recolha dos questionários foi efetuada decorridos trinta dias após a sua entrega ao diretor de agrupamento a quem foi solicitado que procedesse à sua distribuição pelos respetivos professores. Foram recolhidos 689 (38,7%). Foram excluídos da análise os questionários sem informação para o sexo e a idade, ficando a amostra final constituída por 604 professores, dos quais, 443 (73,3%) eram do sexo feminino (tabela 1).

Instrumento de recolha de dados

A informação foi recolhida com recurso a um questionário, autoaplicado, respondido individualmente pelos professores. Antes da distribuição e recolha dos questionários, que decorreu entre janeiro e abril de 2012, foi efetuado um pré-teste numa amostra de 10 professores de uma escola, que aceitaram colaborar, voluntariamente, e cujos questionários não foram englobados na análise final. Explicámos aos professores, numa nota introdutória,

os objetivos da investigação e pedimos que respondessem ao questionário e registassem as suas sugestões e críticas relativamente aos aspetos que considerassem relevantes. Garantimos ainda a confidencialidade das suas respostas e participação.

Este pré-teste foi efetuado com o objetivo de avaliar a adequabilidade do instrumento de colheita de dados e demais procedimentos de recolha de informação. Da análise dos resultados e informação fornecida pelos professores, procedemos a pequenas alterações em algumas perguntas que integravam o questionário.

O questionário iniciava-se com uma breve introdução onde eram explicados os objetivos do estudo e solicitada a colaboração dos professores. No sentido de garantir a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, foi fornecido a todos os inquiridos um envelope no qual introduziam o questionário após o seu preenchimento, o qual seria posteriormente devolvido ao diretor do agrupamento, devidamente fechado. A abertura do envelope foi efetuada por um dos investigadores responsáveis pelo estudo, que de imediato procedeu à sua numeração.

O questionário era constituído por um conjunto de escalas, dividido em seis secções, correspondentes aos grupos de variáveis em análise neste estudo.

A secção “A” era constituída por questões direcionadas à caracterização sociodemográfica, profissional e variáveis antropométricas. O conjunto de questões além de avaliar variáveis demográficas como o sexo, idade e estado civil, recolheu ainda dados relativos a formação académica e as características e condições gerais de trabalho na atual situação profissional, nomeadamente tempo de serviço, tipo de vínculo, número de turmas e níveis atribuídos, custos mensais relacionados com a atividade docente. As variáveis antropométricas, peso em quilogramas e altura em metros, autodeclarados serviram para calcular o índice de massa corporal (Kg/m^2).

O índice de aglomeração foi avaliado pela razão entre o número de pessoas que vivem na residência e o número de assoalhadas (quartos e salas), classificado em três grupos (menor que uma, uma e mais que uma pessoa por assoalhada).

A secção “B” era constituída por questões direcionadas à caracterização de hábitos, designadamente os hábitos de sono, as insónias, tabagismo, consumo de álcool e medicação.

O consumo de café foi medido com três itens específicos: 1- “costuma tomar café?” (não; sim); 2- “se respondeu sim, habitualmente quantos cafés toma por dia?” 3 - “se respondeu sim, costuma tomar café depois das 20 horas? (nunca; raramente; às vezes; quase todos os dias; todas as noites)”; o álcool foi medido com dois itens específicos: 1- “costuma consumir bebidas alcoólicas? (não; sim, ocasionalmente; sim, todas as semanas; sim todos os

dias)”; 2- "se respondeu sim, no geral, considera que: bebe pouco, bebe moderadamente ou bebe em excesso?”. A frequência do consumo de tabaco, também foi avaliada com duas perguntas: "é fumador? (não; sim)”; “se respondeu sim, em média quantos cigarros fuma por dia?”. Quanto ao consumo de substâncias ilícitas foi medido com um item específico: “alguma vez consumiu drogas proibidas? (não; sim) ”.

A frequência de exercício físico foi medida com recurso à questão: "fora do âmbito profissional, pratica exercício físico? (não; sim, às vezes; sim, frequentemente; sim, sempre)”.

A insónia foi avaliada com base nos critérios de classificação da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, caracterizada pela dificuldade em adormecer, acordar frequentemente durante a noite e ter dificuldade em voltar a adormecer, acordar muito cedo e não conseguir voltar a adormecer, ou dormir o número de horas suficientes durante a noite, contudo acordar pela manhã cansado, como se o sono não tivesse sido suficiente e ter dificuldades em se levantar de manhã. Estes critérios referiam-se às últimas quatro semanas e ocorrendo pelo menos uma vez por semana.

Para avaliar a componente, qualidade subjetiva do sono (perceção da qualidade geral do sono) no último mês, recorreremos a um item específico: “no último mês, como avalia a qualidade geral do seu sono (ótimo; bom; assim assim; mau e péssimo)”; a componente, uso de medicação para dormir, foi avaliada recorrendo-se aos seguintes itens: 1- “já alguma vez tomou medicação para dormir? (não; sim); 2- “nos últimos doze meses, tomou alguma medicação para dormir? (não; sim)”; 3- “no último mês, tomou alguma medicação para dormir? (não; sim, às vezes; sim, frequentemente; sim, sempre)” e as disfunções diurnas foram avaliadas apenas com um item: “ sente dificuldade em manter-se acordado durante o dia? (nunca; raramente; às vezes; frequentemente; sempre)”.

A secção “C” era constituída pela *Escala de Satisfação Geral no Trabalho* de Barton e colaboradores, adaptada por Silva, Azevedo e Dias ⁽²⁷⁾. Trata-se de uma escala tipo Likert, com cinco questões cotadas de um a sete, onde as opções disponibilizadas vão desde “discordo completamente” a “concordo completamente” onde as questões estão relacionadas com a satisfação geral com o trabalho, compreendendo a visão do próprio e dos outros, bem como a tendência de abandono do trabalho. A visão do próprio tem a ver com os itens: 1- Em geral, estou muito satisfeito(a) com este trabalho; 2- Penso frequentemente em abandonar este trabalho; 3- Em geral, sinto-me satisfeito(a) com o tipo de trabalho que faço. A visão dos outros tem como itens: 4- A maior parte das pessoas neste trabalho sente-se muito satisfeita com o trabalho que faz e 5- As pessoas neste trabalho pensam frequentemente em abandoná-lo. As pontuações da escala podem variar entre um mínimo de cinco e um máximo de sete

pontos, onde, a maiores pontuações correspondem menores índices de satisfação geral com o trabalho. Para efeito de análise dicotómica, considerou-se satisfeito, quando as pontuações eram inferiores ou iguais ao percentil cinquenta. As pontuações atribuídas às questões dois e cinco foram invertidas aquando do tratamento estatístico, conforme orientações dos responsáveis pela construção e validação da escala.

A secção “D” era constituída por uma escala, *Inventário de Depressão de Beck*, versão um, utilizada para avaliar a sintomatologia depressiva. A escala original foi desenvolvida por Beck⁽²⁸⁾, e encontra-se validade para a população portuguesa por Vaz Serra⁽²⁹⁾. É composta por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, selecionadas pela observação clínica de diversos doentes deprimidos e abrangem as manifestações presentes nas diferentes intensidades do quadro clínico depressivo. Cada categoria ou agrupamento sintomatológico corresponde a uma manifestação comportamental específica da depressão e é constituída por quatro a seis frases, dispostas por ordem crescente de intensidade. O inquirido escolhe a frase que melhor define a forma como se sente ou sentiu nas duas semanas anteriores. As frases estão ordenadas de modo a refletir a gravidade do sintoma, de intensidade neutra a máxima, sendo atribuídos valores de zero a três, respetivamente. A soma das pontuações nas diversas categorias fornece o valor total que permite a classificação dos sintomas, podendo, conseqüentemente, variar entre zero e sessenta e três pontos. Estas categorias foram posteriormente agrupadas em seis dimensões ou componentes depressivos: Componente afetivo – referente ao humor, insatisfação, ódio de si mesmo, choro, irritabilidade, afastamento social; Componente cognitivo – pessimismo, sentimentos de fracasso e culpabilidade, autoacusaçã, distorçã da imagem corporal, incapacidade de decisã; Componente motivacional – desejos suicida, incapacidade de trabalhar; Componente delirante – sentimentos de puniçã; Componente físico – factibilidade, hipocondria; Desvio funcional depressivo – alteraçã do padrã de sono, perda de apetite, perda de peso e diminuiçã da libido. As pontuações totais foram posteriormente categorizadas e considerámos doze, como ponto de corte para classificar depressã (como sugerido para a versã portuguesa, Vaz-Serra). Pretendemos com este ponto de corte também considerado noutros estudos, assegurar uma suficiente sensibilidade mesmo com eventual prejuízo da especificidade. A cotaçã do instrumento, além da pontuaçã global, permitiu ainda que a intensidade da sintomatologia depressiva fosse categorizada da seguinte forma: 0 a 9- não deprimido; 10 a 20- estado depressivo leve; 21 a 30- depressã moderada e superior a 30- depressã grave^(29, 30).

A secção “E” era constituída pelo *Questionário do Estado de Saúde – SF-12*, traduzida e validada para a população portuguesa⁽³¹⁾. Esta escala foi utilizada para avaliar a qualidade

de vida. O Questionário do Estado de Saúde SF-12 é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, multidimensional, formado por 12 itens, agrupados em 8 dimensões (subescalas) – a função física, o desempenho físico, a dor física ou corporal, a saúde em geral, a saúde mental, o desempenho emocional, a função social, a vitalidade e a mudança de saúde. Estas dimensões podem, ainda, ser agrupadas em dois conceitos distintos, a componente física, que engloba a função física, o desempenho físico, a dor corporal, a saúde em geral e a vitalidade e a componente mental que engloba a saúde mental, o desempenho emocional, a função social, a vitalidade e a saúde em geral. As pontuações deste questionário podem variar entre 12 e 44 pontos e, à maior pontuação está associada uma melhor qualidade de vida ⁽³¹⁾. A variável qualidade de vida foi tratada como variável contínua e como variável dicotômica tendo como ponto de corte o percentil cinquenta.

A secção “F” era constituída pela escala de *Satisfação Geral dos Professores* (SGP-33), desenvolvida e validada na presente investigação. Engloba trinta e três itens, agrupados em quatro dimensões (subescalas) – *a vida pessoal; a representação social; a relação com os alunos; a relação com os encarregados de educação*. Na presente investigação, a escala foi analisada como variável contínua, onde, pontuações superiores correspondem a maiores níveis de satisfação geral no trabalho docente. Quando tratada como variável dicotômica, o ponto de corte utilizado foi o percentil cinquenta.

Análise estatística

No processamento e análise dos dados foram utilizados os programas *Epi-info 6.04* ^a ⁽²⁶⁾ e *Statistical package for the social sciences* (versão vinte). As variáveis contínuas foram descritas através de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Foram ainda calculadas prevalências, expressas em percentagens com os respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). Para comparação de variáveis contínuas, independentemente da natureza da distribuição, utilizámos os testes de *Mann-Witney* e de *Kruskal-Wallis* e para comparação de proporções utilizámos o teste de *qui-quadrado*.

Caracterização da amostra

A amostra global analisada era constituída por 604 professores, sendo 443 (73,3%) do sexo feminino. Verifica-se que a distribuição por idades nos dois sexos em conjunto, apresenta uma proporção de 2,5% com idades inferiores a 30 anos, 13,8% com idades compreendidas entre os 30 e os 35 anos, 23,8% com idades compreendidas entre os 35 e os 40 anos, 22,6% com idades compreendidas entre os 40 e os 45 anos, 17,1% com idades compreendidas entre os 45 e os 50 anos e 20,3% com idade superior ou igual a 50 anos.

Relativamente ao estado civil, verifica-se que a maior proporção da amostra, 72,8%, encontra-se casada ou em união de facto, 16,4% são solteiros, 7,8% são divorciados, 2,0% são separados e 1,0% são viúvos. Quanto às habilitações literárias, a maior proporção de professores, 70,2%, são licenciados, 15,1% possuem o grau de mestre, 5,8% possuem bacharelato e 0,3%, o grau de doutor. Quanto ao tempo de serviço na profissão, 47,2% têm 10 a 20 anos de serviço docente, 28,5% têm entre 20 e 30 anos de serviço, 15,3% menos de 10 anos de serviço e apenas 8,9% têm 30 ou mais anos de serviço docente. Aproximadamente um terço (33,4%) da amostra leciona no ensino secundário, 21,7% no 3.º ciclo, 21,6% no 2.º ciclo, 19,1% no 1.º ciclo e 4,2% no pré-escolar. Analisando a situação profissional dos professores, 67,4% pertencem ao quadro de agrupamento/escola (QA/QE), 12,9% pertencem a um quadro de zona pedagógica (QZP), 16,4% são contratados com profissionalização e 3,3% são contratados sem profissionalização. Quanto à acumulação de funções noutra instituição, 93,5% afirmam que não acumulam funções. Relativamente ao índice de aglomeração, 32,4% dos professores enquadra-se no índice inferior a 1,0, 43,2% no índice de 1,0 e 24,4% no índice superior a 1,0 (tabela 1).

Tabela 1 – Descrição geral da amostra

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
	161	26,7	443	73,3	604	100,0
Idade						
<30	6	3,8	9	2,0	15	2,5
30-35	24	15,0	59	13,3	83	13,8
35-40	38	23,8	105	23,7	143	23,8
40-45	28	17,5	108	24,4	136	22,6
45-50	25	15,6	78	17,6	103	17,1
≥50	39	24,4	83	18,8	122	20,3
Estado civil						
Solteiro	25	15,5	74	16,7	99	16,4
Casado/união de facto	126	78,3	314	70,9	440	72,8
Separado	1	0,6	11	2,5	12	2,0
Divorciado	8	5,0	39	8,8	47	7,8
Viúvo	1	0,6	5	1,1	6	1,0
Habilitações literárias						
Bacharelato	9	5,6	26	5,9	35	5,8
Licenciatura	108	67,1	316	71,3	424	70,2
Pós-graduação	11	6,8	41	9,3	52	8,6
Mestrado	31	19,3	60	13,5	91	15,1
Doutoramento	2	1,2	0	0	2	0,3
Tempo de serviço						
<10	28	17,9	63	14,4	91	15,3
10-20	76	48,7	204	46,7	280	47,2
20-30	32	20,5	137	31,4	169	28,5
≥30	20	12,8	33	7,6	53	8,9
Níveis onde leciona						
Pré-escolar	0	0	25	5,7	25	4,2
1.º Ciclo	25	15,5	89	20,4	114	19,1
2.º Ciclo	35	21,7	94	21,5	129	21,6
3.º Ciclo	43	26,7	87	19,9	130	21,7
Secundário	58	36,0	142	32,5	200	33,4
Situação profissional						
Contratado com profissionalização	27	16,8	72	16,3	99	16,4
Contratado sem profissionalização	9	5,6	11	2,5	20	3,3
QZP	19	11,8	59	13,3	78	12,9
QA/QE	106	65,8	301	67,9	407	67,4
Acumulação noutra instituição						
Não	142	89,3	417	95,0	559	93,5
Sim	17	10,7	22	5,0	39	6,5
Índice de aglomeração						
<1,0	47	30,7	134	32,4	181	31,9
1,0	57	37,3	179	43,2	236	41,6
>1,0	49	32,0	101	24,4	150	26,5

Procedimentos legais e éticos

O projeto de investigação e o respetivo questionário foram submetidos à apreciação pela Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, junto da qual foi colhida a

respetiva autorização. Posteriormente, foi enviado um ofício aos diretores dos agrupamentos/escolas selecionadas que por sua vez deram conhecimento aos conselhos pedagógicos, da proposta e do projeto de desenvolvimento da pesquisa.

Em reunião com os diretores dos agrupamentos/escolas selecionadas, foram apresentados os objetivos da investigação, bem como a natureza voluntária e anónima da participação dos docentes. Nesta reunião, foi fornecida aos investigadores, informação quantitativa relativa ao número de docentes que compunham os departamentos/grupos disciplinares existentes nas diferentes escolas do agrupamento.

Em dias previamente combinados com os diretores dos estabelecimentos de ensino, procedeu-se à entrega dos questionários e marcou-se uma data para a sua recolha, nos trinta dias seguintes à distribuição. De acordo com os diretores e procurando abranger o maior número de professores possível, decidiu-se em conjunto, que a apresentação do estudo aos docentes e a distribuição dos questionários, seria feita pelos coordenadores de departamento ou delegados de grupo.

Foi garantido o anonimato e confidencialidade da participação dos professores, através do recurso a um envelope, não identificado, onde era inserido o questionário depois de preenchido.

Discussão da metodologia

Na presente investigação, as dificuldades verificadas na recolha de dados podem constituir limitações na extrapolação das conclusões. A reduzida proporção de questionários recolhidos (38,7%) representa a principal limitação desta pesquisa na medida em que não são conhecidas as características do grupo dos professores que não aceitaram participar, e, conseqüentemente, saber se as variáveis em estudo se distribuíam de forma diferente neste grupo comparativamente com o grupo dos que aceitaram participar. Por outro lado, a natureza retrospectiva das questões utilizadas para avaliar a insónia, os sintomas depressivos e a qualidade de vida e demais variáveis, pode, por si só, constituir um viés na medida em que apela à memória dos participantes podendo originar uma subestimação das prevalências.

Resultados

Analisando as pontuações para a avaliação da qualidade de vida, verificámos que os professores do sexo masculino apresentam diferenças estatisticamente significativas para as pontuações totais de qualidade de vida ($34,7 \pm 2,7$ vs. $33,3 \pm 3,6$, $p < 0,01$).

Tabela 2 – Pontuações totais de qualidade de vida (SF-12) e género.

	Masculino	Feminino	<i>p</i>
	$\bar{X} \pm DP$	$\bar{X} \pm DP$	
Pontuações totais	34,7±2,7	33,3±3,6	<0,01
Componente física	17,7±2,0	16,4±2,6	<0,01
Componente mental	17,0±1,6	16,9±1,9	0,5
Função física	5,9±0,5	5,6±0,8	<0,01
Desempenho físico	3,8±0,5	3,6±0,7	<0,01
Dor corporal	4,4±0,8	4,1±0,9	<0,01
Saúde em geral	3,6±0,9	3,2±0,9	<0,01
Saúde mental	5,3±2,2	5,9±2,2	<0,01
Desempenho emocional	3,4±0,8	3,1±0,9	<0,01
Função social	4,1±0,8	3,9±0,7	0,02
Vitalidade	4,3±1,0	3,9±1,0	<0,01

Para a componente física, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, sendo os valores inferiores para o sexo feminino (17,7±2,0 vs. 16,4±2,6, $p < 0,01$). Para a componente mental não se registaram diferenças significativas entre os sexos (17,0±1,6 vs. 16,9±1,9, $p = 0,5$).

Quando analisadas individualmente, cada uma das dimensões, registaram-se valores inferiores no sexo feminino para a função física (5,6±0,8 vs. 5,9±0,5 $p < 0,01$), desempenho físico (3,6±0,7 vs. 3,8±0,5, $p < 0,01$), dor corporal (4,1±0,9 vs. 4,4±0,8, $p < 0,01$), saúde em geral (3,2±0,9 vs. 3,6±0,9, $p < 0,01$), desempenho emocional (3,1±0,9 vs. 3,4±0,8, $p < 0,01$) e função social (3,9±0,7 vs. 4,1±0,8, $p < 0,01$). No domínio saúde mental, o sexo feminino apresenta pontuações superiores (5,9±2,2 vs. 5,3±2,2 $p < 0,01$) (tabela 2).

Tabela 3 – Determinantes da qualidade de vida

	Qualidade de Vida (SF-12)		
	Pontuações totais	>P ₅₀	
	$\bar{X} \pm DP$	OR	(IC 95%)
Sexo			
Masculino	34,7±2,7	1	
Feminino	33,3±3,6	0,55	0,38-0,80
	<i>p</i>		<0,01
Idade			
<30	36,2±3,0	1	
30-35	33,9±3,0	0,13	0,03-0,62
35-40	33,7±2,9	0,11	0,02-0,51
40-45	33,8±3,5	0,15	0,03-0,70
45-50	33,5±3,9	0,13	0,03-0,63
≥50	33,4±3,5	0,11	0,02-0,53
	<i>p</i>		0,03
Estado civil			
Solteiro	33,3±3,9	1	
Casado/união de facto	34,0±3,1	1,17	0,73-1,87
Separado	32,8±4,9	0,74	0,21-2,66
Divorciado	31,9±3,4	0,56	0,25-1,23
Viúvo	34,6±1,7	1,01	0,17-5,75
	<i>p</i>		0,30
Habilitações literárias			
Bacharelato	32,6±3,7	1	
Licenciatura	33,6±3,3	1,88	0,82-4,30
Pós-graduação	34,1±3,2	2,65	0,99-7,07
Mestrado	34,5±3,2	3,47	1,40-8,60
Doutoramento	35,4±2,8	2,88	0,16-51,5
	<i>p</i>		0,03
Tempo de serviço			
<10	34,4±2,7	1	
10-20	33,8±3,3	0,80	0,49-1,32
20-30	33,1±3,8	0,65	0,38-1,11
≥30	34,0±2,6	0,87	0,42-1,78
	<i>p</i>		0,43
Níveis onde leciona			
Pré-escolar	33,5±4,3	1	
1.º Ciclo	33,2±3,5	0,76	0,28-2,04
2.º Ciclo	33,7±3,4	0,87	0,32-2,32
3.º Ciclo	34,1±3,4	1,31	0,49-3,48
Secundário	33,8±3,1	1,06	0,41-2,77
	<i>p</i>		0,30
Situação profissional			
Contrato profissionalizado	33,8±2,7	1	
Contrato não profissionalizado	35,4±3,0	2,27	0,84-6,12
QZP	33,0±3,4	0,68	0,36-1,31
QA/QE	33,7±3,5	0,97	0,89-1,06
	<i>p</i>		0,08

Quando analisados os determinantes da qualidade de vida verificámos que existem diferenças significativas, nas variáveis género (superiores no género masculino, 34,7±2,7 vs.

33,3±3,6, p<0,01), na idade (<30 anos=36,2±3,0; 30-35 anos=33,9±3,0; 35-40 anos=33,7±2,9; 40-45 anos=33,8±3,5; 45-50 anos=33,5±3,9 e ≥50 anos=33,4±3,5, p=0,03), nas habilitações literárias (bacharelato=32,6±3,7, licenciatura=33,6±3,3, pós-graduação=34,1±3,2, mestrado=34,5±3,2, e doutoramento=35,4±2,8, p=0,03), na satisfação geral no trabalho (não=33,4±3,6 vs. sim=34,5±2,8, p<0,01), na insónia (não=34,2±3,0 e sim=34,5±3,7, p<0,01), na depressão (não=34,1±3,1 vs. sim=30,9±3,8, p<0,01) e na satisfação geral dos professores (não=33,2±3,6 vs. sim=34,0±3,2, p<0,01) (tabelas 3 e 4).

Tabela 4 – Determinantes da qualidade de vida (cont.)

	Qualidade de Vida (SF-12)		
	Pontuações totais	>P ₅₀	
		$\bar{X} \pm DP$	OR
Acumulação noutra instituição			
Não	33,7±3,4	1	
Sim	33,6±3,3	0,84	0,46-1,53
	<i>p</i>		0,30
Índice de aglomeração			
<0,1	33,5±3,6	1	
1,0	33,9±3,2	1,15	0,76-1,72
>1,0	33,7±3,2	1,13	0,87-1,48
	<i>p</i>		0,30
Café			
Não	33,6±3,5	1	
Sim	33,7±3,3	1,02	0,83-1,26
	<i>p</i>		0,40
Bebidas alcoólicas			
Não	33,6±3,3	1	
Sim, ocasionalmente	33,6±3,6	1,03	0,71-1,47
Sim, todas as semanas	34,9±1,9	1,15	0,58-2,27
Sim, todos os dias	33,0±3,6	0,95	0,51-1,78
	<i>p</i>		0,90
Satisfação geral no trabalho (ponto de corte: < percentil 50)			
Não	33,0±3,6	1	
Sim	34,5±2,8	2,18	1,54-3,07
	<i>p</i>		<0,01
Insónia			
Não	34,2±3,0	1	
Sim	34,5±3,7	0,47	0,33-0,67
	<i>p</i>		<0,01
Depressão			
Não	34,1±3,1	1	
Sim	30,9±3,8	0,21	0,10-0,41
	<i>p</i>		<0,01
SGP-33			
Não	33,2±3,6	1	
Sim	34,0±3,2	2,22	1,52-3,10
	<i>p</i>		<0,01

Discussão/Conclusões

Este estudo mostra que os professores apresentam baixos índices de qualidade de vida. Analisando os seus determinantes, verifica-se que as mulheres apresentam pior qualidade de vida. O género feminino representa uma condicionante significativa para o decréscimo da percepção do estado de saúde, já descrita noutras investigações⁽³²⁾, que poderá ser explicado pela condição de serem as mulheres responsáveis por um conjunto de papéis, fundamentais ou acessórios, para além do papel de professor, sendo-lhe imputadas mais solicitações de natureza pessoal, familiar e até social, o que pode, no seu conjunto contribuir negativamente para a sua qualidade de vida relacionada com a saúde⁽³³⁾. Contudo, não deixa de ser estranho que na dimensão saúde mental, e apenas nesta, o género feminino apresente melhores índices de qualidade de vida, uma vez que os processos cognitivos são fundamentais na atividade docente e desempenham também um papel fundamental nas relações familiares e sociais. A mulher poderá, eventualmente, ter uma capacidade de resiliência e de adaptação que lhe permite lidar de modo mais saudável com os aspectos de natureza psicológica.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 a visão dos homens sobre o seu estado de saúde era mais favorável relativamente à das mulheres, verificando-se que 59,6% dos homens avaliaram o seu estado de saúde como muito bom ou bom, superior em 12 pontos percentuais à proporção de mulheres com opinião idêntica (47,6%). Esta diferença de percepção verificava-se em todos grupos etários com mais de 15 anos, sendo mais expressiva no grupo do 35 e os 64 anos (cerca de 16 pontos percentuais na diferença de avaliação muito bom ou bom entre os géneros⁽³⁴⁾).

Relativamente à idade, e como seria expectável, à medida que a idade aumenta, diminuem os índices de qualidade de vida, corroborando conclusões de estudos realizados com outros grupos profissionais⁽³²⁾, correspondendo, por um lado, às limitações impostas pelo próprio processo normal de envelhecimento e, por outro, ao acumular de vivências eventualmente perturbadoras decorrentes da interação com o exercício da profissão, e no caso em apreço, da atividade docente.

No que concerne à variável habilitações literárias, os resultados encontrados vêm de encontro ao descrito na literatura, pois os indivíduos com menos habilitações tendem a aperceber-se da sua qualidade de vida de uma forma mais negativa do que os indivíduos com maior instrução⁽³²⁾.

No que respeita à situação profissional, como seria expectável, quando não existe vínculo laboral ou este é precário, os índices de qualidade de vida foram mais baixos, ou seja são indicadores de que a percepção da qualidade destes docentes é pior que os que possuem

melhor vínculo laboral. A estabilidade laboral, tal como a satisfação no trabalho, estão relacionadas com melhores níveis de saúde e bem-estar. Contrariamente, o desemprego está associado a maiores níveis de doença e mortalidade precoce ⁽¹⁸⁾. A insegurança laboral, as dúvidas relativas à sua situação laboral no ano lectivo seguinte relativamente ao perder o emprego e a consequente vulnerabilidade, associam-se a baixa autoestima e a sentimentos de desespero. Para além da influência negativa que pode ter sobre a qualidade de vida, esta situação pode ainda associar-se a elevadas taxas de ansiedade de depressão, bem como de suicídio ⁽³⁵⁾.

Da associação com outras variáveis, realça-se a insónia na medida em que, à semelhança de um estudo ⁽³⁶⁾ realizado em França com uma amostra de 1053 indivíduos onde se concluiu que os indivíduos com insónia apresentam pior qualidade de vida, avaliada através da escala SF-36, também na presente investigação esta variável se associou a piores pontuações na escala de qualidade de vida. Esta realidade poderá traduzir a influência nefasta que o facto de dormir mal pode trazer para a qualidade de vida. Um estudo realizado na Alemanha com uma amostra de 4115 indivíduos com mais de 15 anos concluiu que a insatisfação global com o sono está associada com sintomas de ansiedade (OR=3,5 IC95% 2,7-4,5), com sintomatologia depressiva (OR=3,2 IC95% 2,5-4,2), com eventos que causaram stresse no último ano (OR=2,4 IC95% 1,9-3,1) e com a insatisfação com a vida social (OR=3,1 IC95% 2,1-4,5) ⁽³⁷⁾. Neste contexto, pode entender-se a atividade docente como um aspeto fundamental da interação social do individuo e, nesta medida, o desenvolvimento desta atividade ser responsável pelos piores índices de qualidade de vida.

Neste estudo verificou-se associação entre a maior insatisfação geral no trabalho e os piores índices de qualidade de vida. As razões apontadas por várias investigações revelam que os professores se sentem insatisfeitos quer pela sucessiva desvalorização do seu estatuto social, quer pela imagem ou representação social que lhe é atribuída. Ao longo do tempo profundas alterações nos valores sociais têm levado à perda de prestígio da profissão docente ⁽²⁴⁾.

Estudos com populações de trabalhadores sugeriram que os agentes stressores de natureza psicossocial, como a alta tensão psicológica, a falta de controlo e de apoio social, o elevado esforço no desempenho profissional e o excessivo envolvimento no trabalho sem recompensas pessoais decorrentes do exercício da profissão docente, designadamente o vencimento, as oportunidades de progressão na carreira e o reconhecimento inerente ao exercício da própria actividade, pode estar associado à baixa qualidade de vida e, paralelamente, ao desenvolvimento de doenças ^(24, 38).

Parece claro que a qualidade de vida relacionada com a saúde deve ser entendida como um importante indicador a considerar no contexto da atividade profissional, na medida em que reflete a saúde e o bem-estar percebidos individualmente e concebidos, como devem, numa perspetiva holística. Assim, como não existem intervenções específicas para melhorar a qualidade de vida destes profissionais – deve ser empreendida uma abordagem global efetiva centrada no controlo e na minimização do impacto dos fatores enumerados, na saúde física, psicológica e social dos professores através da implementação de medidas terapêuticas e de estratégias preventivas que permitam ao professor sentir-se bem com a vida.

Referências bibliográficas

1. Galinha I. Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais. 2.^a ed. Lisboa: Placebo, Editora Lda; 2010.
2. Mathers C, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3(11):442.
3. WHO. Official records of the world health organization. United Nations, World Health Organization. 1948;2:100.
4. Wilson I, Cleary P. Linking clinical variables with health-related quality of life. *J Am Med Assoc* 1995;273:59-65.
5. Testa M, Simonson D. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334:835-40.
6. Flanagan J. A research approach to improving our quality of life. *Am Psychol*. 1978;33(2):138-47.
7. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 1994;23(3): 24-56.
8. Minayo M, Hartz Z, Buss P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva*. 2000;5(1):7-18.
9. Kane R. Scaling the heights of quality of life. *J Clin Epidemiol*. 2001;54:1079-80.
10. Laffaire B, Lajugie P, Penchaud C, Sauvanic B, Wrotius. Douleur, dépression et qualité de vie. *Soins*. 2001;651:38-41.
11. Bowling A. Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. 2.^a ed. Buckingham · Philadelphia: Open University Press; 2001.
12. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Publica*. 1999;33(2):198-205.
13. Hunt S, McKenna S, McEwen J. The nottingham health profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med*. 1981;15:221-9.
14. Bergner M, Bobbitt R CW, Gilson B. The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981;19: 787-805.
15. Guyatt G, Feeny D, Patrick L. Measuring health related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118:622-9.
16. Odgen J. Psicologia da saúde. Manuais universitários 11. 2.^a ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2004.
17. Gill T, Feinstein A. A critical appraisal of quality-of-life measurements. *JAMA*. 1994;272(8):619-26.

18. WHO. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneve: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2001 [cited 2012 novembro]; Available from: http://www.who.int/whr/2001/en_/whr01_en.pdf.
19. Diener E, Suh E. Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Soc Indic Res.* 1997;40(1-2):189-216.
20. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.^a ed. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992.
21. Jesus S. Bem-estar docente: perspectivas para superar o mal-estar dos professores. In: A. Marques Pinto & A. Lopes da Silva (Eds.). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi Editores; 2005.
22. Pithers RT. Teacher stress research: problems and progress. *Br J Educ Psychol.* 1995;65(Pt 4):387-92.
23. Bauer J, Stamm A, Virnich K, Wissing K, Muller U, Wirsching M, et al. Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *Int Arch Occup Environ Health.* 2006;79:199-204.
24. Esteve J. O mal-estar docente. Lisboa: Escher/Fim de Século Edições Lda.; 1992.
25. Cardoso R, Araújo A, Ramos R, Gonçalves G, Ramos M. O stress nos professores portugueses: estudo IPSSO 2000. Porto: Porto Editora; 2002.
26. Dean A, Dean J, Coulombier D, Burton A, Brende I, Smith D. Epi-info, version 6,04a: a word processing, database, and statistics for epidemiology on microcomputers. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, USA; 1994.
27. Silva C, Azevedo MH, Dias M. Estudo padronizado do trabalho por turnos: versão experimental. Bateria de escalas; 1994.
28. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry,* 1961. 561.
29. Vaz-Serra A, Pio de Abreu J. Aferição dos quadros clínicos depressivos. Ensaio de aplicação do inventário depressivo de Beck. *Coimbra Médica.* 1973;20:713-36.
30. Vaz-Serra A. IACLIDE. Inventário de avaliação clínica da depressão. 1.^a ed. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica; 1994.
31. Pais-Ribeiro J. O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica da percepção do estado de saúde: SF- 36. 1.^o ed. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme; 2005.
32. Ferreira P, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2003;15-30.
33. Alves A, Rodrigues N. Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista Portuguesa Saúde Pública.* 2010;28(2):127-31.
34. INE IP, INSA IP. Inquérito nacional de saúde 2005/2006. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.; 2009.
35. WHO. Commission on social determinants of health. closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report: executive summary. Geneve: World Health Organization; 2008 [cited 2011 24 novembro]; Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf.
36. Leger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C. SF-36: evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosom Med.* 2001;63:49-55.
37. Ohayon MM, Zulley J. Correlates of global dissatisfaction in the German population. *Sleep.* 2001;24:780-7.
38. Silva AA, Souza JM, Borges FN, Fischer FM. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. *Revista Saúde Pública.* 2010;44(3):718-25.

CAPÍTULO 5 – Estudo psicométrico da escala de satisfação geral dos professores (SGP-33)

(Manuscrito)

Estudo psicométrico da escala de satisfação geral dos professores (SGP-33)

Cristina Almeida^{1,2}, João Duarte¹, Carlos Pereira¹, Nélio Veiga^{1,3}, Odete Amaral¹

¹ CI&DETS. Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu

² Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa

³ Departamento de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

Correspondência:

João Duarte

Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu

Rua Dom João Crisóstomo Gomes de Almeida n. 102

3500-843 VISEU

Telefone: 232 419 100

Fax: 232 428 343

E-mail: carlospereiraviseu@gmail.com

Estudo psicométrico da escala de satisfação geral dos professores (SGP-33)

As propriedades psicométricas da escala de satisfação geral dos professores (SGP-33) foram analisadas através dos estudos de fiabilidade ou de fidelidade e de validade. Estas são as duas características fundamentais que um instrumento deve possuir para garantir a qualidade dos dados no que se refere à informação que eles veiculam ⁽¹⁾. Os primeiros asseguram que os dados foram obtidos independentemente do contexto, do instrumento ou do investigador e permitem determinar o grau de confiança ou de exactidão que se pode ter na informação obtida, isto é, permitem avaliar a estabilidade temporal ou fiabilidade teste reteste e a consistência interna ou homogeneidade dos itens. Na prática, os estudos de fiabilidade, equivalem a verificar a replicabilidade das conclusões do estudo, ou seja se diferentes investigadores utilizando os mesmos procedimentos, poderiam chegar a resultados idênticos sobre o mesmo fenómeno.

Dos vários tipos de coeficientes para o cálculo da fidelidade de um instrumento, optámos por determinar a consistência interna que diz respeito ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a escala. Para a sua concretização procedemos à determinação do coeficiente de correlação de *Pearson* das diversas questões com a nota global, à determinação do coeficiente *alfa de Cronbach* no sentido de avaliar a correlação entre cada item da escala com as restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo e à determinação da correlação de *Split-half* ou método das metades que é uma forma de comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir a variável como a outra metade. No que respeita aos valores de *alfa de Cronbach* estes devem variar entre zero e um sendo que a partir de 0,8 a consistência interna é considerada de muito boa.

Os estudos de validade são um complemento da fiabilidade ao indicar até que ponto o que é medido com o instrumento reflete a realidade que se quer conhecer, ou, por outras palavras, em que medida são credíveis as descrições, explicações, interpretações ou qualquer outro tipo de relatos efetuados pelo investigador ⁽¹⁾. Há dois tipos de validade: a validade externa que está intimamente ligada à problemática da constituição das amostras e da sua representatividade e a validade interna que está relacionada com o instrumento de medida dado que nos vai informar sobre a qualidade dos itens. Na validade interna consideram-se três tipos: validade de conteúdo, validade de critério, e validade de conceito ou constructo. Dentro destes a validade de conceito ou de constructo, é a mais importante e subordina as anteriores. Citando Almeida e Frire (1997), Coutinho ⁽¹⁾ refere, que o que está em causa neste tipo de

validade é o grau de consonância entre os resultados obtidos no teste, a teoria, e a prática. Daí também ser designada de validade hipotético-dedutiva ⁽¹⁾.

A metodologia usada para a apreciação da validade dos conceitos ou dos constructos deve comportar três abordagens: a abordagem lógica, a estatística e a empírica. Neste contexto, e tendo por objectivo a construção de uma escala que avaliasse as diferentes dimensões da satisfação em contexto profissional, solicitámos a um grupo de professores de uma escola, que elaborassem um conjunto de questões, consideradas, por eles, as mais importantes em termos de satisfação/insatisfação relacionada com o exercício da profissão docente. Posteriormente, e tendo por base as construções elaboradas por este grupo de professores e o enquadramento teórico desta temática, foi construído um conjunto de questões incorporadas num questionário.

O questionário continha quarenta e um itens e foi objecto de um pré-teste numa amostra de 10 professores de uma escola, que aceitaram colaborar, voluntariamente, e cujos questionários não foram englobados na análise final. Explicámos a estes professores, numa nota introdutória, os objetivos da investigação e pedimos que respondessem ao questionário e registassem as suas sugestões e críticas relativamente aos aspetos que considerassem relevantes.

Este pré-teste foi efetuado com o objetivo de avaliar a adequabilidade do instrumento de colheita de dados e demais procedimentos de recolha de informação. Da análise dos resultados e informação fornecida pelos professores, procedemos a pequenas alterações em algumas perguntas que integravam o questionário.

Posteriormente o questionário foi aplicado aos professores de 91 escolas do ensino básico e secundário dos distritos de Viseu e de Aveiro, sob influência da Direção Regional de Educação do Centro. A amostra final ficou constituída por 604 professores, dos quais, 443 (73,3%) eram do sexo feminino e as com idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos.

Numa segunda fase e debruçando-nos sobre a abordagem estatística importa referir que esta passou pela análise factorial dos itens e dos resultados. Este método é, segundo Maroco ⁽²⁾, *“uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para factores intrínsecos que de alguma forma (mais ou menos explícita) controlam as variáveis originais”*. Consta de duas partes distintas. A primeira consiste em criar uma matriz de correlações, com a qual se pretende verificar a existência de correlações significativas entre as variáveis. Existem vários métodos para o efeito, mas o mais utilizado é o designado por *“método dos componentes principais”* ⁽³⁾. O segundo momento da análise

fatorial, designa-se por rotação de factores. Existem dois tipos de rotação: a oblíqua, pouco usada porque os factores se correlacionam entre si, e a ortogonal, a mais usada porque mantém a independência dos factores. Por este último processo, as variáveis (itens) que se tomam para cada factor são as que se correlacionam mais fortemente com cada um deles. No estudo psicométrico da escala usou-se a rotação ortogonal tipo varimax. Para se conseguir uma boa definição de factor convencionou-se que não se deveriam considerar os itens ou variáveis que tenham coeficientes de correlação de menores que 0,2 com a nota global, quando esta não continha esse item específico ⁽⁴⁾.

Uma vez seleccionados os factores procede-se à identificação dos constructos teóricos” ⁽⁵⁾.

Face ao exposto, vamos apresentar os resultados obtidos nas diferentes etapas, seguindo a ordem porque foram enunciados.

Dados psicométricos da escala

No quadro 1 apresentam-se as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala sobre satisfação geral dos professores. É uma escala ordinal tipo Likert de 1 a 5 constituída por 41 itens em que um toma o valor concordo totalmente e cinco discordo totalmente. Assim, dos 604 casos considerados no estudo as estatísticas revelam que os índices médios na sua quase maioria estão bem centrados pois situam-se abaixo do valor médio. Os itens com índices médios mais elevados e que poderão tornar-se mais problemáticos são os itens 33, 38, 39, 40.

Efetuada a primeira correlação (r_1) de todos os itens com a nota global, salienta-se que todos apresentam um valor positivo mas por serem inferiores a 0,2, foram eliminados os itens 15, 20, 21, 22,23, 24 e 25. Para os restantes, o valor mínimo obtido para o coeficiente de correlação foi de 0,235 no item 14 “As condições de trabalho na minha escola são boas.” e o máximo obtido foi de 0,625 no item 12 “Sinto frequentemente que o meu esforço não é compensado.”.

A segunda correlação (r_2), efectuada com os itens restantes, indica que o valor do coeficiente de correlação mais baixo 0,247 situa-se no item 26 “Seria importante um código deontológico na profissão docente.” e o mais elevado 0,643 no item 33 “Não consigo conciliar a minha profissão com a minha vida familiar.”, que explica 41,34% da sua variabilidade.

Quadro 1 – Estatísticas e correlação de *Pearson* entre os diferentes itens e valor global da escala de sobre satisfação geral dos professores.

		$\bar{X} \pm DP$	r1	r2
1	As famílias não acompanham a vida escolar dos seus educandos.	2,31±0,91	0,454**	0,460**
2	As famílias transferiram para as escolas as suas responsabilidades educativas.	1,84±0,75	0,516**	0,527**
3	A desvalorização da vida escolar pelas famílias é transmitida aos seus educandos.	1,98±0,78	0,510**	0,521**
4	Os pais encaram o professor como um adversário e não como um cooperante.	2,82±1,02	0,474**	0,496**
5	Os encarregados de educação não respeitam os professores.	3,00±0,98	0,550**	0,569**
6	Tenho dificuldade em exercer a minha autoridade.	3,67±1,07	0,477**	0,504**
7	A indisciplina dos alunos é um dos principais problemas com que me debato	3,00±1,27	0,466**	0,475**
8	Os alunos revelam falta de regras e “saber ser” e “saber estar”.	1,84±0,78	0,569**	0,562**
9	As turmas são muito heterogéneas o que dificulta o meu trabalho.	2,33±0,98	0,471**	0,461**
10	Uma grande percentagem de alunos manifesta pouco empenho e interesse	1,95±0,89	0,506**	0,514**
11	Tenho muita dificuldade em motivar alunos que “não querem aprender”	2,67±1,05	0,494**	0,498**
12	Sinto frequentemente que o meu esforço não é compensado.	2,41±1,01	0,625**	0,633**
13	Sinto-me frustrado pelo facto de muitos alunos não terem sucesso.	2,65±1,08	0,539**	0,554**
14	As condições de trabalho na minha escola são boas.	3,51±1,04	0,235**	0,268**
15	A falta de equipamento é um problema importante.	2,96±1,16	0,185**	-
16	O crescente aumento de burocracia nas escolas rouba tempo para o essencial.	1,44±0,65	0,468**	0,469**
17	Não consigo conciliar os múltiplos papéis e tarefas que me são exigidas.	2,83±1,04	0,555**	0,568**
18	Tenho excesso de responsabilidades e cargos.	3,02±1,04	0,434**	0,469**
19	A profissão docente tornou-se demasiado competitiva.	2,30±1,06	0,429**	0,427**
20	Existe um bom relacionamento entre os professores e a gestão da minha escola.	2,09±0,86	0,035	--
21	Sinto o apoio da gestão da minha escola.	2,06±0,83	0,031	--
22	Há reconhecimento da gestão da escola pelo esforço que faço.	2,46±0,87	0,028	--
23	A relação com os meus colegas é boa.	1,83±0,65	0,126*	--
24	Sinto o apoio do meu coordenador.	2,01±0,83	0,109*	--
25	O ambiente que se vive na minha escola é bom.	2,13±0,80	0,029	--
26	Seria importante um código deontológico na profissão docente.	1,93±0,77	0,272**	0,247**
27	Preocupa-me o crescente aumento da instabilidade da profissão.	1,43±0,58	0,394**	0,371**
28	Estou descontente com a progressão na carreira.	1,41±0,69	0,391**	0,373**
29	A avaliação de desempenho trouxe mau ambiente às escolas e professores.	1,57±0,77	0,474**	0,492**
30	A profissão docente tem estado em crescente desvalorização.	1,49±0,67	0,575**	0,585**
31	A sociedade transferiu para a escola tudo o que não consegue resolver.	1,72±0,79	0,590**	0,596**
32	Existe desconsideração pelos professores em todos os quadrantes da sociedade.	2,01±0,96	0,603**	0,606/**
33	Não consigo conciliar a minha profissão com a minha vida familiar.	3,18±1,08	0,606**	0,643**
34	A minha vida familiar é prejudicada por causa do meu trabalho.	2,66±1,20	0,558**	0,592**
35	A remuneração que aufero é injusta face ao meu esforço e dedicação.	1,83±0,84	0,460**	0,467**
36	A actividade docente é muito desgastante.	1,51±0,68	0,535**	0,531**
37	Se tivesse oportunidade mudava de profissão.	2,93±1,44	0,594**	0,623**
38	Na minha escola sinto que não vale a pena “dar o máximo”.	3,36±1,10	0,473**	0,540**
39	A minha profissão é a principal fonte dos meus problemas.	3,50±1,13	0,554**	0,605**
40	Sinto-me realizado com o meu trabalho docente.	3,57±0,94	0,429**	0,429**
41	A minha vida profissional não me deixa tempo para mim.	2,85±1,10	0,605**	0,605**

*p<0,01 **p<0,001

Ainda no que se refere aos estudos de fiabilidade, o passo seguinte consistiu em determinar os valores de *alfa de Cronbach*. Efetuaram-se duas avaliações porquanto na primeira apresentava uma correlação baixa situada no limite ($r= 0,20$), embora o valor de alfa apresentasse um valor classificado de muito bom ($\alpha= 0,914$), mas que fez elevar ligeiramente os valores de alfa da segunda avaliação. Efectivamente, na segunda avaliação os índices de *alfa de Cronbach* oscilam entre 0,909 para os itens 39 “A minha profissão é a principal fonte dos meus problemas.” e 41 “A minha vida profissional não me deixa tempo para mim.” e 0,914 para o item 26 “Seria importante um código deontológico na profissão docente.” com um alfa global de 0,914, o que pode classificar-se de muito bom. Já o coeficiente de bipartição ou “Split- half”, apresenta-se com valores bons, porquanto na primeira metade se registou um valor de 0,855 e na segunda de 0,866. Analisando os coeficientes de correlação item total corrigido observa-se que o indicador menos favorável é o item 26 “Seria importante um código deontológico na profissão docente” pois explica somente 22,1% e o mais favorável é o item 33, “Não consigo conciliar a minha profissão com a minha vida familiar.” ao explicar 65,2% da sua variabilidade (Quadro 2).

Quadro 2 – Consistência interna da escala de avaliação da escala SGP-33

	Itens	Primeira avaliação		Segunda avaliação		
		r c/item	α s/item	r c/item	r ²	α s/item
1	As famílias não acompanham a vida escolar dos seus educandos.	0,426	0,911	0,417	0,515	0,912
2	As famílias transferiram para as escolas as suas responsabilidades educativas.	0,485	0,910	0,479	0,527	0,911
3	A desvalorização da vida escolar pelas famílias é transmitida aos seus educandos.	0,490	0,910	0,485	0,450	0,911
4	Os pais encaram o professor como um adversário e não como um cooperante.	0,460	0,910	0,451	0,538	0,911
5	Os encarregados de educação não respeitam os professores.	0,534	0,909	0,526	0,562	0,910
6	Tenho dificuldade em exercer a minha autoridade.	0,452	0,911	0,454	0,510	0,911
7	A indisciplina dos alunos é um dos principais problemas com que me debato.	0,413	0,912	0,416	0,522	0,912
8	Os alunos revelam falta de regras e “saber ser” e “saber estar”.	0,523	0,910	0,524	0,522	0,911
9	As turmas são muito heterogéneas o que dificulta o meu trabalho.	0,411	0,911	0,408	0,364	0,912
10	Uma grande percentagem de alunos manifesta pouco empenho e interesse.	0,468	0,910	0,465	0,467	0,911
11	Tenho muita dificuldade em motivar alunos que “não querem aprender”.	0,441	0,911	0,444	0,393	0,912
12	Sinto frequentemente que o meu esforço não é compensado.	0,598	0,908	0,598	0,525	0,909
13	Sinto-me frustrado pelo facto de muitos alunos não terem sucesso.	0,507	0,910	0,503	0,437	0,911
14	As condições de trabalho na minha escola são boas.	0,202	0,914	-	-	-
16	O crescente aumento de burocracia nas escolas rouba tempo para o essencial.	0,439	0,911	0,438	0,345	0,912
17	Não consigo conciliar os múltiplos papéis e tarefas que me são exigidas.	0,528	0,909	0,523	0,510	0,910
18	Tenho excesso de responsabilidades e cargos.	0,426	0,911	0,422	0,438	0,912
19	A profissão docente tornou-se demasiado competitiva.	0,379	0,912	0,374	0,349	0,913
26	Seria importante um código deontológico na profissão docente.	0,234	0,913	0,231	0,221	0,914
27	Preocupa-me o crescente aumento da instabilidade da profissão.	0,342	0,912	0,346	0,344	0,913
28	Estou descontente com a progressão na carreira.	0,339	0,912	0,343	0,344	0,913
29	A avaliação de desempenho trouxe mau ambiente às escolas e professores.	0,450	0,911	0,456	0,448	0,911
30	A profissão docente tem estado em crescente desvalorização.	0,555	0,910	0,559	0,579	0,911
31	A sociedade transferiu para a escola tudo o que não consegue resolver.	0,568	0,909	0,569	0,572	0,910
32	Existe desconsideração pelos professores em todos os quadrantes da sociedade.	0,569	0,909	0,574	0,539	0,910
33	Não consigo conciliar a minha profissão com a minha vida familiar.	0,606	0,908	0,603	0,652	0,909
34	A minha vida familiar é prejudicada por causa do meu trabalho.	0,543	0,909	0,544	0,642	0,910
35	A remuneração que aufero é injusta face ao meu esforço e dedicação.	0,444	0,911	0,441	0,374	0,912
36	A actividade docente é muito desgastante.	0,503	0,910	0,506	0,464	0,911
37	Se tivesse oportunidade mudava de profissão.	0,558	0,909	0,560	0,482	0,910
38	Na minha escola sinto que não vale a pena “dar o máximo”.	0,495	0,910	0,491	0,385	0,911
39	A minha profissão é a principal fonte dos meus problemas.	0,589	0,908	0,590	0,544	0,909
40	Sinto-me realizado com o meu trabalho docente.	0,375	0,912	0,367	0,311	0,913
41	A minha vida profissional não me deixa tempo para mim.	0,583	0,909	0,583	0,583	0,909
Coefficiente Split-half		Primeira metade		0,855		
		Segunda metade		0,866		
Coefficiente <i>alpha</i> Cronbach global		0,913		0,914		

Nos estudos de validade começamos por referir os valores do teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* que ao apresentar um valor de ($KMO=0,926$) é suficientemente elevado para continuarmos com o processo de validação da escala.

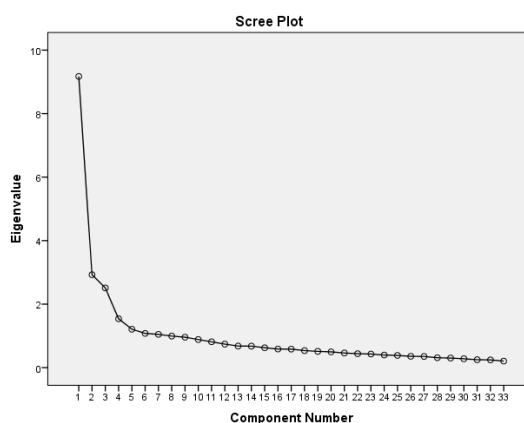
Efetuada a extração dos fatores pelo método de rotação varimax obtiveram-se quatro fatores com *engvalues* superiores a 1 e que no conjunto explicavam 48,93 % da variância total (Quadro 3).

Quadro 3 - Total Variância explicada após rotação.

Componentes	Variância explicada		
	Engen values	% de variância	Variância acumulada
Fator 1	4,45	13,48	13,84
Fator 2	4,41	13,37	26,84
Fator 3	3,91	11,86	38,70
Fator 4	3,38	10,23	48,93

O gráfico de variâncias designado por *Scree Plots* confirma o número de componentes a reter dado que o ponto de inflexão da curva se situa no ponto cinco (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Gráfico de variâncias de Scree Plot.



O quadro 4 dá-nos as saturações dos indicadores por cada fator da escala. Como se verifica a menor saturação é observada no item 40 com 0,437 e a maior no item 33 com 0,776, ambos pertencentes ao factor 1, o que revela boas saturações pois situam-se acima dos 0,20 considerados aceitáveis. Os coeficientes de comunalidade (h^2) que nos descreve a covariância do item com os fatores isolados, ou seja em que medida cada item tem a ver com os fatores

isolados, podem classificar-se entre razoáveis e boas pois a menor é observada no item 26 explicando 25,2% de covariância com os quatro fatores e a maior no item 33 com 66,4%.

O fator 1 que designamos por vida pessoal é constituído pelos itens 17, 18, 33, 34, 37, 38, 39, 40 e 41 explica 13,84% da variância total.

O fator 2 intitulado por representação social explica 13,36% da variância total, e é constituído pelos itens 16, 19, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35 e 36.

O fator 3 denominado relação com os alunos explica 11,86 % da variância total com os itens 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13.

O fator 4 explica 10,23% foi designado por relação com os encarregados de educação e é constituído pelos itens 1, 2, 3, 4 e 5.

Quadro 4 – Saturação dos indicadores por fatores da escala.

	Itens	Fatores				
		F1	F2	F3	F4	h2
1	As famílias não acompanham a vida escolar dos seus educandos.				0,709	0,559
2	As famílias transferiram para as escolas as suas responsabilidades educativas.				0,715	0,584
3	A desvalorização da vida escolar pelas famílias é transmitida aos seus educandos.				0,686	0,558
4	Os pais encaram o professor como um adversário e não como um cooperante.				0,728	0,579
5	Os encarregados de educação não respeitam os professores.				0,685	0,567
6	Tenho dificuldade em exercer a minha autoridade.			0,584		0,481
7	A indisciplina dos alunos é um dos principais problemas com que me debato.			0,662		0,489
8	Os alunos revelam falta de regras e “saber ser” e “saber estar”.			0,592		0,521
9	As turmas são muito heterogéneas o que dificulta o meu trabalho.			0,668		0,494
10	Uma grande percentagem de alunos manifesta pouco empenho e interesse.			0,672		0,537
11	Tenho muita dificuldade em motivar alunos que “não querem aprender”.			0,634		0,452
12	Sinto frequentemente que o meu esforço não é compensado.			0,622		0,535
33	Sinto-me frustrado pelo facto de muitos alunos não terem sucesso.			0,658		0,503
16	O crescente aumento de burocracia nas escolas rouba tempo para o essencial.		00,516			0,353
17	Não consigo conciliar os múltiplos papéis e tarefas que me são exigidas.	0,659				0,499
18	Tenho excesso de responsabilidades e cargos.	0,620				0,424
19	A profissão docente tornou-se demasiado competitiva.		0,506			0,364
26	Seria importante um código deontológico na profissão docente.		0,497			0,252
27	Preocupa-me o crescente aumento da instabilidade da profissão.		0,652			0,435
28	Estou descontente com a progressão na carreira.		0,637			0,414
29	A avaliação de desempenho trouxe mau ambiente às escolas e professores.		0,661			0,505
30	A profissão docente tem estado em crescente desvalorização.		0,720			0,608
31	A sociedade transferiu para a escola tudo o que não consegue resolver.		0,619			0,588
32	Existe desconsideração pelos professores em todos os quadrantes da sociedade.		0,549			0,501
33	Não consigo conciliar a minha profissão com a minha vida familiar.	0,776				0,664
34	A minha vida familiar é prejudicada por causa do meu trabalho.	0,725				0,584
35	A remuneração que aufero é injusta face ao meu esforço e dedicação.		0,459			0,353
36	A actividade docente é muito desgastante.		0,627			0,480
37	Se tivesse oportunidade mudava de profissão.	0,534				0,436
38	Na minha escola sinto que não vale a pena “dar o máximo”.	0,470				0,327
39	A minha profissão é a principal fonte dos meus problemas.	0,737				0,611
40	Sinto-me realizado com o meu trabalho docente.	0,435				0,315
41	A minha vida profissional não me deixa tempo para mim.	0,715				0,580

Procedemos ainda à determinação do *alfa de Cronbach* por cada uma das subescalas, verificando-se que no global, os valores são inferiores aos alfas obtidos para a totalidade dos itens considerados bons para todos os fatores (Quadro 5).

Quadro 5 – Determinação dos valores de *alfa de Cronbach* por fator.

Fatores		r (s/ítem)	r ²	α s/ ítem
Fator 1 – Vida pessoal				
17	Não consigo conciliar os múltiplos papéis e tarefas que me são exigidas.	0,583	0,438	0,838
18	Tenho excesso de responsabilidades e cargos.	0,511	0,391	0,845
33	Não consigo conciliar a minha profissão com a minha vida familiar.	0,710	0,616	0,825
34	A minha vida familiar é prejudicada por causa do meu trabalho.	0,633	0,590	0,833
37	Se tivesse oportunidade mudava de profissão.	0,561	0,395	0,843
38	Na minha escola sinto que não vale a pena “dar o máximo”.	0,476	0,290	0,848
39	A minha profissão é a principal fonte dos meus problemas.	0,689	0,494	0,827
40	Sinto-me realizado com o meu trabalho docente.	0,393	0,233	0,854
41	A minha vida profissional não me deixa tempo para mim.	0,583	0,525	0,831
Fator 2 – Representação social				
16	O crescente aumento de burocracia nas escolas rouba tempo para o essencial.	0,448	0,247	0,838
19	A profissão docente tornou-se demasiado competitiva.	0,472	0,268	0,841
26	Seria importante um código deontológico na profissão docente.	0,318	0,143	0,848
27	Preocupa-me o crescente aumento da instabilidade da profissão.	0,495	0,325	0,835
28	Estou descontente com a progressão na carreira.	0,513	0,334	0,833
29	A avaliação de desempenho trouxe mau ambiente às escolas e professores.	0,606	0,406	0,825
30	A profissão docente tem estado em crescente desvalorização.	0,700	0,546	0,819
31	A sociedade transferiu para a escola tudo o que não consegue resolver.	0,677	0,524	0,819
32	Existe desconsideração pelos professores em todos os quadrantes da sociedade.	0,616	0,478	0,824
35	A remuneração que aufero é injusta face ao meu esforço e dedicação.	0,448	0,285	0,838
36	A actividade docente é muito desgastante.	0,472	0,411	0,827
Fator 3 – Relação com os alunos				
6	Tenho dificuldade em exercer a minha autoridade.	0,537	0,405	0,817
7	A indisciplina dos alunos é um dos principais problemas com que me debato	0,572	0,474	0,815
8	Os alunos revelam falta de regras e “saber ser” e “saber estar”.	0,571	0,386	0,815
9	As turmas são muito heterogéneas o que dificulta o meu trabalho.	0,528	0,302	0,818
10	Uma grande percentagem de alunos manifesta pouco empenho e interesse	0,574	0,380	0,813
11	Tenho muita dificuldade em motivar alunos que “não querem aprender”	0,546	0,337	0,816
12	Sinto frequentemente que o meu esforço não é compensado.	0,605	0,439	0,808
13	Sinto-me frustrado pelo facto de muitos alunos não terem sucesso.	0,594	0,398	0,809
Fator 4 – Relação com os encarregados de educação				
1	As famílias não acompanham a vida escolar dos seus educandos.	0,586	0,465	0,787
2	As famílias transferiram para as escolas as suas responsabilidades educativas.	0,626	0,481	0,779
3	A desvalorização da vida escolar pelas famílias é transmitida aos seus educandos.	0,602	0,371	0,784
4	Os pais encaram o professor como um adversário e não como um cooperante.	0,625	0,494	0,778
5	Os encarregados de educação não respeitam os professores.	0,628	0,495	0,775

No quadro 6 apresentamos os valores de *alfa de Cronbach* por fatores para a escala de satisfação geral dos professores. Nota-se que os valores de *alfa de Cronbach* das quatro

subescalas podem classificar-se de boas, dado apresentarem índices superiores a 0,800 para o alfa global. Já o coeficiente de bipartição de *Split-half* apresenta índices mais baixos sendo razoáveis para todas as subescalas na primeira metade e a oscilarem entre o razoável e o bom na segunda metade, mas é perfeitamente compreensível, uma vez que há a tendência do valor de alfa diminuir face à redução do número de itens.

Quadro 6 – Valores de *alfa de Cronbach* por fatores da escala satisfação geral dos professores.

Fatores	Split-half		Alfa global
	1. ^a metade	2. ^a metade	
Vida pessoal	0,778	0,686	0,854
Representação social	0,691	0,809	0,845
Relação com os alunos	0,732	0,774	0,833
Relação com os encarregados de educação	0,781	0,807	0,817

Terminámos com os resultados da matriz de correlação efetuada entre as três subescalas e valor global. Como se expressa no quadro 7 as correlações obtidas para as subescalas oscilam entre o fraco (relações com os alunos vs. representação social) e o razoável (representação social vs. vida pessoal) com valores de r de ($r=0,318$) e ($r=0,505$) respetivamente. Para o total da escala as correlações são boas. As diferenças encontradas são estatisticamente significativas e estabelecem uma relação direta, ou seja quanto maiores ou menor os valores duma subescala maior ou menor é o valor da outra com a qual se correlaciona.

Quadro 7 - Matriz de correlação de *Pearson* entre os fatores da escala satisfação geral dos professores e o valor global.

Fatores	F1 (vida pessoal)	F2	F3	F4
F2 – Representação social	0,505*	--		
F3 – Relação com os alunos	0,503*	0,318*	--	
F4 – Relação com encarregados de educação	0,363*	0,484*	0,469*	--
Valor global	0,833*	0,747*	0,750*	0,681*

* $p < 0,001$

A escala de avaliação da satisfação geral dos professores (SGP-33) apresenta boa fiabilidade e validade. Revelou-se um instrumento adequado à avaliação da

satisfação/insatisfação da profissão docente no que respeita às dimensões: vida pessoal, representação social, relação com os alunos e relação com os encarregados de educação.

Referências bibliográficas

1. Coutinho C. Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática. Coimbra: Almedina; 2011.
2. Maroco J. Análise estatística: com utilização do SPSS. Lisboa: Edição Silabo; 2007.
3. Bryman A, Cramer D. Análise de dados em ciências sociais: introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows. 1.^a ed. Lisboa: Edições Celt; 1992.
4. Striener D, Norman, G. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford University Press, Oxford; 1989.
5. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciências de la salud. 4.^a ed. México: Interamericana; 1995.

NOTA FINAL

Os estudos realizados permitiram traçar o perfil de saúde dos professores, no que diz respeito à insónia, à depressão e à qualidade de vida e ainda identificar alguns dos seus fatores determinantes.

Identificaram-se elevadas prevalências de insónia e de sintomas depressivos nos professores bem como alguns fatores determinantes da diminuição da sua qualidade de vida relacionada com a saúde, designadamente o género, a idade, o estado civil, o tempo de serviço, os níveis em que os professores lecionam e ainda a satisfação geral no trabalho.

Nos últimos anos registou-se um aumento da burocracia aliada a uma falta de capacidade de resposta por parte das escolas, enquanto organizações voltadas para o ensino, e dos professores. Esta situação traduz-se numa resposta não adequada às pressões e desafios do dia-a-dia, decorrentes de contextos sociais difíceis e das sucessivas solicitações de que são alvo os professores. Este facto pode ajudar a explicar, pelo menos parcialmente, os elevados níveis de insónia e de depressão encontrados nos professores estudados.

Os professores não conseguem ser efetivos na sua missão, que engloba, para além da lecionação das aulas e, como condição prévia, – o conhecimento das características dos seus alunos bem como o domínio de estratégias de abordagem dos seus problemas, se não se encontrarem nas melhores condições físicas, psicológicas e sociais. A tranquilidade necessária ao exercício da função docente não se compadece, ou é grandemente afetada, quando o professor tem, ele próprio, problemas de natureza física, psicológica ou social, o mesmo é dizer, que não se encontra saudável, concebendo este conceito de saúde, como deve ser, numa perspetiva holística.

Os professores não têm a necessária tranquilidade para abordar as solicitações escolares e muitas vezes têm que “levar para casa” os problemas da escola, que podem, naturalmente, interferir com o seu estado ou condição de saúde.

Muitos dos professores fazem esforços de diversa natureza, designadamente económica, decorrente, por exemplo, de situações em que o seu local de trabalho se situa a muitos quilómetros da sua residência principal, obrigando a deslocações e a um esforço financeiro acrescido e ainda à necessidade de se levantarem muito cedo, perturbando dessa forma os seus ritmos circadianos fisiológicos. Paralelamente, e em muitos casos, existe ainda a necessidade do recurso a uma residência alternativa, levando ao desenraizamento, mais ou

menos temporário, do seu ambiente familiar e ainda à necessidade de despende dinheiro para fazer ao face ao respetivo aluguer

Em última análise, a qualidade de vida, enquanto reflexo das mais diversas variáveis que interferem com a saúde, encontra-se afetada de um modo significativo e pelas razões apontadas anteriormente.

Analisando os contextos onde este grupo profissional exerce a sua atividade, a envolvente psicossocial das organizações escolares e dos estudantes, e as variáveis que negativamente perturbam o seu bem-estar, rapidamente se percebe a necessidade de planificar intervenções específicas com vista ao desenvolvimento de estratégias de *coping* favorecedoras da relação com os problemas com que os professores têm que lidar.

A criação de serviços de saúde ocupacional efetivos, em contexto escolar e dirigidos aos professores, pode representar uma estratégia de intervenção com vista a diminuição dos elevados índices de insónia, de depressão, bem como na melhoria da sua qualidade de vida.

ANEXOS

PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO

e.com/mail/?shva=1#search/pedido+autORIZA%C3%A7%C3%A3o/135d35217603cc91

a sincronizar todos os seus itens do Chrome? OK, sincronizar Não, obrigado

Busca Global News

agens Mapas Play YouTube Notícias Gmail Disco Agenda Mais -

pedido autorização

Mover para a Caixa de Entrada Mais - 1 de apro

para dir. esen

Exmo (a). Sr (a).
Diretor(a) da escola Emídio Navarro

Assunto: Colaboração dos professores da escola – questionário

Cristina Maria Abrantes de Almeida, professora do grupo de Biologia e Geologia do Agrupamento de Escolas de Santa Cruz da Trapa, estudante do Mestrado Educação para a Saúde da Escola Superior de Saúde de Viseu, encontra-se a desenvolver um estudo cujo objetivo principal é **analisar os determinantes da qualidade de vida dos professores**, sob orientação do Prof. Doutor Carlos Pereira.
Tendo em vista a recolha de dados, vem solicitar a V. Exa., **autorização** para a distribuição do questionário junto dos professores da escola/ Agrupamento que V. Exa. superiormente dirige.
Acresce referir que todo este processo (questionário, metodologia) foi objecto de apreciação pela DGIDC e obteve a necessária **autorização** e que a participação no estudo é voluntária e todos os dados obtidos serão confidenciais e anónimos.
Apela ainda a V. Exa. para, na medida do possível, motivar os professores para importância do preenchimento do referido questionário.
Anexa:
Comprovativo da **autorização** da DGIDC.
Questionário.

Certa que dará ao assunto a sua melhor atenção, agradece antecipadamente a colaboração.

Apresenta os seus melhores cumprimentos,

Viseu, 2 de março de 2012

Cristina Maria Abrantes de Almeida

2 anexos — Baixar todos os anexos (zipado para Português)

Viseu, 2 de março de 2012

Cristina Maria Abrantes de Almeida

2 anexos — Baixar todos os anexos (zipado para Português)

QUESTIOCRISALM3FINALISSIMO[1]_.pdf
81K Visualizar Baixar

Aprovação da DGIDC.doc
27K Visualizar Baixar

Paulo Viegas <dir.esen@gmail.com>

para mim

Exma Sra Dra
Cristina Almeida

Comunica-se a **autorização** de passagem do inquérito aos professores, podendo estabelecer os contactos necessários.
Com os melhores cumprimentos



Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

Início » Pesquisar inquéritos » **Ficha de inquérito**

Dados da Entidade

Nome da entidade:

Tipo de entidade:

Utilizador:

Palavra-chave:

- Início
- Pesquisar inquéritos
- Registrar entidade

Dados do Inquérito

Número de registo:

Designação:

Descrição:
A qualidade de vida das pessoas representa uma preocupação reconhecida e assumida pela Organização mundial de Saúde, que a define como "a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações". No âmbito das actividades de investigação do Curso de Mestrado em Educação para a Saúde da Escola Superior de Saúde de Viseu, pretendemos desenvolver um estudo cujo objectivo principal é analisar os determinantes da qualidade de vida dos professores.
O questionário é constituído por várias escalas, validadas para a população portuguesa (satisfação Geral no Trabalho; questionário do Estado de Saúde SF12 e Inventário de Depressão de Beck – EBDI). Apenas os dados sócio demográficos e hábitos (A) e satisfação geral dos professores (B) foi construído pelo mestrando e orientador.

Objectivos:
Objectivo geral: Analisar os determinantes da qualidade de vida dos professores.
Objectivos específicos:
Analisar a influência das variáveis sócio-demográficas e profissionais na qualidade de vida dos professores;
Quantificar a prevalência de insónia;
Analisar os determinantes da insónia,
Quantificar a associação entre distúrbios do sono e qualidade de vida;
Quantificar a prevalência de depressão;
Quantificar a associação entre depressão e qualidade de vida;

Periodicidade:

Data do início do período de recolha de dados:

Data do fim do período de recolha de dados:

Universo:

Esquema de Página Referências Mailings Rever Ver Suplementos PDF

Este ficheiro teve origem numa localização na Internet e poderá não ser seguro. Clique para obter mais detalhes.

----- Mensagem encaminhada -----

> De: <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>

> Data: 20 de Janeiro de 2012 15:18

> Assunto: Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0258700001

> Para: cristina.almeida7@gmail.com

>

>

> Exma(a)s. Sr(a)s.

>

> O pedido de autorização do inquérito n.º 0258700001, com a designação

> Determinantes da Qualidade de Vida em Professores, registado em 11-11-2011,

> foi aprovado.

>

> Avaliação do inquérito:

>

> Exma(a) Senhor(a) Dr(a). Cristina Maria Abrantes de Almeida

> Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio

> escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos

> de qualidade técnica e metodológica para tal.

> Com os melhores cumprimentos

> Isabel Oliveira

> Directora de Serviços de Inovação Educativa

> DGIDC

>

> Observações:

>

> Sem observações

>

> Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no

> endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar

> fornecendo os dados de acesso da entidade.

pedrof@fe.uc.pt

Clique aqui para ativar as notificações na área de trabalho para

← + ! 🗑 Mover para a Caixa de Entrada

Pedido para utilizar SF-12 em Trabalho de Mestrado Entrada x

Cristina Almeida <cristina.almeida7@gmail.com>
para pedrof

Ao Professor Doutor Pedro Ferreira

Cristina Maria Abrantes Almeida, responsável pelo estudo intitulado "Determinantes da Qualidade de vida em Professores", planeado no âmbito da sua dissertação conducente à obtenção do grau de Mestre em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu, vem pela presente reiterar a solicitação feita a V. Exa. autorização para utilização/aplicação da escala SF-12, numa amostra de professores da região centro de Portugal.
Mais informa que o trabalho será orientado pelo Prof. Doutor Carlos Pereira, Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Com os melhores cumprimentos,
Viseu, 24-01-2012

Cristina Maria Abrantes Almeida



Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação
Email: pedrof@fe.uc.pt
peisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 21 de Fevereiro de 2013

Ex.ma Senhora Dr.ª:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de medição de estado de saúde SF-12 versão 2 no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta emitida por correio electrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 1653004-512 COIMBRA
Tel/Fax: 239 790 507

QUESTIONÁRIO

20 – Costuma consumir bebidas alcoólicas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Sim, todas as semanas <input type="checkbox"/> Sim, todos os dias.	20- <input type="checkbox"/>
20.1 – Se respondeu sim, no geral, considera que: <input type="checkbox"/> Bebe pouco <input type="checkbox"/> Bebe moderadamente <input type="checkbox"/> Bebe em excesso.	20.1- <input type="checkbox"/>
21 – É fumador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.	21- <input type="checkbox"/>
21.1 – Se respondeu sim, em média, quantos cigarros fuma por dia? _____ cigarros	21.1- <input type="checkbox"/>
22 – Alguma vez consumiu drogas proibidas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	22- <input type="checkbox"/>
23 – Fora do âmbito profissional, pratica atividade física? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, às vezes <input type="checkbox"/> Sim, frequentemente <input type="checkbox"/> Sim, sempre	23- <input type="checkbox"/>
24 – Atualmente, sofre de alguma doença? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(ais)? _____	24- <input type="checkbox"/>
25 – Nos últimos 12 meses, foi consultado por um médico? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. <i>Se respondeu sim, qual(ais) a(s) especialidade(s)?</i> <input type="checkbox"/> Medicina Dentária <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Ginecologia <input type="checkbox"/> Outra. Qual(ais)? _____	25- <input type="checkbox"/>
26 – Já alguma vez tomou algum medicamento para dormir? (se respondeu não, passe para a pergunta n.º 29) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	26- <input type="checkbox"/>
27 – Nos últimos 12 meses, tomou algum medicamento para dormir? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.	27- <input type="checkbox"/>
28 – No último mês, tomou algum medicamento para dormir? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, às vezes <input type="checkbox"/> Sim, frequentemente <input type="checkbox"/> Sim, sempre	28- <input type="checkbox"/>
28.1 – Se respondeu sim, quem lhe receitou o medicamento para dormir? <input type="checkbox"/> Ninguém <input type="checkbox"/> Familiar/amigo <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Outra pessoa.	28.1- <input type="checkbox"/>
29 – No último mês, quando se deitou, sentiu dificuldade em adormecer? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos do que uma vez por semana <input type="checkbox"/> Uma a duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Três ou mais vezes por semana.	29- <input type="checkbox"/>
30 – No último mês, com que frequência acordou durante a noite? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos do que uma vez por semana <input type="checkbox"/> Uma a duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Três ou mais vezes por semana.	30- <input type="checkbox"/>
30.1 – Quando aconteceu, teve dificuldade em voltar a adormecer? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	30.1- <input type="checkbox"/>
31 – No último mês, acordou demasiado cedo? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos do que uma vez por semana <input type="checkbox"/> Uma a duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Três ou mais vezes por semana.	31- <input type="checkbox"/>
31.1 – Quando aconteceu, teve dificuldade em voltar a adormecer? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	31.1- <input type="checkbox"/>
32 – No último mês, acha que o seu sono foi agitado, de má qualidade ou superficial? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos do que uma vez por semana <input type="checkbox"/> Uma a duas vezes por semana <input type="checkbox"/> Três ou mais vezes por semana.	32- <input type="checkbox"/>
33 – Costuma deitar-se todos os dias à mesma hora? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase todas as noites <input type="checkbox"/> Todas as noites	33- <input type="checkbox"/>
34 – Depois de se deitar, quanto tempo demora, em média, a adormecer? _____ minutos.	34- <input type="checkbox"/>
35 – Em média, quantas horas dorme por noite? _____ horas	35- <input type="checkbox"/>
36 – Habitualmente sente que precisava de dormir mais do que dorme? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase todos os dias <input type="checkbox"/> Todos os dias	36- <input type="checkbox"/>
37 – Costuma acordar cansado? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Quase todos os dias <input type="checkbox"/> Todos os dias	37- <input type="checkbox"/>

<p>38 – Sente dificuldade em levantar-se de manhã? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 Raramente <input type="checkbox"/> 3 Às vezes <input type="checkbox"/> 4 Quase todos os dias <input type="checkbox"/> 5 Todos os dias</p>	38- <input type="checkbox"/>
<p>39 – No último mês, como avalia a qualidade geral do seu sono? <input type="checkbox"/> 1 Ótimo <input type="checkbox"/> 2 Bom <input type="checkbox"/> 3 Assim/assim <input type="checkbox"/> 4 Mau <input type="checkbox"/> 5 Péssimo</p>	39- <input type="checkbox"/>
<p>40 – Sente dificuldade em manter-se acordado durante o dia? <input type="checkbox"/> 1 Nunca <input type="checkbox"/> 2 Raramente <input type="checkbox"/> 3 Às vezes <input type="checkbox"/> 4 Frequentemente <input type="checkbox"/> 5 Sempre</p>	40- <input type="checkbox"/>
<p>41 – No último mês, sentiu sono durante o dia? <input type="checkbox"/> 1 Não, nunca <input type="checkbox"/> 2 Sim, às vezes <input type="checkbox"/> 3 Sim, frequentemente <input type="checkbox"/> 4 Sim, até já adormeci</p>	41- <input type="checkbox"/>
<p>42 – Nos últimos seis meses, com que frequência teve relações sexuais? <input type="checkbox"/> 1 Sem atividade sexual <input type="checkbox"/> 2 Uma ou mais vezes por dia <input type="checkbox"/> 3 Uma ou mais vezes por semana mas menos de uma vez por dia <input type="checkbox"/> 4 Duas vezes por mês <input type="checkbox"/> 5 Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 6 Menos de uma vez por mês</p>	42- <input type="checkbox"/>
<p>43 – Nos últimos seis meses, como classifica a sua vida sexual em termos de satisfação? <input type="checkbox"/> 1 Muito satisfeito(a) <input type="checkbox"/> 2 Satisfeito(a) <input type="checkbox"/> 3 Indiferente <input type="checkbox"/> 4 Insatisfeito(a) <input type="checkbox"/> 5 Muito insatisfeito(a)</p>	43- <input type="checkbox"/>
<p>44 – Nos últimos seis meses, como classifica o seu desejo sexual? <input type="checkbox"/> 1 Muito elevado <input type="checkbox"/> 2 Elevado <input type="checkbox"/> 3 Moderado <input type="checkbox"/> 4 Muito baixo <input type="checkbox"/> 5 Nenhum</p>	44- <input type="checkbox"/>
<p>45 – Nos últimos seis meses, gostaria de ter tido relações sexuais mais frequentemente? <input type="checkbox"/> 1 Concordo totalmente <input type="checkbox"/> 2 Concordo <input type="checkbox"/> 3 Indiferente <input type="checkbox"/> 4 Discordo <input type="checkbox"/> 5 Discordo totalmente</p>	45- <input type="checkbox"/>
<p>46 – Nos últimos seis meses, quando teve relações sexuais quantas vezes é que teve satisfação? <input type="checkbox"/> 1 Não teve relações sexuais. <input type="checkbox"/> 2 Quase nunca ou nunca. <input type="checkbox"/> 3 Poucas vezes (muito menos de metade das vezes). <input type="checkbox"/> 4 Algumas vezes (cerca de metade das vezes). <input type="checkbox"/> 5 Muitas vezes (muito mais que metade das vezes). <input type="checkbox"/> 6 Quase sempre ou sempre.</p>	46- <input type="checkbox"/>
<i>Às seis questões seguintes, só respondem os homens e referem-se aos últimos seis meses</i>	
<p>47 – Como é que classifica o seu grau de confiança em conseguir manter a ereção? <input type="checkbox"/> 1 Muito Baixo <input type="checkbox"/> 2 Baixo <input type="checkbox"/> 3 Moderado <input type="checkbox"/> 4 Elevado <input type="checkbox"/> 5 Muito Elevado</p>	47- <input type="checkbox"/>
<p>48 – Quando teve ereções por estimulação sexual, quantas vezes é que essa ereção foi suficiente para a penetração? <input type="checkbox"/> 1 Não teve atividade sexual. <input type="checkbox"/> 2 Quase nunca ou nunca. <input type="checkbox"/> 3 Poucas vezes (muito menos que metade das vezes). <input type="checkbox"/> 4 Algumas vezes (cerca de metade das vezes). <input type="checkbox"/> 5 Muitas vezes (muito mais que metade das vezes). <input type="checkbox"/> 6 Quase sempre ou sempre.</p>	48- <input type="checkbox"/>
<p>49 – Durante as relações sexuais, quantas vezes é que conseguiu manter a ereção após a penetração? <input type="checkbox"/> 1 Não teve relações sexuais. <input type="checkbox"/> 2 Quase nunca ou nunca. <input type="checkbox"/> 3 Poucas vezes (muito menos que metade das vezes). <input type="checkbox"/> 4 Algumas vezes (cerca de metade das vezes). <input type="checkbox"/> 5 Muitas vezes (muito mais que metade das vezes). <input type="checkbox"/> 6 Quase sempre ou sempre.</p>	49- <input type="checkbox"/>
<p>50 – Durante as relações sexuais foi difícil manter a ereção até ao final da atividade sexual? <input type="checkbox"/> 1 Não teve relações sexuais. <input type="checkbox"/> 2 Extremamente difícil. <input type="checkbox"/> 3 Muito difícil. <input type="checkbox"/> 4 Difícil. <input type="checkbox"/> 5 Ligeiramente difícil. <input type="checkbox"/> 6 Nada difícil.</p>	50- <input type="checkbox"/>
<p>51 – Alguma vez tomou medicamentos ou outros produtos para facilitar ou manter a ereção? <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 2 Sim</p>	51- <input type="checkbox"/>
<p>52 – Nos últimos 30 dias tomou medicamentos ou produtos para facilitar ou manter a ereção? <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 2 Sim. Quantas vezes? _____</p>	52- <input type="checkbox"/>

C – Satisfação Geral dos Professores

Expresse a sua opinião relativamente a cada uma das seguintes afirmações relativas à sua atividade docente

	Concordo Totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente	
1 – As famílias não acompanham a vida escolar dos seus educandos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- <input type="checkbox"/>
2 – As famílias transferiram para as escolas as suas responsabilidades educativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- <input type="checkbox"/>
3 – A desvalorização da vida escolar pelas famílias é transmitida aos seus educandos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- <input type="checkbox"/>
4 – Os pais encaram o professor como um adversário e não como um cooperante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- <input type="checkbox"/>
5 – Os encarregados de educação não respeitam os professores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- <input type="checkbox"/>
6 – Tenho dificuldade em exercer a minha autoridade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6- <input type="checkbox"/>
7 – A indisciplina dos alunos é um dos principais problemas com que me debato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7- <input type="checkbox"/>
8 – Os alunos revelam falta de regras, de “saber ser” e de “saber estar”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8- <input type="checkbox"/>
9 – As turmas são muito heterogéneas, facto que dificulta o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9- <input type="checkbox"/>
10 – Uma grande percentagem de alunos manifesta pouco empenho e interesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10- <input type="checkbox"/>
11 – Tenho muita dificuldade em motivar alunos que “não querem aprender”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11- <input type="checkbox"/>
12 – Sinto frequentemente que o meu esforço não é compensado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12- <input type="checkbox"/>
13 – Sinto-me frustrado(a) pelo facto de muitos alunos não terem sucesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13- <input type="checkbox"/>
14 – As condições de trabalho na minha escola não são boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14- <input type="checkbox"/>
15 – A falta de equipamento é um problema importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15- <input type="checkbox"/>
16 – O crescente aumento de burocracia nas escolas rouba tempo para o essencial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16- <input type="checkbox"/>
17 – Não consigo conciliar os múltiplos papéis e tarefas que me são exigidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17- <input type="checkbox"/>
18 – Tenho excesso de responsabilidades e cargos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18- <input type="checkbox"/>
19 – A profissão docente tornou-se demasiado competitiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19- <input type="checkbox"/>
20 – Existe um bom relacionamento entre os professores e a gestão da minha escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20- <input type="checkbox"/>
21 – Sinto o apoio da gestão da minha escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21- <input type="checkbox"/>
22 – Há reconhecimento da gestão da escola pelo esforço que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22- <input type="checkbox"/>
23 – A relação com os meus colegas é boa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23- <input type="checkbox"/>
24 – Sinto o apoio do meu coordenador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24- <input type="checkbox"/>
25 – O ambiente que se vive na minha escola é bom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25- <input type="checkbox"/>
26 – É importante criar um código deontológico na profissão docente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26- <input type="checkbox"/>
27 – Preocupa-me o crescente aumento da instabilidade da profissão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27- <input type="checkbox"/>
28 – Estou descontente com a progressão na carreira.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28- <input type="checkbox"/>
29 – A avaliação de desempenho trouxe mau ambiente aos professores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29- <input type="checkbox"/>
30 – A profissão docente está em crescente desvalorização.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30- <input type="checkbox"/>
31 – A sociedade transferiu para a escola tudo o que não consegue resolver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31- <input type="checkbox"/>
32 – Existe desconsideração pelos professores em todos os quadrantes da sociedade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32- <input type="checkbox"/>
33 – Não consigo conciliar a minha profissão com a minha vida familiar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33- <input type="checkbox"/>
34 – A minha vida familiar é prejudicada por causa do meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34- <input type="checkbox"/>
35 – A remuneração que aufero é injusta face ao meu esforço e dedicação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35- <input type="checkbox"/>
36 – A atividade docente é muito desgastante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36- <input type="checkbox"/>
37 – Se tivesse oportunidade mudava de profissão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37- <input type="checkbox"/>
38 – Na minha escola sinto que não vale a pena “dar o máximo”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38- <input type="checkbox"/>
39 – A minha profissão é a principal fonte dos meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39- <input type="checkbox"/>
40 – Sinto-me realizado(a) com o meu trabalho docente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40- <input type="checkbox"/>
41 – A minha vida profissional não me deixa tempo para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41- <input type="checkbox"/>

D – Satisfação Geral no Trabalho

As questões seguintes dizem respeito a sua satisfação geral com o seu trabalho enquanto docente.

	Discordo Completamente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Neutro	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo Completamente
1 – No geral, estou muito satisfeito(a) com este trabalho.	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"/>
2 – Penso frequentemente em abandonar este trabalho.	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"/>
3 – No geral, sinto-me satisfeito(a) com o tipo de trabalho que faço.	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"/>
4 – A maior parte das pessoas neste trabalho sentem-se satisfeitas com o trabalho que fazem.	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"/>
5 – As pessoas neste trabalho pensam frequentemente em abandoná-lo.	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"/>

E – Questionário do Estado de Saúde SF12

Responda a cada uma das perguntas assinalando o quadrado que melhor representa na sua opinião.

1 – Em geral diria que a sua saúde é:

₁ <input type="checkbox"/> Ótima	₂ <input type="checkbox"/> Muito boa	₃ <input type="checkbox"/> Boa	₄ <input type="checkbox"/> Razoável	₅ <input type="checkbox"/> Fraca
---	---	---	--	---

2 – As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua Saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado/a	Sim, pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a) Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>
b) Andar mais de 1 Km	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>

3 – Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou atividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de Saúde física?

	Sim	Não
a. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
b. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>

4 – Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

	Sim	Não
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>
b. Fez menos do que queria	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>

5 – Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

₁ <input type="checkbox"/> Absolutamente nada	₂ <input type="checkbox"/> Um pouco	₃ <input type="checkbox"/> Moderadamente	₄ <input type="checkbox"/> Bastante	₅ <input type="checkbox"/> Imenso
--	--	---	--	--

6 – As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Quanto tempo nas últimas quatro semanas:

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
b. Se sentiu muito nervoso/a?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>
c. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?	₁ <input type="checkbox"/>	₂ <input type="checkbox"/>	₃ <input type="checkbox"/>	₄ <input type="checkbox"/>	₅ <input type="checkbox"/>

7 – Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua Saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

₁ <input type="checkbox"/> Sempre	₂ <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo	₃ <input type="checkbox"/> Bastante tempo	₄ <input type="checkbox"/> Pouco tempo	₅ <input type="checkbox"/> Nunca
--	--	--	---	---

5

F – BDI

As perguntas que se seguem relacionam-se com a maneira como atua ou se sente. Assinale a frase que melhor se aplica a si próprio(a), colocando uma cruz, (X) no quadrado respetivo, em cada um dos grupos.

<p>A – Humor</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto triste.</p> <p><input type="checkbox"/> Ando “neura” ou triste</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me “neura” e triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.</p> <p><input type="checkbox"/> Estou tão triste ou infeliz que isso se torna penoso para mim.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.</p> <p>B – Pessimismo</p> <p><input type="checkbox"/> Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me com medo do futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.</p> <p>C – Sentimento de fracasso</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho a sensação de ter fracassado.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.</p> <p><input type="checkbox"/> Quando assinalo a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me completamente falhado(a) como “pessoa” (pai, mãe, marido, esposa).</p> <p>D – Insatisfação</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto contente com nada em especial.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo.</p> <p><input type="checkbox"/> Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me descontente com tudo.</p> <p>E – Sentimento de Culpabilidade</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto culpado(a) de nada em particular.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto, grande parte do tempo que “não presto” ou que não tenho qualquer valor.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me bastante culpado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> Agora sinto, permanentemente, que “não presto” ou que não tenho qualquer valor.</p> <p><input type="checkbox"/> Considero que sou muito “falhado(a)” e não valho absolutamente nada.</p> <p>F – Sentimento de punição</p> <p><input type="checkbox"/> Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que mereço ser castigado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> Quero ser castigado(a).</p> <p>G – Ódio a si mesmo</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto descontente comigo.</p> <p><input type="checkbox"/> Estou desiludido(a) comigo mesmo.</p> <p><input type="checkbox"/> Não gosto de mim.</p> <p><input type="checkbox"/> Estou bastante desgostoso(a) comigo.</p> <p><input type="checkbox"/> Odeio-me.</p> <p>H – Autoacusação</p> <p><input type="checkbox"/> Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.</p> <p><input type="checkbox"/> Crítico-me a mim mesmo(a) pelas minhas fraquezas ou erros.</p> <p><input type="checkbox"/> Culpo-me das minhas próprias faltas.</p> <p><input type="checkbox"/> Acuso-me por tudo de mal que me acontece.</p> <p>I – Desejos suicidas</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho quaisquer ideias de me fazer mal a mim mesmo(a).</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que seria melhor morrer.</p> <p><input type="checkbox"/> Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à minha vida.</p> <p><input type="checkbox"/> Matar-me-ia se tivesse oportunidade.</p> <p>J – Choro</p> <p><input type="checkbox"/> Atualmente não choro mais do que costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Choro mais do que costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Atualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.</p> <p><input type="checkbox"/> Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, quando tenho vontade disso.</p>	<p>K – Irritabilidade</p> <p><input type="checkbox"/> Não ando agora mais irritado(a) do que costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me, permanentemente, irritado(a).</p> <p><input type="checkbox"/> Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente.</p> <p>L – Afastamento social</p> <p><input type="checkbox"/> Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> Atualmente, sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.</p> <p><input type="checkbox"/> Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.</p> <p><input type="checkbox"/> Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.</p> <p>M – Incapacidade de decisão</p> <p><input type="checkbox"/> Não sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Atualmente, sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo(a) e procuro evitar tomar decisões.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me, completamente, incapaz de tomar qualquer decisão.</p> <p>N – Distorção da imagem corporal</p> <p><input type="checkbox"/> Não acho que tenha pior aspeto do que costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Estou aborrecido(a) por que estou “a parecer velho(a)” ou pouco atraente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram menos atraente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto que sou feio(a) ou que tenho aspeto repulsivo.</p> <p>O – Incapacidade para trabalhar</p> <p><input type="checkbox"/> Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.</p> <p><input type="checkbox"/> Não consigo trabalhar tão bem como costumava.</p> <p><input type="checkbox"/> Tenho de dispensar um grande esforço para fazer seja o que for.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.</p> <p>P – Alteração do padrão de sono</p> <p><input type="checkbox"/> Consigo dormir tão bem como dantes.</p> <p><input type="checkbox"/> Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Acordo cerca de uma a duas horas mais cedo do que o costume e custa-me a adormecer.</p> <p><input type="checkbox"/> Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.</p> <p>Q – Factibilidade</p> <p><input type="checkbox"/> Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente.</p> <p><input type="checkbox"/> Fico cansado(a) quando faço seja o que for.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja.</p> <p>R – Perda de apetite</p> <p><input type="checkbox"/> O meu apetite é o mesmo de sempre.</p> <p><input type="checkbox"/> O meu apetite é tão bom como costumava ser.</p> <p><input type="checkbox"/> Atualmente, o meu apetite está muito pior do que anteriormente.</p> <p><input type="checkbox"/> Perdi por completo todo o apetite que tinha.</p> <p>S – Perda de peso</p> <p><input type="checkbox"/> Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.</p> <p><input type="checkbox"/> Perdi mais de 2,5 quilogramas de peso.</p> <p><input type="checkbox"/> Perdi mais de 5 quilogramas de peso.</p> <p><input type="checkbox"/> Perdi mais de 7,5 quilogramas de peso.</p> <p>T – Hipocondria</p> <p><input type="checkbox"/> A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou prisão de ventre ou, ainda, outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo.</p> <p><input type="checkbox"/> Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa.</p> <p><input type="checkbox"/> Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto.</p> <p>U – Diminuição da libido</p> <p><input type="checkbox"/> Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.</p> <p><input type="checkbox"/> Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar.</p> <p><input type="checkbox"/> Atualmente, sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual.</p> <p><input type="checkbox"/> Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.</p>
--	--

Obrigado pela sua colaboração

RESUMOS PUBLICADOS EM REVISTAS CIENTÍFICAS