



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO
MESTRADO ACADÊMICO

REGINA DE SOUZA MOREIRA

O TRABALHO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: fatores associados aos sintomas de
depressão maior em professores e auxiliares de classe

SALVADOR - BAHIA

2019

REGINA DE SOUZA MOREIRA

**O TRABALHO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: fatores associados aos sintomas de
depressão maior em professores e auxiliares de classe**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de pesquisa: Saúde do trabalhador

Orientador(a): Profa. Dra. Jorgana Fernanda de Souza Soares

SALVADOR – BAHIA

2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MOREIRA, Regina de Souza
O TRABALHO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: fatores
associados aos sintomas de depressão maior em
professores e auxiliares de classe / Regina de Souza
MOREIRA. -- Salvador, 2019.
78 f.

Orientador: Jorgana Fernanda de Souza Soares.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós Graduação em
Saúde, Ambiente e Trabalho) -- Universidade Federal
da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, 2019.

1. Condições de trabalho. 2. Saúde docente. 3.
Educação Infantil. I. de Souza Soares, Jorgana
Fernanda. II. Título.

REGINA DE SOUZA MOREIRA

O TRABALHO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: fatores associados aos sintomas de
depressão maior em professores e auxiliares de classe

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho,
Faculdade de Medicina, Universidade Federal
da Bahia, como requisito para obtenção do
título de Mestre em Saúde, Ambiente e
Trabalho.

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de pesquisa: Saúde do trabalhador

Salvador, 27 de março de 2019.

Profª Drª. Jorgana Fernanda de Souza Soares
Professora da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Kionna Oliveira Bernardes dos Santos
Professora da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª. Sônia Regina Pereira Fernandes
Professora da Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

À Deus. O sustento da minha vida, agradeço por seu imensurável amor, por me agraciar das mais inusitadas formas, por ser minha proteção, consolo, guia e aconchego! És o meu amor maior. Minha gratidão é constante e infinita.

À minha família. Fátima, Tiago, Shirlei e Tiago Filho, ter vocês em minha vida é ratificar, a todo instante, o amor de Deus por mim. Obrigada por todo esforço em me ajudar, pela força diária, carinho, amor, incentivo, cuidado sem igual...Não é possível redigir todo o meu amor e a minha gratidão a vocês.

À todos os meus amigos. Em especial, Priscila, que com o coração enorme me acompanhou desde a concepção do tema de pesquisa até a análise dos dados. Danyella e Paula Caroline, por estarem sempre disposta a me ajudar e por tudo que fizeram por mim. Meninas, obrigada por tudo, de coração.

À toda equipe do NEPI e do grupo TRASSADO. Em especial, professora Tânia, pela atenção e por todas as oportunidades de aprendizado desde a iniciação científica. À Tamila, Natália, Aline, Caique, Fernanda obrigada pela força, incentivo e auxílio na digitação dos questionários.

A CAPES pelo auxílio financeiro para o desenvolvimento e concretização desta pesquisa.

Ao PPGSAT pela oportunidade de vivenciar excelentes discussões, conhecer professores e colegas incríveis e desenvolver minha pesquisa de dissertação.

À minha orientadora, professora Jorgana, pela amizade, carinho, paciência e incentivo desde os meus primeiros passos na iniciação científica até o mestrado. Sou muito grata a tudo que fez.

À SEDUC, creches e CMEIs de Feira de Santana. Obrigada pela disponibilidade, compromisso e respeito por essa pesquisa.

À todos, meus sinceros agradecimentos.

*“...Põe tua confiança em DEUS e Ele te
salvará; orienta bem o teu caminho e espera
nEle.”*

(Eclesiástico 2,6)

RESUMO

A depressão é um acometimento recorrente e de natureza incapacitante que se caracteriza por humor deprimido e perda de prazer ou interesse em atividades cotidianas. O trabalho docente na educação infantil possui características que podem levar ao adoecimento mental do trabalhador, como a intensificação do trabalho, a sobrecarga de atividades e responsabilidades e a dupla jornada. Diante da lacuna encontrada na literatura a respeito desta temática, além da invisibilidade da população em questão, este estudo se propõe a investigar a situação de saúde e trabalho dos professores e auxiliares de classe da educação infantil, buscando responder a seguinte questão de pesquisa: quais os fatores associados aos sintomas de depressão maior em trabalhadores da educação infantil, no município de Feira de Santana? Objetivo: estimar a prevalência de sintomas de depressão maior (triagem positiva) e seus fatores associados em professores e auxiliares de classe da educação infantil do município de Feira de Santana, Bahia. Método: Trata-se de um estudo transversal, censitário, realizado em creches e Centros Municipais de Educação Infantil em Feira de Santana. Utilizou-se para a triagem dos sintomas de depressão maior entre os participantes o *Patient Health Questionnaire* (PHQ). Resultados: Identificou-se uma prevalência dos sintomas de depressão maior de 21,2% estando associada à: faixa etária acima de 32 anos (RP= 0,54; IC 95%: 0,35-0,82), realização de atividade extraclasse (RP=1,70; IC95%:1,17-2,45), presença de ruído (RP=2,00; IC95%: 1,25-3,21), etilismo (RP=1,60; IC95%: 1,11-2,29), insatisfação com o trabalho (RP=1,83; IC95%:1,23-2,72) e autoavaliação do estado de saúde regular (RP=2,29; IC95%: 1,49-3,51) e ruim/muito ruim (RP=4,67; IC95%: 2,62-8,32). Os resultados obtidos no estudo evidenciam que os trabalhadores da educação infantil estão expostos a fatores que podem contribuir para a ocorrência de sintomas da depressão maior.

Palavras chave: Educação Infantil, Saúde do Trabalhador, Depressão.

ABSTRACT

Depression is a recurring and disabling nature that is characterized by depressed mood and loss of pleasure or interest in everyday activities. The teaching work in children's education has characteristics that can lead to mental illness of the worker, such as intensification of work, overload of activities and responsibilities and double journey. In view of the literature gap regarding this subject, in addition to the invisibility of the population in question, this study proposes to investigate the health and work situation of teachers and auxiliary class of children's education, seeking to answer the following research question: which the factors associated with the symptoms of major depression in children's education workers in the municipality of Feira de Santana? Objective: to estimate the prevalence of symptoms of major depression (positive screening) and its associated factors in teachers and assistants of the kindergarten class in the city of Feira de Santana, Bahia. Method: This is a cross-sectional, census-based study carried out in day-care centers and Municipal Infant Education Centers in Feira de Santana. The Patient Health Questionnaire (PHQ) was used to screen for symptoms of major depression. Results: A prevalence of symptoms of depression greater than 21.2% was associated with: age group over 32 years (RP = 0.54, 95% CI 0.35-0.82), activity (RP = 1.70, 95% CI: 1.17-2.45), presence of noise (RP = 2.00, 95% CI: 1.25-3.21), alcoholism (RP = 1.60; (95% CI: 1.23-2.72) and self-evaluation of the regular health status (PR = 2.29, 95% CI: 95% CI: 1.11-2.29), job dissatisfaction : 1.49-3.51) and poor / very poor (PR = 4.67, 95% CI: 2.62-8.32). The results obtained in the study show that early childhood workers are exposed to factors that may contribute to the occurrence of symptoms of major depression.

Keywords: Child Rearing, Occupational Health, Depression.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sócio-demográficas e hábitos de vida dos trabalhadores da educação infantil, Feira de Santana (BA), Brasil, 2018.

Tabela 2- Características ocupacionais/ condições de trabalho dos trabalhadores da Educação Infantil, Feira de Santana (BA), Brasil, 2018.

Tabela 3- Associação entre características sociodemográficas/ hábitos de vida e sintomas de depressão maior (DM) em trabalhadores da Educação Infantil, Feira de Santana (BA), Brasil, 2018.

Tabela 4- Associação entre as características ocupacionais/ condições de trabalho e os sintomas de depressão maior (DM) entre trabalhadores da Educação Infantil, Feira de Santana (BA), Brasil, 2018.

Tabela 5- Fatores associados aos sintomas de depressão maior (DM) em trabalhadores da Educação Infantil, Feira de Santana (BA), Brasil, 2018.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA -American Psychiatric Association

CES-D - Centers for Epidemiologic Studies – Depression

DSM-Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

MHI-5- Mental Health Index 5

NEPI- Núcleo de Epidemiologia

PHQ-9- Patient Health Questionnaire

PPGSAT- Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho

PRIME-MD- Primary Care Evaluation of Mental Disorders

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEFS- Universidade Estadual de Feira de Santana

UFBA- Universidade Federal da Bahia

WHOQOL-bref - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 A RELAÇÃO SAÚDE E TRABALHO	16
3.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOCENTE	20
3.3 O ADOECIMENTO PSÍQUICO ENTRE PROFESSORES	24
4 MATERIAIS E MÉTODO	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
5.1 Artigo 1: CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: implicações na saúde das professoras	33
5.2 Artigo 2: O TRABALHO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: fatores associados aos sintomas de depressão maior em professores e auxiliares de classe	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXO: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	79

1 INTRODUÇÃO

O trabalho se configura como ação inerente à vida humana, sendo construtor de valores e fonte de bens simbólicos e materiais (TITTONI, 1994). Entretanto, era da indústria surge uma nova percepção da atividade laboral, estando relacionada à exploração da força de trabalho em decorrência do momento histórico gerido pelas relações sociais e econômicas do capitalismo, considerando o trabalhador como um instrumento de trabalho (BORGES, 2007).

Nesse contexto, houve a incorporação de tecnologias e uma complexidade de inovações organizacionais, o que modificou intensamente a estrutura produtiva, provocando mudanças nas condições e nas relações laborais. Como consequência, ocorreu a intensificação do trabalho, levando a crescentes níveis de exigências físicas e mentais dos trabalhadores (LANCMAN; GHIRARDI, 2002; ELIAS; NAVARRO, 2006). Dessa forma, muitos problemas de saúde que acometem os trabalhadores podem estar associados às condições de trabalho e as formas de organizações laborais que, aliadas ao estilo de vida se tornam fatores contribuintes para o aparecimento precoce (BRASIL, 2001, DALRI; ROBAZZI; SILVA, 2010).

Sob essa perspectiva, os desgastes da saúde dos trabalhadores, podem ser determinados pelo tipo e pela forma como o trabalho está estruturado (DELCOR, et al., 2004). Ao analisar o trabalho docente, por exemplo, verifica-se que os professores são submetidos a um grande volume de exigências físicas e intelectuais e, por isso, em grande parte dos casos, é preciso uma extensão da sua jornada, ocasionando o acúmulo de atividades a ser concluídas em horário extra, bem como são expostos a ambientes e situações precárias de trabalho (EUGÊNIO; SOUZA; LAURO, 2017).

No que tange aos professores da educação infantil, estes estão submetidos a condições que lhes exigem muita atenção e cuidado, além do constante estado de alerta por trabalharem com crianças. Isso se deve ao fato de lidarem com o processo de iniciação da aprendizagem, seja pela dependência de cuidados que as crianças possuem, como tomar banho, trocar fraldas, alimentar-se, vestir-se, cuidados com a saúde, bem como acidentes das mais diversas formas (ONGARI, 2003). Ademais, os trabalhadores da educação infantil, compreendendo os professores e auxiliares de classe, estão em constante exposição a fatores estressantes, atingindo-os pelo cansaço psíquico emocional, uma vez que são altas as exigências decorrentes das diversas necessidades de cada criança, o número elevado de alunos por turma, carga de trabalho exaustiva, os quais muitas vezes ultrapassam os limites da sala de aula, ausência de metodologia para o desenvolvimento das atividades, pouca autonomia sobre suas

ações, condições de trabalho não condizentes com o seu cargo, sejam elas físicas ou psíquicas, além da baixa remuneração e desvalorização profissional (MARTINS et al., 2014). Outra questão é que a grande maioria dos profissionais da educação infantil é formada por mulheres, as quais muitas vezes, possuem dupla jornada de trabalho, quando além do emprego na escola, realizam atividades domésticas e o cuidado à família (SILVA, 2016; ZIBETTI; PEREIRA, 2010). Estes fatores podem contribuir para alterações na saúde do professor, provocando desgaste físico e mental, podendo levar ao aparecimento de doenças como a depressão.

A depressão é uma doença que se caracteriza por humor deprimido e perda de prazer ou interesse em atividades cotidianas por pelo menos duas semanas, acompanhado de ao menos quatro dos seguintes sintomas: alterações de apetite; peso; sono (insônia ou hipersonia) ou atividade psicomotora (retardo ou agitação observados); energia diminuída; sentimentos de inutilidade ou culpa inadequada; dificuldade de pensar; concentrar-se/ tomar decisões ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida. Sendo estes sintomas de surgimento recente e persistente durando a maior parte dos dias, por pelo menos duas semanas consecutivas e causar prejuízo significativo na vida pessoal e social. Além disso, os sintomas não devem ser causados pelo luto, abuso de substâncias ou por uma condição clínica (APA, 2013).

Em relação ao perfil de adoecimento do professor, algumas pesquisas já evidenciaram como importantes problemas de saúde do professor os transtornos mentais como a depressão (WIECLAW et al., 2006; STANSFELD et al., 2011; WHITAKER; WESLEY; GOOZE, 2015; BATISTA et al., 2016; MENEZES, et al., 2017, TOSTE et al., 2018). Contudo, estudos que buscam identificar a depressão em trabalhadores da educação infantil ainda são escassos. Dessa forma, diante da lacuna encontrada da literatura a respeito desta temática, além da invisibilidade da população em questão, este estudo se propõe a investigar a situação de saúde e trabalho dos professores e auxiliares de classe da educação infantil, buscando responder a seguinte questão de pesquisa: quais os fatores associados aos sintomas de depressão maior em trabalhadores da educação infantil, no município de Feira de Santana?

Partindo do pressuposto de que as condições e características do trabalho podem contribuir para o desgaste da saúde dos professores e auxiliares de classe, conhecer a realidade na qual se encontram esses trabalhadores contribui para que riscos sejam identificados e que ações modificadoras possam ser realizadas no ambiente e na organização laboral. Além disso, esse estudo fornece informações que poderão servir de subsídio para

políticas públicas de atenção a saúde desses trabalhadores, que visem à realização de ações de prevenção de doenças e agravos, além da promoção e recuperação da saúde, repercutindo na otimização da qualidade do seu trabalho e na sua qualidade de vida de forma geral.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

2.1.1 Identificar os fatores associados aos sintomas da depressão maior em trabalhadores da educação infantil no município de Feira de Santana, Bahia.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Investigar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da educação infantil de Feira de Santana, Bahia.

2.2.2 Estimar a prevalência dos sintomas da depressão maior entre os trabalhadores da educação infantil de Feira de Santana, Bahia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico tem por objetivo contextualizar a temática em questão. Dessa forma, nesta seção serão abordados os seguintes assuntos: A relação saúde e trabalho; Condições de trabalho e saúde docente; O trabalho na educação infantil/ as bases históricas e legais da educação infantil no Brasil/ o mito da maternidade e o papel da mulher na educação infantil e o adoecimento psíquico entre professores.

3.1 A RELAÇÃO SAÚDE E TRABALHO

Este tópico apresenta uma breve contextualização histórica dos avanços no processo de trabalho na sociedade e seus efeitos à saúde do trabalhador, como também analisar os aspectos relacionados ao estabelecimento donexo causal entre a doença e o trabalho.

A palavra trabalho tem origem do latim *tripalium*, *tri*, que significa “três”, e *palium*, que quer dizer “madeira”, e designava instrumento de tortura (ALBORNOZ, 1994). Nesse contexto, o trabalho foi associado ao fardo e a humilhação, por longo período da história, sendo, muitas vezes, utilizado enquanto pena dos pecados cometidos, como nas primeiras épocas do Cristianismo. Contudo, ao longo do tempo essa percepção foi se modificando. Com o Renascimento, surgiu uma nova forma de considerar o trabalho, agora, sendo um meio de desenvolvimento do homem que, ao invés de humilhante e depreciativo, passou a ser libertador e possibilitou a inserção social (RIBEIRO; LÊDA, 2004).

Dessa forma, percebe-se que o trabalho pode ser percebido por perspectivas diferentes: realização humana e racionalidade. No período da produção artesanal, constata-se uma tendência a percepção do trabalho sob a ótica da realização, já na época que sucede a Revolução Industrial, o que predomina é a visão racional do trabalho, passando o homem a ser movido pela rigorosidade das regras e normas das indústrias (RIBEIRO ; LÊDA, 2004). Esta perspectiva do trabalho é defendida pelo pensamento marxista, quando traz a ideia de que o trabalho nas sociedades industriais é estranhamente percebido como tarefa obrigatória a ser realizada para obtenção de renda (GIDDENS, 2012).

Essa divergência entre o modo de percepção do trabalho pode ser entendida à luz do contexto histórico evolutivo do modo de produção. No período antecessor à industrialização, predominava o trabalho artesanal, que ocorria a nível domiciliar cujos integrantes do modo de produção eram os membros da família e se baseava no conhecimento dos ofícios, nos quais os

artesãos detinham ciência de todo processo de trabalho. Contudo, com o advento das indústrias, a partir da Revolução Industrial, o perfil do processo de trabalho se modificou, sendo, agora, voltado para a divisão do trabalho, promovendo a especialização do trabalhador e a produção em massa (GIDDENS, 2012).

Os benefícios da divisão do trabalho no aumento da produtividade foram, estudados por Adam Smith em sua obra “A Riqueza das Nações” (1776) e, posteriormente, por Frederick Taylor, que fundamentou essas percepções no modelo chamado “administração científica” ou Taylorismo. Tais ideias influenciaram o sistema de produção em série ligado ao cultivo de mercado de massa, o Fordismo. Por meio da produção em série os produtos eram deslocados por uma esteira e os trabalhadores realizavam movimentos restritos e controlados (GOUNET, 1999). Este sistema ficou conhecido por uma padronização rigorosa dos gestos operacionais e uma clara separação entre a concepção e a execução manual. Entretanto, com a pressão da concorrência do mercado internacional, nos anos 60, houve uma desaceleração da produtividade e um crescimento da relação capital/produto, o que conduziu a uma queda da lucratividade. Desse modo, as bases do taylorismo, pautadas na polarização entre os “que pensam e os que trabalham”, não mais condizia para o período de crise (LIPIETZ; LEBORGNE, 1988).

Assim, a “flexibilidade” surgiu como alternativa de reorganização econômica. Essa modificação teve um importante traço que foi a invasão do microprocessador e das interfaces eletrônicas nos novos produtos e no processo de trabalho, que passou a ser menos manual como no modelo fordista. Nesse sentido, modifica-se o padrão de produção voltada a confecção em massa de um produto, apenas. Agora, a variedade e a constante inovação ganha força, é a flexibilidade dos produtos, os quais passam a ser produzidos em séries mais curtas e com um leque de variedades (LIPIETZ; LEBORGNE, 1988).

Nesse contexto, um novo modelo surge, o Toyotismo ou sistema de acumulação flexível, inicialmente, como forma de reorganização econômica, no Japão enfraquecido pelo pós- guerra. Este sistema caracterizou uma organização do trabalho marcada pela flexibilização, no qual o trabalhador operava várias máquinas ao mesmo tempo, devido ao reduzido número de funcionários, surgindo os contratos temporários, subcontratação e cumprimento de horas extras (GOUNET, 1999). Percebe-se, diante disso, uma redução na especialização do trabalhador, podendo esse desempenhar diferentes funções ao mesmo tempo.

Dessa forma, a flexibilização trouxe uma nova roupagem no mundo do trabalho, marcada por fragilização dos vínculos empregatícios, uma vez que surgiram novas

possibilidades de contratação, acompanhadas da perda de direitos trabalhistas, reduções salariais e alta rotatividade profissional. Tais mudanças potencializaram a multiexposição do trabalhador a fatores patógenos relacionados ao trabalho (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010).

Pode-se afirmar, dessa maneira, que as formas de organização do trabalho sofreram diversas modificações ao longo da história. Contudo, o que por um lado representou avanços, por outro se configurou em retrocessos. Os avanços da tecnologia e do conhecimento, ao longo das décadas, que poderiam ser ferramentas de mudanças sociais com criação de recursos que possibilitassem a redução das jornadas de trabalho sem alteração no salário, novas alternativas de inclusão no mercado de trabalho, entre outros, ainda, na sociedade hodierna, cursa com o idealismo de acumulação capital e lucratividade (FRANCO; DRUCK, SILVA, 2010).

Sendo assim, a concepção social do trabalho retrocede, uma vez que predomina o distanciamento entre as práticas organizacionais do trabalho e os direitos sociais conquistados. Perde-se, dessa forma, o sentido do trabalho para aqueles que o realizam, ao passo que se veem como uma “peça” necessária para o funcionamento da “locomotiva” do sistema capitalista (FRANCO, DRUCK, SILVA, 2010). Tal fato repercute em conflitos para os trabalhadores, uma vez que existe uma íntima relação entre o homem e o trabalho, sendo este importante contribuinte da formação da subjetividade e identidade do indivíduo (CRUZ; LEMOS, 2005).

Além da problemática social, no atual panorama do mundo do trabalho percebe-se outras consequências da sua precarização, como a intensificação do adoecimento do trabalhador, que está relacionado à exposição aos fatores de risco ocupacionais (FRANCO; DRUCK; SILVA, 2010). Tais fatores são, tradicionalmente, classificados, segundo Brasil (2001), em:

Físicos: ruído, vibração, radiação ionizante e não-ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outros; Químicos: agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho; Biológicos: vírus, bactérias, parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária. Ergonômicos e Psicossociais: decorrem da organização e gestão do trabalho, como, por exemplo: da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros; Mecânicos e de acidentes: ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho. (BRASIL, 2001, p. 21).

Assim, entender a relação entre doença e trabalho, sucede a compressão de que a saúde pode ser lesada pela presença de fatores agressivos, ou seja, pela existência de fatores de risco. Tendo em vista esta concepção, pode-se inferir que a presença de determinadas condições de trabalho como, por exemplo, o estresse psicossocial, pode ser fator causador de doenças, bem como a falta de valorização profissional, descumprimento de direitos trabalhistas, falta de equipamentos de proteção individual (EPI), entre outros, também podem ser desencadeantes de adoecimento, direta ou indiretamente (WHO, 1975).

Essa ideia de adoecimento relacionado ao trabalho é conhecida desde os primórdios da história da humanidade. Entretanto, ainda existem dificuldades em se afirmar que uma determinada doença é atribuível ao trabalho, principalmente quando se refere a uma doença multicausal. Desse modo, perceber o trabalho como o causador desse mal é uma tarefa complexa, que exige, mormente, conhecimento em medicina, vigilância na saúde do trabalhador, epidemiologia, saúde pública e nas áreas das ciências sociais (MENDES, 2013).

Em vista dessa dificuldade a Organização Internacional do Trabalho (2010) traz que para se estabelecer a relação causal é necessária uma base de dados clínicos e epidemiológicos, informações sobre a história clínica e ocupacional, estudo da organização e do local de trabalho e uma boa abordagem sobre as condições de emprego, bem como a visão geral de outros possíveis fatores de risco (MENDES, 2013).

Para melhor compreender as diferentes formas de adoecimento do trabalhador, o professor Richard Schilling propôs uma classificação segundo a relação direta ou indireta da doença com o trabalho. De acordo com a sua classificação as doenças que têm o trabalho como causa necessária, ou seja, as “doenças profissionais”, fazem parte do grupo 1, como a silicose. Já aquelas que tem o trabalho como fator contributivo, mas não necessário, são do grupo 2, como as doenças cardiovasculares. E, por fim, o grupo 3 compreende as doenças cujo trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida, a exemplo da asma e das dermatites (SHILLING, 1984).

3.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOCENTE

Neste capítulo serão abordadas as características do trabalho do professor, que podem se constituir fatores de risco ocupacionais, bem como os principais agravos que acometem os docentes, já evidenciados na literatura.

As modificações no mundo do trabalho também repercutiram na educação. Com o modelo econômico vigente, e conseqüente introdução de novas tecnologias, os docentes encontram mudanças constantes na organização do seu trabalho, maiores cargas laborais, além de forte pressão por requalificação e aperfeiçoamento, que muitas vezes são realizadas por recursos próprios do professor e representa aumento de jornada de trabalho sem reconhecimento e remuneração (CRUZ; LEMOS, 2005; FONTANA; PINHEIRO, 2010).

Além disso, observa-se a crença da desvalorização social do docente, depreciação da sua atividade, sobrecarga de trabalho, baixos salários e condições de trabalho cada vez mais precárias (CRUZ; LEMOS, 2005). Em vista disso, as circunstâncias nas quais os professores desenvolvem seu trabalho podem gerar sobre-esforço e hipersolicitação de funções psicofisiológicas (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005). Por conseqüência, a saúde do professor pode ser afetada, tendo o trabalho como causa potencial de adoecimento ou intensificadora de doenças preexistentes (CRUZ; LEMOS, 2005).

Conforme o art. 13º da Lei de Diretrizes e Bases LDB, nº 9.394 de 20 de Dezembro de 1996 (BRASIL, 2016), é função do docente:

Participar da elaboração da proposta pedagógica do estabelecimento de ensino; elaborar e cumprir plano de trabalho, segundo a proposta pedagógica do estabelecimento de ensino; zelar pela aprendizagem dos alunos; estabelecer estratégias de recuperação para os alunos de menor rendimento; ministrar os dias letivos e horas-aula estabelecidos, além de participar integralmente dos períodos dedicados ao planejamento, à avaliação e ao desenvolvimento profissional e colaborar com as atividades de articulação da escola com as famílias e a comunidade (BRASIL, 2016, p.10).

Percebe-se, a partir do que preconiza a lei supracitada, que além de ministrar aulas, o trabalho docente perpassa por todo processo de aprendizagem do aluno, o que exige grande responsabilidade, além de extensão de carga horária para o cumprimento das diversas obrigações, alto nível de concentração e dedicação.

Devido às elevadas exigências e responsabilidades, o trabalho docente é marcado por níveis crescentes de estresse, absenteísmo e esgotamento profissional (OIT, 2001). Além da exposição ao risco relacionado à sobrecarga de trabalho, os professores também são expostos

a riscos ocupacionais, sejam eles físicos, químicos, ergonômicos e biológicos (OIT, 2001). Tais riscos podem ser evidenciados no desconforto nas salas de aula, por exemplo, ambientes quentes, iluminação precária, presença de ruído, excesso de umidade, presença de pó de giz, ácaros, fungos e bactérias, etc (BATISTA et al., 2010).

Batista e outros (2010) realizaram um estudo de mensuração das condições ambientais e dos discursos dos professores de três regiões de ensino da prefeitura municipal de João Pessoa e verificaram elevadas temperaturas, ruídos acima do limite, e apenas uma das escolas estava com iluminação considerada confortável. Tais achados são confirmados pelos discursos dos professores participantes que reclamaram do desconforto do seu ambiente de trabalho (BATISTA et al., 2010). No estudo realizado por Gasparini, Barreto e Assunção (2006) com professores do ensino fundamental de Belo Horizonte também encontraram resultados similares quanto às más condições do ambiente de trabalho no que tange ao ruído elevado, ventilação e iluminação precária, e condições ruins das paredes das salas de aula (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006).

Em relação ao perfil de adoecimento do professor, algumas pesquisas já evidenciaram como importantes problemas de saúde do professor os transtornos mentais, distúrbios musculoesqueléticos e saúde vocal, mais especificamente, a síndrome de Burnout, a dor musculoesquelética e a disfonia (SILVERIO, et al., 2008; CARDOSO, et al., 2009; MENEZES, et al., 2017).

Em estudo realizado com professores do ensino fundamental da rede municipal de Belo Horizonte, verificou-se uma prevalência de transtornos mentais de 50,3%, estando estatisticamente associados a episódio de agressão externa mais de uma vez (OR= 1,52; IC 95%: 1,07-2,14), possibilidade de ser criativo no trabalho (OR= 0,36; IC95%: 0,19-0,67), iluminação precária da sala de aula (OR=1,72; IC95%: 1,15-2,56), ruído elevado na escola fora da sala de aula (OR=1,77; IC95%: 1,26-2,50) e dentro da sala de aula (OR=2,24; IC95%: 1,62-3,11) (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006).

Problemas de ordem psíquica também foi encontrado em professores da rede municipal de ensino, em Vitória da Conquista, Bahia, no ano de 2001, identificando uma elevada prevalência de cansaço mental (70,1%) e nervosismo (49,2%) (REIS, et al., 2006), além de 55,9% de transtornos mentais comum (REIS et al., 2005). Estudo recente, com professores do ensino fundamental e médio da rede pública do Paraná, identificou prevalência de 75% de transtornos mentais comum, 44% de depressão e 70% de ansiedade em dos entrevistados, havendo associação estatisticamente significativa ($p < 0,005$) destes sintomas

com o sexo feminino, presença de comorbidades, o fato de levarem trabalho para casa e de trabalharem com o ensino fundamental (TOSTE, et al., 2018).

Entendem-se os resultados apresentados quando se analisa as características do trabalho docente, uma vez que além da perspectiva das condições físicas do trabalho, o professor é imbuído pelo desenvolvimento de diversas atividades, e conseqüentemente, o seu trabalho extrapola os limites do tempo e do espaço na escola (VIEIRA; OLIVEIRA, 2013). O que ocorre é a extensão das suas jornadas de trabalho, invadindo seus horários livres, bem como suas atividades domésticas. Tais situações geram sobrecarga física e psíquica do professor, repercutindo em sinais e sintomas como fadiga, distúrbios do sono que não é reparador, irritabilidade, ansiedade e estresse, tornando-os propensos a doenças mentais (GOMES; BRITO, 2006; MEIRA et al., 2013).

Outro problema da saúde do professor consiste nos distúrbios de voz. Tendo em vista a característica do trabalho docente, a voz é um instrumento importante para o exercício da profissão (BATISTA, et al., 2010). Diante disso, em comparação com outras categorias, são os professores os mais expostos ao adoecimento por distúrbios vocais (BEHLAU et al., 2012).

Araújo e Carvalho (2009) analisaram oito estudos realizados durante dez anos em três municípios da Bahia: Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista com professores de todos os níveis de ensino: pré - escola, ensino fundamental, médio e universitário. Identificaram uma prevalência 21,7% de incapacidade vocal entre professores da educação infantil e ensino fundamental de Salvador, 25,4% de disfonia e 55,1% de alteração vocal entre professores do ensino fundamental e médio do mesmo local (ARAÚJO; CARVALHO, 2009). Outro estudo também realizado em Salvador, com professores da rede pública municipal de ensino elementar e fundamental, em 2006, identificou 18,9% de patologias das pregas vocais (SOUZA et al., 2011). Entre agosto de 2012 e junho de 2013, em Londrina, Paraná, de um total de 967 professores estudados, do ensino fundamental e médio da rede estadual, 25,7% referiram problemas com a voz sempre ou frequentemente e 74,3% referiram estes problemas às vezes, raramente ou nunca (FILLIS et al., 2016).

Muitos desses problemas vocais podem estar relacionados às condições nas quais o professor exerce seu trabalho. O mau uso da voz, por exemplo, gritando, devido ao ambiente ruidoso ou número elevados de alunos na sala, atrelado ao excesso de sua utilização, decorrente das longas jornadas de trabalho, carga horária exaustiva, podem trazer prejuízos, como a disfonia (BATISTA, et al., 2010). Além disso, intensificam-se os problemas vocais pelo mau uso da voz dentro e fora do ambiente escolar, bem como a deficiência ou ausência no treinamento vocal (NEVES; SILVA, 2006).

No que concerne às doenças musculoesqueléticas, os professores dispõem de esforço mental para exigências cognitivas do trabalho e o esforço físico para realizar suas atividades em sala de aula, como transporte de pesos, no caso de professores da educação infantil, pegar crianças no colo, adoção de posturas inadequadas, movimentação repetitiva e escrita em diários e em quadros com elevação de membros superiores por longos períodos, esforços estes que demandam considerável gasto energético e calórico para o professor (CRUZ; LEMOS, 2005). Como consequência dessa sobrecarga a que estão expostos, os professores podem apresentar incapacidades temporárias em decorrência de lesões osteomusculares ou desenvolverem síndromes dolorosas crônicas evoluindo para incapacidade funcional. (CRUZ; LEMOS, 2005).

Nesse sentido, as doenças osteomusculares são consideradas de alta prevalência entre os professores o que pode ser evidenciado no estudo realizado por Branco e outros (2011), em Pelotas, no ano de 2009, com professores do ensino fundamental de escolas públicas, no qual identificaram que 89,7% dos participantes referiram algum sintoma nos últimos 12 meses, sendo referentes à coluna dorsal (54,1%), pescoço (50,9%) e coluna lombar (49,1%). Tais sintomas impossibilitaram 36,6% dos professores de exercer suas atividades normais. Além disso, condição ergonômica do local de trabalho foi considerada ruim pelos professores (BRANCO et al., 2011). Outro estudo que também confirma a elevada prevalência desse evento em professores foi o realizado em Martinhos, no Paraná, em 2008, com professores do ensino fundamental do município, no qual se obteve uma prevalência de 95,2% de sintomas osteomusculares, sendo as áreas mais atingidas: região lombar (51,5%), região dorsal (49,2%), ombro (49,2%) e pescoço (47,6%) (MANGO, et al., 2012).

Percebe-se, dessa forma, que as condições de trabalho do professor necessitam ser vistas como possíveis fatores de risco para o adoecimento docente. Assim, são necessárias cada vez mais pesquisas que investiguem a realidade do trabalho do professor, para que, com o fito de promover saúde, as condições inadequadas e passíveis de danos possam ser modificadas e até mesmo banidas.

3.3 O ADOECIMENTO PSÍQUICO ENTRE PROFESSORES

O presente capítulo pretende discutir como o trabalho pode se tornar um potente causador de alterações psíquicas, como depressão. Traz à tona a escassez de estudos que mostram a prevalência de transtornos depressivos e seus fatores associados em trabalhadores da educação infantil.

A depressão é um acometimento recorrente e de natureza incapacitante que se caracteriza por humor deprimido e perda de prazer ou interesse em atividades cotidianas (BROMET, 2011; IRONS, 2018), além de vários outros sintomas e manifestações que lhe confere a característica de um transtorno altamente heterogêneo (IRONS, 2018). Para a abordagem diagnóstica da depressão são internacionalmente utilizadas duas referências, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) publicado pela Associação de Psiquiatria, que se encontra atualmente, em sua 5ª edição (APA, 2013) e a décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), desenvolvida pela OMS (OMS, 2008).

Assim, tais referências trazem os critérios para que se possa identificar o transtorno depressivo. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2013), os nove sintomas potenciais que ocorrem na depressão são: humor deprimido, perda do interesse ou prazer em todas ou na maioria das atividades, perda ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia todos os dias, retardo ou agitação psicomotora, redução ou perda energética na maioria dos dias, sentimento de culpa inapropriada ou desvalorização pessoal na maior parte dos dias, redução da capacidade de concentração ou tomada de decisão e pensamentos de morte ou ideias suicidas (APA, 2013). Considera-se depressão maior a presença de humor deprimido e perda de prazer ou interesse em atividades cotidianas por pelo menos duas semanas, acompanhado de ao menos quatro sintomas citados. Tais sintomas devem ter surgido recentemente ou ter piorado claramente em comparação ao estado anterior ao episódio. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, em quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas e causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos na vida do indivíduo. Além disso, eles não devem ter sido causados pelo luto, abuso de substâncias ou por uma condição clínica (APA, 2013).

Em relação à gravidade dos sintomas, a Classificação Internacional das Doenças (CID10) a classifica em leve, moderada ou grave. Considera-se depressão leve a presença de sintomas depressivos que não impedem o indivíduo de realizar a maior parte de suas atividades. Na depressão moderada o indivíduo já apresenta dificuldade em desempenhar as

tarefas diárias. Os episódios depressivos graves se apresentam com sintomas fortes de angústia, geralmente, acompanhada de alteração do apetite e peso, distúrbios do sono, perda de energia, ideias e atos suicidas, associados ou não a sintomas psicóticos (OMS, 2008).

Diversos instrumentos de triagem para detecção de depressão na população já foram desenvolvidos, como: *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref), *Mental Health Index 5* (MHI-5), *Centers for Epidemiologic Studies – Depression* (CES-D), contudo, o mais utilizado deles o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) da Associação Psiquiátrica Americana (APA).

O *Patient Health Questionnaire* (PHQ) é um instrumento diagnóstico baseado em critérios de transtornos depressivos e outros transtornos mentais comumente encontrados na atenção primária (SPITZER et al, 2000). Trata-se de um instrumento de aplicação por autopreenchimento ou por entrevista, tendo as duas formas, semelhante desempenho (KROENKE et al., 2010). Ele é uma versão auto administrada do *Primary Care Evaluation of Mental Disorders – PRIME-MD*, instrumento de avaliação e administração clínica, para o diagnóstico de transtornos específicos com base nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Terceira Edição (DSM-III-R) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quarta Edição (DSM-IV) (SPITZER et al., 1994).

O PHQ é composto por blocos de questões que avaliam cinco categorias de transtornos mentais: somáticos, ansiedade, depressão, sintomatologia relacionada ao álcool e hábitos alimentares. O primeiro bloco possui 13 questões que avaliam o transtorno de sintomas somáticos e nove itens que avaliam a gravidade dos sintomas depressivos e o transtorno depressivo maior. O segundo bloco compreende 21 itens para o diagnóstico de transtorno do pânico e outros transtornos de ansiedade. E por fim, cinco questões da sintomatologia relacionada ao álcool, e sete para transtornos alimentares. (KROENKE, SPITZER, WILLIAMS, 2001).

O PHQ -9 é composto por 9 itens (a - i) que avaliam os sintomas depressivos: humor deprimido, anedonia, problemas com o sono, falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos de ferir-se ou suicidar-se. Tais itens avaliam a frequência dos sintomas nos últimos 15 dias por meio de uma escala Likert de 0 a 3 para as categorias de respostas “nenhuma vez”(0), “vários dias”(1), “mais de metade dos dias”(2) e “quase todos os dias”(3). As respostas aos itens avaliados possuem escores que variam entre 0 e 27 pontos, onde os níveis de severidade dos sintomas depressivos são avaliados por meio dos pontos de corte: 0 -

4: ausência, 5 - 9: leve, 10 - 14: moderada, 15 - 19: moderada severa e superior a 20, severa. Além da avaliação dos níveis de sintomas depressivos o instrumento pode ser utilizado no rastreio e identificação dos casos de depressão maior. Para isso pode-se aplicar o método algoritmo, considerando casos de depressão maior: se cinco ou mais dos nove sintomas depressivos estiverem presentes pelo menos "mais da metade dos dias" nas últimas duas semanas, sendo um dos sintomas humor deprimido ou anedonia. O ítem nove ("pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto") conta, se presente, independentemente da duração (KROENKE, SPITZER, WILLIAMS, 2001).

O rastreamento dos sintomas de depressão maior é comumente realizado usando como critério o escore maior ou igual a 10 da soma dos itens, tendo em vista que estudos de validação identificaram melhores medidas psicométrica quando comparado ao método algoritmo (KROENKE, SPITZER, WILLIAMS, 2001; GJERDINGEN. et al., 2009; MANEA; GILBODY; MCMILLAN, 2015).

Atualmente, a depressão maior é a principal causa de incapacidade, no mundo e se situa entre as doenças com maior carga global (OMS, 2018). Torna-se onerosa para a sociedade tendo em vista a sua incidência na população economicamente ativa (OMS, 2002). No âmbito do trabalho, tal problema tem interferido no desempenho, com diminuição da produtividade, afastamentos e sérias consequências na saúde mental dos trabalhadores (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2012). A exposição a fatores estressantes é comumente encontrada em processos laborais. O estresse é gerado como sinal de alerta do organismo em meio a situações diversas, podendo direcionar a um adoecimento mental, quando há exposição em longo prazo (VIEIRA et al, 2010).

No Brasil, os transtornos mentais são uma das principais causas de afastamento, estando atrás apenas das causas externas (lesões, envenenamentos), doenças musculares e as neurológicas. O Ministério da Previdência e Assistência Social trouxe, em 1999, doze categorias de transtornos mentais na lista de doenças profissionais e relacionadas ao trabalho, incluindo em grande maioria dos transtornos aqueles relacionados aos sintomas depressivos (BATISTA et al., 2016).

Para a definição do trabalho como causador e/ou fator intensificador da depressão e dos demais transtornos mentais, exige-se uma avaliação criteriosa do contexto no qual o indivíduo está inserido, sua história de vida e as características do seu trabalho (BATISTA et al., 2016). Dessa forma, o adoecimento psíquico em trabalhadores pode ser entendido ao analisar as características do trabalho: extensas jornadas, sobrecarga de tarefas, excesso de

responsabilidades, alta demanda de atividades a serem realizadas em tempo reduzido, trabalhos repetitivos e monótono, dentre outras características (BÁRBARO et al., 2009).

Estudos internacionais já identificaram que os profissionais do ensino, quando comparados a outras categorias profissionais apresentam elevada prevalência de estresse (JONHSON, 2005), transtornos mentais comuns (STANSFELD et al., 2011) e depressão (WIECLAW et al., 2006). No que tange ao trabalho docente na educação infantil, além das exposições supracitadas, o peso da desvalorização profissional somado a sobrecarga de responsabilidade decorrente da ausência de demarcação entre as atividades de mulher, mãe e educadora (MARTINS et al., 2014), as exigências cada vez maiores de um atendimento de qualidade por parte dos pais e da sociedade, atrelado às condições precárias de trabalho são fatores contribuintes para o desgaste mental e estresse em professora de educação infantil (PASCHOAL; MACHADO, 2009; MARTINS et al., 2014; EUGÊNIO; SOUZA; LAURO, 2017), aliado ao fato de que muitas vezes as famílias delegam a escola, a responsabilidade total da educação da criança, em vista de uma educação doméstica carente.

Em estudo realizado na Pensilvânia, em 2012, com trabalhadores da educação infantil, sendo 550 professores e 451 auxiliares, identificou uma prevalência similar de depressão entre eles de 24%, estando associada ($p < 0,001$) ao maior estresse no trabalho (maior demanda), menor controle e menor suporte (WHITAKER; WESLEY; GOOZE, 2015). Outra pesquisa realizada no sudoeste da Inglaterra com professores de escolas secundárias encontrou uma prevalência de 19,4% de depressão moderada a grave, estando associada ao sexo feminino (OR= 3,35; IC95% 1,86-6,04), insatisfação com o trabalho (OR=2,44; IC95% 1,42-4,19), ausência de doença (OR=2,14; IC95% 1,24-3,67), incapacidade em externar o estresse com os colegas (OR=2,48; IC 95% 1,40-4,39), elevado presenteísmo (60% ou mais) (OR= 3,31; IC95% 1,70-6,45) e baixa frequência dos estudantes nas aulas (OR= 1,93; IC95% 1,06-3,49) (KIDGER et al., 2016).

No Brasil, os estudos que procuram conhecer o estado de saúde mental dos docentes trazem à tona a precarização do seu trabalho (BATISTA et al., 2016). Em estudo qualitativo realizado por Neves e Silva (2006) com professoras da primeira fase do ensino fundamental do município de João Pessoa – PB obtiveram que fatores como relações hierárquicas abusivas, longa e exaustiva jornada de trabalho, dificuldade no controle de turma, os baixos salários e falta de reconhecimento social do trabalho, foram relatados pelas professoras como relacionados a potencialização do seu sofrimento psíquico representado por desânimo, ansiedade, esgotamento, frustração e depressão.

Da mesma forma, Martins e outros (2014) estudaram as características do trabalho das professoras de educação infantil, em Pelotas, no ano de 2012 e verificaram que 36,2% das entrevistadas trabalhavam em um ritmo acelerado, 90% considerou que seu ofício requer que trabalhe muito, 35,5% apresentaram excessivo volume de trabalho e 68,4% trabalhavam com demandas conflituosas provocadas por outros colegas (MARTINS et al., 2014). Silva e Silva (2013) também realizaram um estudo com professores de educação infantil pré - escolares da rede municipal e estadual de Pelotas, em 2010 e identificaram uma prevalência de 17,8% de transtornos mental comum (SILVA; SILVA,2013).

Ainda nesse contexto, a OIT (1991) afirma que os sintomas mais comumente encontrados entre os professores são o sentimento de esgotamento, frustração e de tensão. Em estudo realizado por Silveira, Enumo e Batista (2014), em 2001, com 21 professores que atuavam em classes de ensino multisseriado (o professor trabalha com alunos de várias séries escolares ao mesmo tempo e em um mesmo ambiente) no interior do Espírito Santo, avaliou-se o nível de estresse no trabalho docente. Foi possível perceber que, no geral, o trabalho em sala de aula foi considerado mais estressante do que o contexto externo, tendo 57,1% dos professores apresentado sintomas significantes de estresse físico e/ou psicológico (SILVEIRA; ENUMO; BATISTA, 2014).

Em Vitória da Conquista, Bahia, uma pesquisa com professores da rede municipal de ensino, em 2001, identificou uma prevalência de 55,9% de transtorno mental comum, estando associados à alta demanda (RP = 1,39; IC95%: 1,21-1,59), baixo controle (RP = 1,22; IC95%: 1,06-1,41) e baixo suporte social (RP = 1,27; IC95%: 1,13-1,44) (REIS et al., 2005). Em outro estudo que avaliou a saúde mental em professores universitários, na Paraíba, houve prevalência de 24,4% e 3,7% de depressão maior e episódio hipomaníaco no passado, respectivamente. Os resultados do estudo apontaram prevalência de 5,2% de transtorno de pânico atual e na vida inteira, 24,8% de ansiedade geral e 27,6% de transtorno misto de ansiedade e depressão (COÊLHO, SOUZA COÊLHO, 2016).

Conclui-se, a partir dos estudos citados, que existe uma associação entre as características e estruturação do trabalho docente e o adoecimento psíquico dos professores. Contudo, percebe-se que ainda são poucos os estudos que investigam os fatores de exposição relacionados ao trabalho e depressão em trabalhadores da educação infantil. Verifica-se que essa categoria profissional ainda sofre da desvalorização social e cultural, refletida na sua invisibilidade.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo faz parte da pesquisa “Trabalho docente e saúde dos professores na educação infantil: estudo piloto”, sob coordenação do Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (NEPI-UEFS), em parceria com o Programa de Pós graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia (PPGSAT-UFBA).

Trata-se de um estudo transversal, censitário realizado no município de Feira de Santana, (BA). Considerada a segunda maior cidade do Estado da Bahia e a 32º do Brasil, Feira de Santana localizada a 108 km da cidade de Salvador, capital do Estado, na região da zona de planície entre o Recôncavo e os tabuleiros semiáridos do nordeste baiano. De acordo com o último censo, realizado em 2010, possui 556.642, habitantes, com estimativa de 627.477, em 2017, com 21,2% de pessoas ocupadas em relação à população total (IBGE, 2017). De acordo com os dados informados pela Secretaria Municipal de Educação (SEDUC) no município existem 100 escolas com educação infantil. Contudo, para esse estudo, foram selecionadas apenas aquelas que, exclusivamente, possuíam turmas do berçário até o grupo 5. Considerando tal critério de inclusão, o campo de estudo foi representado por 23 Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) e creches alocadas nos bairros: Novo Horizonte, Feira IV, Tomba, Papagaio, Conceição II, Muchila, Santo Antônio, SIM, Brasília, Mangabeira, Viveiros, Distrito Maria Quitéria, Campo do gado, Rua nova, Jardim acácia, Baraúnas, Nova esperança e Pedra do descanso.

Para a definição da população de estudo, a priori, realizou-se um levantamento do quantitativo de professores e auxiliares de classe, por meio da relação disponibilizada pela Secretaria Municipal de Educação. Foi identificado um total de 220 professores e 260 auxiliares de classe. Entende-se por auxiliares de classe os estagiários (as) e as cuidadoras que são funcionárias contratadas temporariamente sem vínculo com a escola e os professores aqueles com ensino superior completo.

Os dados foram coletados empregando-se um questionário, com base na revisão da literatura sobre condições de saúde e trabalho dos professores da educação infantil e testado em estudo piloto, constituído pelos seguintes blocos: características sócio demográficas, características da atividade docente, do ambiente de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, atividades domésticas e hábitos de vida, aspectos relacionados à saúde, avaliação da saúde mental, aspectos relacionados ao uso de medicamentos, avaliação da saúde vocal do professor e atos de violência (APÊNDICE). Para esse estudo foram utilizados os blocos:

características sociodemográficas, características da atividade docente, característica do ambiente de trabalho/Atividades, hábitos de vida, aspectos relacionados à saúde, atos de violência, questionário de saúde da pessoa (PHQ).

O questionário foi testado em estudo piloto com 40 professores de escolas particulares, em Salvador, como forma de conhecer a aplicabilidade do questionário no que se refere à compreensão das questões e tempo de preenchimento. A coleta ocorreu entre outubro e dezembro de 2018 e foi desenvolvida da seguinte forma: após autorização do início da coleta, a SEDUC enviou e-mail para todas as escolas selecionadas, informando sobre a pesquisa. Em cada escola, foram realizadas reuniões que duravam em torno de 10 minutos com a coordenação, após os professores, enquanto os auxiliares estavam na sala com os alunos, e por fim, com os auxiliares quando os professores retornavam às salas. Nessas reuniões, a pesquisadora apresentou os objetivos e a justificativa da pesquisa, bem como as instruções para o preenchimento do questionário.

O questionário foi autopreenchido, e por entrevista para aqueles participantes que sinalizaram dificuldades no autopreenchimento. Devido à dinâmica de trabalho das escolas, em apenas três escolas os questionários foram aplicados no mesmo dia das reuniões. Nas demais, foram entregues para cada participante e no prazo de uma semana retornou-se a escola para o recolhimento. As escolas foram revisitadas por até sete vezes para o recolhimento dos questionários.

A variável desfecho desse estudo foi os sintomas da depressão maior (triagem positiva). Para a sua avaliação foi utilizado o PHQ-9, já validado no Brasil, (SANTOS, et al., 2013), composto por nove itens (a - i) que avaliam os sintomas depressivos: humor deprimido, anedonia, problemas com o sono, falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos de ferir-se ou suicidar-se. Tais itens avaliam a frequência dos sintomas nos últimos 15 dias por meio de uma escala Likert de 0 a 3 para as categorias de respostas “nenhuma vez”(0), “vários dias”(1), “mais de metade dos dias”(2) e “quase todos os dias”(3). As respostas aos itens avaliados possuem escores que variam entre 0 e 27 pontos, onde os níveis de severidade dos sintomas depressivos são avaliados por meio dos pontos de corte: 0 - 4: ausência, 5 - 9: leves, 10 - 14: moderados, 15 - 19: moderados severos e superior a 20, severos (KROENK, SPITZER, WILLIAMS, 2001).

Utilizou-se neste estudo o ponto de corte maior ou igual a 10 no somatório dos itens do PHQ-9 para o rastreamento dos sintomas de depressão maior, categorizada da seguinte forma: sem sintomas da depressão maior (escore de 0 a 9), com sintomas da depressão maior

(escore maior igual a 10). No estudo de validação na população geral brasileira o PHQ-9 apresentou especificidade de 72,5% (IC 95%: 61,5% a 89,2%); e especificidade de 88,9% (IC 95%: 83,0% a 89,9%) para avaliação por ponto de corte maior ou igual a 10 e, sensibilidade de 42,5% (IC 95%: 27,0 a 59,1) e especificidade 95,3% (IC95%: 92,8 a 97,2); usando o método algoritmo (SANTOS et al., 2013). Dessa forma, optou-se por usar o rastreamento dos sintomas da depressão maior pelo critério de ponto de corte maior igual a 10, tendo em vista que um teste de rastreamento deve ter boa sensibilidade, buscando identificar a maior quantidade possível de pessoas que necessitam cuidar do problema de saúde em questão. Assim, o método algoritmo se mostra menos indicado para rastreamento, uma vez que por causa da sua baixa sensibilidade teve falha ao identificar corretamente indivíduos em risco para depressão maior (SANTOS et al., 2013).

As variáveis descritoras selecionadas para esse estudo foram: características sociodemográficas: idade (até 32 anos/ acima de 32 anos), sexo (feminino, masculino), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), presença de filhos (sim, não), nível de escolaridade (fundamental incompleto/completo, médio/magistério incompleto/completo, superior incompleto/ em curso, superior completo, pós graduação), cor da pele (negro/não negro), renda (até um salário mínimo/ mais de um salário mínimo). Características da atividade docente: tempo de formação (até 10 anos/ acima de 10 anos), tempo de trabalho na educação infantil (até três anos/ três anos ou mais), tempo de trabalho na escola (até três anos/ acima de três anos) direitos trabalhistas: férias, 13º salário, adicional de férias, auxílio transporte, auxílio alimentação (sim/não), trabalho em outra escola (sim/não), média do número de alunos por turmas que ensina (até 15 alunos/ mais de 15 alunos), carga horária semanal (até 20 horas/ acima de 20 horas), realização de atividades extraclasse (sim, não); Característica do ambiente de trabalho/Atividades: presença de ruído (sim/não), umidade (sim/não), ventilação das salas de aula (sim/não), troca de fralda dos alunos (sim/não), banho nos alunos(sim/não), contato com substâncias químicas em sala de aula (sim/não), realiza limpeza da sala de aula (sim/não). Hábitos de vida: Atividade de lazer (sim/não), atividade física (sim/não), tabagismo (sim/não), etilismo (sim/não). Aspectos relacionados à saúde: avaliação do estado de saúde (muito bom/bom, regular, ruim/muito ruim). Atos de violência: ocorrência de violência na escola (sim, não). Questionário de saúde da pessoa (PHQ): Bloco 2 (PHQ-9).

Realizou-se análise descritiva por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas da variável desfecho e cada uma das descritoras. Após, foi realizada a análise bivariada por meio da estimativa das razões de prevalência e seus respectivos intervalos de

confiança a 95%, a fim de selecionar as variáveis para a modelagem. Para a seleção das variáveis foi aplicado o teste Chi-quadrado de Pearson, sendo incluídas no modelo as variáveis associadas estatisticamente ao nível de significância de 20% ($p < 0,20$).

As variáveis descritoras incluídas no modelo da análise multivariada por regressão logística não condicional foram: ter filhos, ter filhos menores de cinco anos, faixa etária, cor da pele, escolaridade, trabalhar em outra escola, carga horária semanal, realização de atividade extra, ruído, ventilação das salas, prática de atividade de lazer, etilismo, satisfação com o trabalho, uso de remédio para estresse, ansiedade ou depressão, autoavaliação do estado de saúde.

Foi realizada a conversão de OR em RP pelo método de Variância Robusta de Poisson. Para considerar a associação estatisticamente significativa na análise multivariada, empregou-se nível de significância de 5%. Os dados foram digitados no programa estatístico “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS) for Windows, versão 20.0 e a análise realizada no STATA 10.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, nº 2.217.508, CAAE 71212117.5.0000.5577 e todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados em formato de artigos científicos.

5.1 Artigo 1

CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: implicações na saúde das professoras

CHARACTERISTICS OF WORK IN CHILD EDUCATION: implications on the health of female teachers

Regina de Souza Moreira, Tânia Maria de Araújo, Jorgana Fernanda de Souza Soares

RESUMO

A falta de valorização docente da educação infantil, estreitamente relacionada à histórica idealização do papel da mulher no cuidado de crianças, juntamente com as precárias condições de trabalho, podem ser geradores de desgaste na saúde física e mental das professoras. Este artigo tem o objetivo de apresentar os aspectos históricos e políticos que configuram a educação infantil no Brasil, abordando criticamente a influência de tais aspectos na atuação docente no ensino de crianças. Da mesma forma, abre a discussão sobre as implicações das características do trabalho, na saúde das professoras da educação infantil. Nessa perspectiva, traz à tona a necessidade de valorização e visibilidade do trabalho neste nível de ensino.

Palavras chave: Saúde do Trabalhador, Educação infantil, Professor do ensino infantil.

Keys word: Occupational health, enfermedad, crianza del niño, maestros

Palabras claves: Salud laboral, disease, child rearing, school teachers

INTRODUÇÃO

A evolução da educação das crianças acompanhou os avanços históricos que ocorreram na sociedade ao longo do tempo. Foram necessários anos de lutas para que as crianças fossem reconhecidas como detentoras de direitos e somente após a Constituição Federal de 1988, a educação infantil passou a ser legalmente instituída (Guimarães, 2017).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9394/96 foi essencial para esse reconhecimento das crianças como seres humanos em formação e permitiu que pudessem ter acesso à educação formal, no Brasil. Por meio da lei, a educação infantil foi considerada como primeira etapa da educação básica que tem por finalidade o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade, abrangendo seus aspectos físico, psicológicos, intelectual e social, de forma a complementar as ações da família e da comunidade. De acordo com o artigo nº 30 da LDB, a educação infantil deverá ser oferecida em creches, ou entidades equivalentes, para crianças de até três anos de idade e em pré-escolas, para as crianças de quatro a seis anos de idade (Brasil, 1996).

Em toda a história da educação de crianças o papel da mulher foi fortemente pensado como ideal, sendo o dom da maternidade defendida por muitos autores como forma de justificar a predominância feminina na educação infantil. Uma análise retrospectiva desse nível de ensino pode ratificar essa ideia, quando se constata que foram as mulheres as primeiras cuidadoras e educadoras das crianças na história. Contudo, a importância da profissionalização não era entendida, uma vez que o pensamento antigo girava em torno do saber nato da mulher, mostrando, dessa forma, como a ideia do mito da maternidade acompanhou anos da história da educação das crianças (Arce, 2001; Santana, 2012).

Com a percepção de que o cuidar e o educar são indissociáveis, é necessário que as professoras detenham conhecimento das mais variadas áreas do saber para atender as crianças, cuidando e ensinando-as adequadamente. Assim, a LDB preconiza que os professores da educação infantil tenham formação em cursos de nível superior como requisito básico para a sua atuação (Brasil, 1996). Dessa forma, as modificações e avanços na educação infantil alteraram a visão do professor nesse nível de ensino, elevando os níveis de exigência e atribuições docentes (Silva, 2016).

Contudo, em se tratando de uma sociedade na qual o preconceito contra a mulher ainda tem força, a profissional da educação infantil sofre pela desvalorização e invisibilidade. Atrelada a esse problema, estão as más condições de trabalho, os baixos salários, a sobrecarga de funções (Alvarenga, 2012; Silva, 2016), a dupla jornada, quando se considera que além do

trabalho nas escolas, elas possuem as atividades domésticas de cuidado da casa e dos filhos (Zibetti e Pereira, 2010).

Tal contexto revela riscos para o desgaste da saúde dessas profissionais, que quando expostas podem causar adoecimento físico e/ou mental. Nesse sentido, o presente estudo visa apresentar elementos históricos do trabalho na educação infantil, caracterizá-lo e abrir a discussão sobre as conseqüentes implicações na saúde docente. Assim, estrutura-se em duas partes, a primeira versa sobre o contexto histórico de formação da educação infantil no Brasil e os aparatos legais que embasam a educação básica das crianças, e a segunda discute o papel da mulher, a sua formação e as repercussões das características e condições de trabalho na saúde da professora da educação infantil.

Breve histórico da Educação Infantil no Brasil

As transformações que ocorreram no mundo com os avanços da indústria repercutiram na estrutura social, modificando a forma de organização familiar, uma vez que com o aumento do número de fábricas, as mulheres foram inseridas no mercado de trabalho e o cuidado com os filhos deixou de ser a sua atividade social única, alterando a conformação da educação das crianças, tendo em vista a necessidade das mães trabalharem. Nesse contexto, mulheres que optaram por não trabalhar fora de casa, por vez, comercializavam serviços de cuidados aos filhos das mães operárias, eram as chamadas “mães mercenárias” (Paschoal e Machado, 2009). Ao longo do tempo foram surgindo novas formas de atendimento às crianças com um pouco mais de formalidade, realizado por mulheres da comunidade e também por serviços filantrópicos, nos quais a própria população acolhia, cuidava e transmitia bons hábitos aos infantes. Tal forma de cuidado foi introduzida em vista dos maus tratos e a precariedade da assistência às crianças (Rizzo, 2003).

As instituições voltadas ao cuidado infantil que primeiro surgiram nos Estados Unidos e na Europa foram criadas ainda no final do século XVIII, com escopo de atender às crianças pobres filhas das trabalhadoras. Constituídas por creches, escolas maternais e jardim de infância tiveram caráter assistencialista e de custódia, onde era prestada assistência abrangendo a guarda, alimentação, cuidados físicos e de higiene (Paschoal e Machado, 2009). Entretanto, algumas já possuíam uma preocupação com o processo de aprendizagem, como por exemplo, a “Escola de Principiantes”, na França, a escola de “Robert Owen”, na Escócia e a “sala de asilo francesa” que desde o princípio foram baseadas na promoção de cuidados e educação moral e intelectual das crianças (Kuhlmann, 2001; Paschoal e Machado, 2009).

Na escola de principiantes ou “escola de tricotar”, criada por Oberlin em 1769, as crianças eram educadas a adquirir bons hábitos, costumes e valores, assimilar bases morais e religiosas, bem como eram ensinadas sobre as letras e reconhecimento de palavras e coisas (Kuhlmann Jr, 2001). A escola de Robert Owen, fundada em 1816, na Escócia, recebia crianças de 18 meses até adultos de 25 anos de idade, onde o raciocínio era estimulado e lhes eram transmitidas noções sobre a natureza e cultura, como dança e canto (Paschoal e Machado, 2009). A sala de asilo francesa “*Salles d’ asile*” foi idealizada pelo barão Gustavo de Gérando influenciado pelo método que conheceu na *Infant School*, na Inglaterra. Assim, o barão formou uma junta de colaboradores para instituir a sala de asilo, em 1837, a qual em 1881, passou a se chamar Escola Maternal (Lopez e Aller, 1970). Essa instituição além de abrigar e cuidar das crianças estimulava o desenvolvimento de bons sentimentos, base moral e a inteligência, e dessa forma, pretendia mitigar a exposição a situações de perigo as quais as crianças estavam propensas, retirando-as das ruas (Kuhlmann Jr, 2001).

Historicamente apresentada com um caráter exclusivamente pedagógico, o Jardim de Infância, criado por Froebel, em 1840, apresenta-se como uma instituição de ensino infantil de grande sucesso. Froebel pretendia, por meio dele, inovar a educação pré - escolar, introduzindo atividades pedagógicas para estimular habilidades e a inteligência das crianças. Dessa forma, atribui-se aos jardins de infância um caráter pedagógico e assistencial (Kuhlmann Jr e Barbosa, 1998). Além disso, a ideia dessa instituição versava, também, sobre modificações dentro do contexto familiar que repercutissem em melhor cuidado e assistência aos filhos (Paschoal e Machado, 2009).

A primeira creche foi criada por Eugène Marbeau, em 1844, que tinha o escopo de atender crianças até os três anos de idade. Essa forma de atendimento foi concebida, também, como instituição educacional, com ideias muito próximas às da escola maternal, pretendendo fornecer as devidas condições para o bom desenvolvimento infantil e, para muitos dos assistidos, constituía-se um ambiente mais agradável que a própria casa (Kuhlmann Jr, 2001). A partir da segunda metade do século XIX, as instituições de ensino infantil eram basicamente as creches e os jardins de infância, juntamente com modelos de ensino que foram criados nos diferentes países (Paschoal e Machado, 2009).

No Brasil, as primeiras formas de organização de instituições de educação infantil foram implantadas para acolher crianças órfãs abandonadas, aquelas cujas mães necessitavam trabalhar, filhos de viúvas desamparadas, além das rejeitadas pelos pais (Paschoal e Machado, 2009), reflexo da desvalorização da criança, vista como objeto desprovido de valor humano e que poderia ser descartado (Rizzo, 2003). Presente no Brasil desde a época colonial, o “Asilo

ou Roda dos Expostos/ Excluídos” se tratava de um sistema assistencial que acolhia crianças das classes menos favorecidas, recém-nascidas ilegítimas ou rejeitadas (Mello, 2001). Consistia em uma estrutura cilíndrica dividida em duas partes, uma interna e outra externa que ficava localizada na janela das instituições de acolhimento ou das Santas Casas de Misericórdia. As crianças eram abandonadas nos tabuleiros abertos, e ao girar a roda passava para o ambiente interno onde era acolhida (Paschoal e Machado, 2009). Somente com a abolição da escravatura, juntamente com a preocupação médica para com a infância é que foram instituídas normas de atendimento para crianças abandonadas e foi determinado o fim da “Roda de Expostos” no Brasil (Mello, 2001).

Com o aumento dos problemas que atingiam as crianças, como acidentes domésticos, desnutrição, violência e mortes, a sociedade começou a se solidarizar e se atentar a elas, fazendo com que surgissem instituições de cuidado infantil como as creches, instituídas por iniciativa filantrópica (Didonet, 2001). As creches, no Brasil, foram criadas com o escopo assistencialista, contrapondo-se ao caráter pedagógico que possuíam nos países europeus e norte – americanos, tendo apenas a função de prestar cuidados de saúde e higiene às crianças e dispendo de espaço físico para acolhê-las. Os jardins de infância foram criados porque alguns setores da sociedade acreditavam na sua importância no desenvolvimento infantil, tendo em vista seu caráter pedagógico (Paschoal e Machado, 2009).

As primeiras formas de organização e atenção das crianças brasileiras tiveram como impulso os aspectos jurídicos-policiais, médico-higienista e religioso tendo em vista a luta em defesa da infância moralmente abandonada e o combate à mortalidade infantil. Nesse panorama de atenção às crianças alguns órgãos começaram a ser instituídos, como o Instituto de Proteção à Infância, que se responsabilizava pela assistência às mães grávidas e o cuidado ao recém – nascido e o Departamento da Criança que fiscalizava o cuidado às crianças tanto nas instituições como com as mães voluntárias, visando evitar maus tratos e precariedade de assistência (Kuhlmann Jr, 1998).

Além disso, com o avanço da industrialização, elevou-se o quantitativo de mulheres no mercado de trabalho, e com a influência do movimento feminista no mundo, elas começaram a se manifestar em prol da ampliação das instituições de atenção a criança, que abrangesse em sua totalidade, independente da condição social, reivindicando como um direito da mulher trabalhadora (Paschoal e Machado, 2009). Então, foram criadas creches e escolas maternais para filhos dos operários, resultando em maior produtividade das trabalhadoras devido à satisfação das mulheres com o fato dos seus filhos serem assistidos (Oliveira, 1992). Nesse contexto, os benefícios alcançados demonstram que os interesses

capitalistas predominavam, giravam em torno da força de trabalho feminina, não no cuidado e educação da criança.

Na década de 1940, as creches tinham como prioridade à saúde, perpassando pelos cuidados com a alimentação, higiene e segurança das crianças, abstendo-se de atividades voltadas ao desenvolvimento intelectual e afetivo da criança (Martins et al., 2014). Já a partir da década de 1970, as lutas das mulheres culminaram em maior número de instituições geridas pelo poder público. Contudo, começaram a ganhar uma nova vertente, passando a ser vista como direito das trabalhadoras e meio de educação compensatória. Isso se deve a ideia de que o atendimento à criança fora do ambiente familiar poderia oferecer oportunidade para a superação de problemas sociais as quais estavam expostas (Paschoal e Machado, 2009), uma vez que as menos favorecidas provenientes de um contexto sócio economicamente precário poderiam ter suas privações compensadas por meio da educação (Kramer, 1995). Assim, percebeu-se que a educação poderia ser um meio de mudanças sociais (Kramer, 1995), e então se iniciou um processo de regulamentação da educação infantil no Brasil, por meio da luta dos diversos setores da sociedade em prol dos direitos educacionais da criança (Paschoal e Machado, 2009).

Contudo, anos de luta foram necessários até que tais direitos fossem alcançados, concretizando-os após a promulgação da Constituição de 1988 (Paschoal e Machado, 2009). A partir de então, a criança foi considerada um cidadão em desenvolvimento e por isso, sujeito detentor de direitos, conforme o definido no artigo 227, da Carta Constitucional (Brasil, 1988):

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-la a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência e opressão (Brasil, 1988, Art.227).

Dessa forma, a antiga concepção da criança enquanto “objeto”, sendo abandonadas, excluídas e reféns de um sistema social desigual (Kramer, 1995), modificou-se, ao passo que ficou reconhecida a infância como a fase mais importante para a constituição do ser humano e a educação, neste período, imprescindível para modificações sociais (Paschoal e Machado, 2009), com a infância passando a ser respeitada, estando todo seguimento da sociedade responsável pela proteção dos seus direitos (Craidy, 2001).

Acresce-se ainda, a garantia da educação infantil no artigo 208, inciso IV, da Carta Magna, em que está disposto que “a obrigação do Estado com a educação deve ser efetivada

por meio da oferta de creches e pré - escolas às crianças de zero a seis anos de idade” (Brasil, 2015). Assim, essas instituições ultrapassaram a abordagem meramente assistencialista e assumiram o caráter pedagógico, constituindo-se o acesso a elas como um direito da criança e também dos seus pais. Outro dispositivo legal de proteção aos direitos da criança foi o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei 8.069/90 (Brasil, 1990) que ratificou e fortaleceu ainda mais os seus direitos, ao dispor no artigo 3º que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (Brasil, 1990, art. 3º).

Observa-se, assim, que com a criação desta lei tornou-se possível a inserção da criança e do adolescente na sociedade como sujeitos de direitos, que devem ser compreendidos e terem a devida atenção às suas necessidades no que tange aos diversos aspectos da sua vida, sem distinções.

Nesse contexto, foram criados para a operacionalização do ECA, os Conselhos da Criança e do Adolescente, que traçam as diretrizes políticas e os Conselhos Tutelares, que zelam pelos direitos, dentre eles a educação incluindo o acesso às creches e pré - escolas (Brasil, 1990; Craidy, 2001). Além dos aparatos legais supracitados, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9394/96, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação e o Plano Nacional de Educação (2001) foram essenciais para que as crianças pudessem ter acesso à educação formal, no Brasil. Por meio da LDB a educação infantil foi considerada como primeira etapa da educação básica que tem por finalidade o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade, abrangendo seus aspectos físico, psicológicos, intelectual e social, de forma a complementar as ações da família e da comunidade. De acordo com o artigo nº 30 da LDB, a educação infantil deverá ser oferecida em creches, ou entidades equivalentes, para crianças de até três anos de idade e em pré-escolas, para as crianças de quatro a seis anos de idade (Brasil, 1996).

Vários outros documentos foram criados com o intuito de proteger e regulamentar o direito da criança à educação: Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Infantil, Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Infantil, Subsídios para o Credenciamento e Funcionamento das Instituições de Educação Infantil, Parâmetros Nacionais de Qualidade para a Educação Infantil, Parâmetros Básicos de Infraestrutura para Instituições de Educação Infantil, Política Nacional de Educação Infantil: pelo direito das crianças de zero a seis anos à

Educação, Indicadores da Qualidade na Educação Infantil, Critérios para um atendimento em creches que respeite os direitos fundamentais das crianças, entre outros documentos.

O trabalho na educação infantil: o papel da mulher e o adoecimento docente

Os mitos são formados em um contexto histórico e sociocultural e incorporados na sociedade ao longo do tempo, influenciando as ações humanas por se tratar de ideias impregnadas de simbolismo e valores que lhes conferem um caráter sagrado. Sendo assim, os mitos foram absorvidos, justificando grande parte das questões que envolvem a mulher, como o da maternidade embasando o fato da educação infantil ter sido, majoritariamente, de atuação feminina (Arce, 2001).

Rousseau, filósofo que deu início às primeiras reflexões a respeito da educação infantil, acreditava que as características da mulher eram peculiares e estreitamente relacionadas ao cuidado do ser humano na infância devido às suas características biológicas, como de amamentar e não ao homem. Dessa forma, para o filósofo, é inerente a mulher a educação e os primeiros cuidados da vida de um ser humano (Rousseau, 1992; Arce, 2001). Essa ideia repercute inconscientemente até os dias atuais, quando se observa que a maioria dos professores e auxiliares que trabalham na educação infantil é constituída por mulheres.

O papel das mulheres na educação infantil também foi refletido por Montessori, no início do século XX, o qual acreditava que elas não tinham a função de ensinar, mas somente atuavam como facilitadoras e orientadoras do processo de aprendizagem na primeira infância, não sendo necessária uma formação profissional. (Montessori, 1989). Da mesma forma, Menezes Vieira, médico, pioneiro na criação de jardins de infância no Brasil, comunga da ideia da mulher como essencial ao cuidado das crianças, enfatizando que a profissional da educação infantil deveria possuir qualidades indispensáveis, como ser saudável, ter boa fisionomia, generosidade, dedicação, ser amável, calma e estudiosa entre outras características que representavam a família. Contudo, era dispensável a profissionalização e o saber sobre as mais variadas áreas do conhecimento (Bastos, 2001).

Percebe-se, assim, que desde a história da formação da educação infantil no Brasil e no mundo, o ensino da criança se baseou no mito da maternidade, remetendo-se ao papel da mulher como “cuidadora”, o que se torna fonte de desvalorização da função social e profissional da professora, fruto de uma sociedade patriarcal, padrão reproduzido até a atualidade. Isso decorre do pensamento de que cabia às mulheres apenas os afazeres domésticos e o cuidado aos filhos, dispensando-lhes da necessidade de receberem a educação

formal e favoreceu as ideias, anteriormente mencionadas, referentes à relação da mulher como professora da primeira infância devido ao cuidado maternal inerente à sua condição de gênero. Além disso, as primeiras professoras pertenciam às classes sociais menos favorecidas que viam nessa profissão um meio de sustento (Santana, 2012). A desvalorização do papel da professora ainda pode ser percebida quando referidas como “tias” remetendo à imagem de alguém que cuida como uma extensão da família, similar ao cuidado da mãe. Essa relação descaracteriza a profissão ao passo que minimiza o potencial educador da professora e reduz o papel social da mulher (Arce, 2001).

As discussões entre o cuidado e a educação, no tocante à educação infantil fez e ainda faz parte dos modelos institucionais de ensino existentes. As primeiras instituições de ensino infantil, no Brasil, tinham um caráter meramente assistencialista (Paschoal e Machado, 2009), contudo, a assistência à criança envolve o cuidar e o educar como complementares e indissociáveis e o cuidado em um contexto educativo requer interdisciplinaridade e multiprofissionalismo (Brasil, 1998).

Na infância, as crianças necessitam de atenção, carinho, segurança, e cuidados básicos de higiene e alimentação, ao mesmo tempo estão em contato com o mundo, sendo expostas às mais variadas experiências (Barbosa, 2009). Dessa forma, a atenção à criança deve compreender o cuidado e a educação de qualidade. Em vista dessa preocupação, a LDB preconiza que os professores da Educação Infantil sejam formados em cursos de nível superior (Brasil, 1996), mostrando a importância da pedagogia na educação infantil, bem como a necessidade da qualificação destes trabalhadores.

Assim, o trabalho na educação infantil requer do professor habilidades no âmbito do cuidado às crianças bem como a conexão entre saberes das mais diversas áreas do conhecimento, conferindo-lhes uma atuação caracterizada por ser polivalente (Lima e Sérgio e Souza, 2012). Tal característica é entendida quando se observa a complexidade da formação do professor para atuar nela, exigindo conhecimentos relacionados aos aspectos históricos, culturais e legais, ao desenvolvimento infantil e aprendizagem, às formas de expressão e interação - brincadeiras, ludicidade humana, jogos e narrativas – aspectos relacionados à saúde - cuidados físicos e afetivos, a higiene, alimentação/nutrição nas diferentes fases, doenças, controle dos esfíncteres, ergonomia, segurança e primeiros socorros - conhecimentos específicos da prática pedagógica - propostas de trabalho pedagógico, organização do trabalho, planejamentos, formas de organização do espaço escolar, experiências reflexivas, afetivas, artísticas e culturais, entre outras atribuições (Barbosa, et al., 2009).

Assim, as modificações e avanços na educação infantil foram transformando o trabalho docente nesse nível de ensino, elevando o padrão de exigências referentes às atribuições dos professores (Silva, 2016). Entretanto, essas transformações ocorreram sem o planejamento adequado, com investimentos técnicos e financeiros distantes do preconizado, culminando em equipamentos e materiais pedagógicos precários, número elevado de alunos nas salas de aula, redução do tempo para planejamento pedagógico, sobrecarga de trabalho, desvalorização salarial entre outras condições (Alvarenga, 2012).

Nesse sentido, o trabalho na educação infantil expõe o docente a fatores de risco que podem levar ao desgaste da saúde. Além das demandas de trabalho que muitas vezes extrapolam o ambiente profissional (Zibetti e Pereira, 2010), reduzindo o tempo dedicado ao lazer, descanso e cuidado com a saúde (Araújo et al., 2006) soma-se as demandas domésticas de cuidado com os filhos e os afazeres da casa, culturalmente atribuídas à mulher (Zibetti e Pereira, 2010).

A dor músculo esquelética, por exemplo, pode surgir ou ser intensificada pelo número de horas/aula semanais, número de turmas, rede de ensino, sobrecarga doméstica (Jesus e Carvalho e Araújo, 2016), bem como as características inerentes ao trabalho com crianças como carregá-las no colo, sentar-se junto a elas no chão, agachar para orientá-las e alimentá-las, trocar fraldas, banhá-las, entre outras ações que exigem gasto energético e desgaste osteomuscular, quando são realizados movimentos repetitivos e indevidos (Ongari e Molina, 2003). Os transtornos mentais e outras doenças, da mesma forma, podem ser causados ou intensificados pelas condições e características do trabalho dos professores (Meira et al., 2013; Martins et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução da educação infantil precisou ser acompanhada pela formação e profissionalização docente. Ao mesmo tempo em que revelou avanços na compreensão do ser criança e suas peculiaridades, propôs a instrução e capacitação da mulher professora, indo de encontro com o mito da maternidade que marcou fortemente a sociedade e considerava a mulher com saber nato para o cuidado de crianças. Contudo, a desvalorização da mulher ainda acompanha a atual mentalidade social. A mulher professora sofre pela desvalorização, preconceitos, exigências cada vez maiores da sociedade (escola, pais, alunos, etc.), falta de reconhecimento profissional quando comparada a outros níveis de ensino, refletindo em baixos salários, muitas vezes tendo que complementar a renda e aumentando a carga laboral, sobrecarga doméstica, condições de trabalho precárias, entre outras condições que podem

gerar desgastes de sua saúde, provocando adoecimento ou intensificando doenças preexistentes.

Compreendendo tal ideia, é necessário que mais discussões sejam realizadas no tocante à saúde da professora da educação infantil, trazendo a tona as condições de trabalho, fatores de risco as quais estão sendo expostas e o adoecimento. Tornando visíveis os problemas que essa categoria enfrenta, é possível unir forças no âmbito privado e público para que modificações, visando melhores condições de trabalho sejam feitas e por consequência, haja a prevenção de doenças e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Vanessa. C. A carreira das professoras de educação infantil: indícios de precarização e intensificação do trabalho docente. In: ARCE, Alessandra; JACOMELI, Mara. R. M. *Educação infantil versus educação escolar? Entre a (des)escolarização e a precarização do trabalho pedagógico nas salas de aula*. Campinas: Autores Associados, 2012.
- ARAGÃO, Milena C.; KREUTZ, Lucio. A docência na educação infantil: representações, identidades e práticas. *Praxis Educacional*. Vitória da Conquista. v. 9, n. 15, p. 127-146, jun./dez, 2013.
- ARAÚJO, Tânia. M et al. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p.1117-1129, 2006.
- ARCE, Alessandra. Documentação oficial e o mito da educadora nata na educação infantil. *Cadernos de Pesquisa*, n. 13, p.167-184, jun., 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/n113/a09n113.pdf>. Acesso em: 03 de agosto de 2018.
- BARRETO, Angela M. R. F Situação atual da educação infantil no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. *Subsídios para o credenciamento e funcionamento de instituições de educação infantil*. v. 2. Coordenação Geral de educação infantil. Brasília: MEC/SEF/COEDI, 1998.
- BARBOSA, Maria C. S. et al. Projeto de cooperação técnica MEC e UFRGS para construção de orientações curriculares para a educação infantil. Relatório de pesquisa contribuições dos pesquisadores à discussão sobre as ações cotidianas na educação das crianças de 0 a 3 anos. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Universidade Federal Rio Grande do Sul. Brasília, 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/relat_seb_contribuicoes_pesquisadores.pdf. Acessado em: 10 de agosto de 2018.
- BASTOS, Maria H. C. Jardim de crianças: o pioneirismo do Dr. Menezes Vieira (1875-1887). In: MONARCHA, Carlos. *Educação da infância brasileira- 1875-1983*. São Paulo. Ed. Autores associados, 2001, 296 p.
- BRASIL. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 10 de agosto de 2018.
- _____. Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (1998). Brasília. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/rcnei_vol1.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2018.

_____. Lei nº 10.172, de 09 de janeiro de 2001. Plano Nacional de Educação. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/tecnico/legisla_tecnico_lei10172.pdf. Acesso em: 10 de agosto de 2018.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988, 305 p. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp. Acesso em: 20 de agosto de 2018.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico]: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 85/2015 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2015. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 20 de agosto de 2018.

_____. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. 2. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edição Câmara, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113005.htm. Acesso em: 20 de agosto de 2018.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27.839.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Referencial curricular nacional para a educação infantil / Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Fundamental. — Brasília: MEC/SEF, 1998. CRAIDY, Carmem M. Educação Infantil e as novas definições da legislação. In: CRAIDY, Carmem; KAERCHER, Gládis.E. *Educação Infantil: pra que te quero?* Porto Alegre. Ed.Artmed, 2001.

DIDONET, Vital. Creche: a que veio, para onde vai. In: *Educação Infantil: a creche, um bom começo*. Em Aberto/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília. v. 18, n. 73, p.11-28, 2001.

GUIMARÃES, Célia Maria. A história da atenção à criança e da infância no Brasil e o surgimento da creche e da pré-escola. *Revista Linhas. Florianópolis*, v. 18, n. 38, p. 81-142, set./dez. 2017.

JESUS, Cleber S.; CARVALHO, Fernando M.; ARAÚJO, Tânia M. Demanda psicológica no trabalho e dor musculoesquelética em professoras. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Lisboa, v.1,7 n.3, p. 575-586, 2016.

KUHLMANN JR, Moyses. O jardim de infância e a educação das crianças pobres. In: MONARCHA, Carlos. *Educação da infância brasileira- 1875-1983*. São Paulo. Ed. Autores associados, 2001.

KUHLMANN JR. Moysés; BARBOSA, Maria. C.S. Pedagogia e rotinas no “Jardim da Infância”. In: KUHLMANN JR, Moysés. *Infância e educação infantil: uma abordagem histórica*. Porto Alegre, Mediação, 1998.

KRAMER, Sônia. *A política do pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

LIMA, Rita C.; SERGIO, MariaC.; SOUZA, Adriana C. A prática docente do professor da educação infantil: contribuições para o desenvolvimento das crianças. *Revista e-curriculum*, São Paulo, v.8 n.1 abril, 2012.

- MARTINS, Maria F. D. et al. O trabalho das docentes da Educação Infantil e o mal-estar docente: o impacto dos aspectos psicossociais no adoecimento. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. v. 17, n. 2, p.281-289, 2014.
- MELLO, D. T. A história do cuidado à crianças pequena em Porto Alegre: a roda dos expostos da Santana Casa da Misericórdia (1837-1940). In: ROMAN, Eurilda. D.; STEYER, Vivian. E. *A criança de 0 a 6 anos e a educação infantil: um retrato multifacetado*. Canoas. Ed. ULBRA.
- MONTESSORI, Maria. A criança. São Paulo: Círculo do livro, 1989.
- OLIVEIRA, Zilma M. R. *Creches: Crianças, faz de conta & Cia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.
- ONGARI, Barbara.; MOLINA, Paola. *A educadora de creche: construindo suas identidades*. Tradução: Fernanda L. Ortale e Ilse Paschoal Moreira. São Paulo: Cortez, 2003.
- PASCHOAL, Jaqueline D.; MACHADO, Maria C. G. A História da educação infantil no Brasil: avanços, retrocessos e desafios dessa modalidade educacional. *Revista Histerdbr Online*. Campinas, n.33, p. 78-86, mar. 2009. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639555>. Acesso em: 6 de abril de 2018.
- RIZZO, Gilda. *Creche: organização, currículo, montagem e funcionamento*. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.
- ROUSSEAU, Jean J. Emílio ou da educação. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil,1992.
- SANTANA, D. R. A função da mulher na educação infantil: mãe ou professora? In: IX SEMINÁRIO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS “HISTÓRIA, SOCIEDADE E EDUCAÇÃO NO BRASIL” UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA ,2012, João Pessoa. Anais Eletrônicos. João Pessoa. ISBN 978-85-7745-551-5. 2012. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/4.16.pdf. Acesso em: 06 de julho de 2018.
- SILVA, Juliana P. *Violência na Educação Infantil - Apreensão dos Sentidos e Significados Docentes*. Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS, p.222, 2016. Disponível em: <http://www.posgraduacao.ufms.br/portal/trabalho-arquivos/download/2584>. Acesso em: 21 de janeiro de 2019.
- SILVA, Luciane G.; SILVA, Marcelo C. Condições de trabalho e saúde de professores pré escolares da rede pública de ensino de Pelotas, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.11, p. 3137-3146, 2013.
- VIEIRA, Livia F.; OLIVEIRA, Tiago G. As condições do trabalho docente na educação infantil no Brasil: alguns resultados de pesquisa (2002-2012). *Revista Educação em Questão*, Natal, v. 46, n. 32, p. 131-154 maio/ago, 2013.
- ZIBETTI, Marli L. T.; PEREIRA, Sidnéia R. Mulheres e professoras: repercussões da dupla jornada nas condições de vida e no trabalho docente. *Educação em Revista*, n. spe2, p. 259-276, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602010000500016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 de janeiro de 2019.

5.2 Artigo 2

O TRABALHO NA EDUCAÇÃO INFANTIL: fatores associados aos sintomas de depressão maior em professores e auxiliares de classe

THE WORK IN CHILDREN EDUCATION: factors associated with depression in teachers and class assistants

Regina de Souza Moreira; Jorgana Fernanda de Souza Soares; Tânia Maria de Araújo

Resumo

Introdução: A depressão é um acometimento recorrente e de natureza incapacitante que se caracteriza por humor deprimido e perda de prazer ou interesse em atividades cotidianas. O trabalho docente na educação infantil possui características que podem levar ao adoecimento mental do trabalhador. **Objetivo:** estimar a prevalência dos sintomas da depressão maior (triagem positiva) e seus fatores associados em professores e auxiliares de classe da educação infantil do município de Feira de Santana, Bahia. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, censitário realizado em creches e Centros Municipais de Educação Infantil em Feira de Santana. Utilizou-se para a triagem da depressão maior entre os participantes o *Patient Health Questionnaire* (PHQ). **Resultados:** Identificou-se uma prevalência de sintomas da depressão maior de 21,2% estando associada à: faixa etária acima de 32 anos (RP= 0,54; IC 95%: 0,35-0,82), realização de atividade extraclasse (RP=1,70; IC95%:1,17-2,45), presença de ruído (RP=2,00; IC95%: 1,25-3,21), etilismo (RP=1,60; IC95%: 1,11-2,29), insatisfação com o trabalho (RP=1,83; IC95%:1,23-2,72) e autoavaliação do estado de saúde regular (RP=2,29; IC95%: 1,49-3,51) e ruim/muito ruim (RP=4,67; IC95%: 2,62-8,32). Os resultados obtidos no estudo evidenciam que os trabalhadores da educação infantil estão expostos a fatores que podem contribuir para a ocorrência de sintomas da depressão maior.

Palavras chaves: Educação Infantil, Saúde do Trabalhador, Depressão

Abstract

Introduction: Depression is a recurrent and disabling nature that is characterized by depressed mood and loss of pleasure or interest in everyday activities. The teaching work in early childhood education has characteristics that can lead to mental illness of the worker. **Objective:** to estimate the prevalence of symptoms of major depression (positive screening)

and its associated factors in teachers and auxiliary class of early childhood education in the city of Feira de Santana, Bahia. Method: This is a cross-sectional, census-based study carried out in kindergartens and Municipal Children's Education Centers in Feira de Santana. The Patient Health Questionnaire (PHQ) was used to screen for major depression. Results: A prevalence of symptoms of depression greater than 21.2% was found to be associated with: age group over 32 years (RP = 0.54, 95% CI 0.35-0.82), activity (RP = 1.70, 95% CI: 1.17-2.45), presence of noise (RP = 2.00, 95% CI: 1.25-3.21), alcoholism (RP = 1.60; (95% CI: 1.23-2.72) and self-evaluation of the regular health status (PR = 2.29, 95% CI: 95% CI: 1.11-2.29), job dissatisfaction : 1.49-3.51) and poor / very poor (PR = 4.67, 95% CI: 2.62-8.32). The results obtained in the study show that early childhood workers are exposed to factors that may contribute to the occurrence of symptoms of major depression.

Keywords: Child Rearing, Occupational Health, Depression

Introdução

A depressão é um acometimento recorrente e de natureza incapacitante que se caracteriza por humor deprimido e perda de prazer ou interesse em atividades cotidianas (BROMET, 2011). A *American Psychiatric Association* (2013) considera depressão maior a presença desses sintomas por pelo menos duas semanas, acompanhado de ao menos quatro sintomas adicionais: alterações de apetite; peso; sono (insônia ou hipersonia) ou atividade psicomotora (retardo ou agitação observados); energia diminuída; sentimentos de inutilidade ou culpa inadequada; dificuldade de pensar; concentrar-se/ tomar decisões ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida.

Tais sintomas devem ter surgido recentemente ou piorado em comparação ao estado anterior ao episódio. Eles devem persistir durante a maior parte do dia, em quase todos os dias, e causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativos na vida do indivíduo. Além disso, os sintomas não devem ser causados pelo luto, abuso de substâncias ou por uma condição clínica (APA, 2013).

Atualmente, a depressão maior é a principal causa de incapacidade no mundo (OMS, 2018). Estima-se que um total de 332 milhões de pessoas tenham depressão, sendo mais prevalente entre as mulheres, com aumento de 18,4% no período de 2005 a 2015. No Brasil, cerca de 11,5 milhões de pessoas são atingidas pela depressão (5,8% da população) (WHO, 2017).

No âmbito do trabalho, tal problema tem interferido no desempenho, com diminuição da produtividade e afastamentos de trabalhadores (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA

SOCIAL, 2012). A exposição a fatores estressantes é comumente encontrada em processos laborais, entretanto, para a definição do trabalho como causador e/ou fator intensificador da depressão e dos demais transtornos mentais, exige-se uma avaliação criteriosa do contexto no qual o indivíduo está inserido, sua história de vida e as características do seu trabalho (BATISTA et al., 2016).

Em relação às características do trabalho e suas consequências para a saúde mental dos trabalhadores, pode-se considerar como contribuinte para o adoecimento psíquico: as extensas jornadas de trabalho, a sobrecarga de tarefas, o excesso de responsabilidades, a alta demanda de atividades a serem realizadas em tempo reduzido, os trabalhos repetitivos e monótonos, dentre outras características (BÁRBARO et al., 2009).

Além disso, a intensificação do trabalho do professor pode estar atrelada a necessidade de complementação de renda tendo em vista a baixa remuneração, levando-o a buscar outras fontes de recursos financeiros. Em contrapartida, reduz-se o tempo de lazer e convivência familiar gerando estados de estresse, ansiedade e outros transtornos psíquicos (EUGÊNIO; SOUZA; LAURO, 2017).

Quando se trata dos professores da educação infantil, existe outra perspectiva de intensificação do trabalho devido à ausência de demarcação entre as atividades de mulher, mãe e educadora, atrelada ao peso da desvalorização profissional culturalmente imposta ao gênero feminino (MARTINS et al., 2014; ZIBETTI; PEREIRA, 2010). Assim, tais questões sobrepostas às condições precárias de trabalho e ao fato de que muitas vezes as famílias delegam a escola, a responsabilidade total da educação da criança, em vista de uma educação doméstica carente, são fatores contribuintes para o desgaste mental de docentes da educação infantil.

Estudos já identificaram que os docentes da educação infantil são acometidos por desgastes psíquicos relacionados ao estresse (JONHSON, 2005), transtornos mentais comuns (STANSFELD et al., 2011) e depressão (WIECLAW et al., 2006). Em estudo realizado na Pensilvânia, Estados Unidos, em 2012, com professores da educação infantil, identificou-se uma prevalência de 24% de sintomas depressivos, estando associados aos aspectos psicossociais do trabalho: maior estresse no trabalho (maior demanda), menor controle e menor suporte social (WHITAKER; WESLEY; GOOZE, 2015). Em pesquisa realizada com professores do ensino fundamental e médio, da rede pública do Paraná, entre 2014 e 2015 foi identificada uma prevalência de 44% de depressão, estando estatisticamente associada ao número elevado de alunos por turma ($p = 0,0467$) (TOSTE, et al., 2018).

Ainda são poucas as investigações sobre condições de trabalho e o adoecimento psíquico dos trabalhadores da educação infantil, ratificando a invisibilidade dos professores e auxiliares de classe que atuam neste nível de ensino. Assim, conhecer a realidade em que esses trabalhadores atuam é importante para que sejam realizadas modificações positivas na organização e nas condições de trabalho, como forma de prevenção de doenças e ou recuperação da saúde do trabalhador. Nessa perspectiva, o presente estudo objetivou estimar os fatores associados aos sintomas da depressão maior em professores e auxiliares de classe do município de Feira de Santana, Bahia.

Materiais e Método

Trata-se de um estudo transversal, censitário, realizado no município de Feira de Santana, (BA), sob coordenação do Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (NEPI-UEFS), em parceria com o Programa de Pós graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia.

De acordo com os dados informados pela Secretaria Municipal de Educação (SEDUC) o município possui 100 escolas com ensino infantil. Contudo, para esse estudo, foram selecionadas apenas aquelas que, exclusivamente, possuíam turmas do berçário até o Grupo 5. Considerando tal critério de inclusão, o campo de estudo foi representado por 23 Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) e creches de Feira de Santana.

Para a definição da população de estudo, a priori, realizou-se um levantamento do quantitativo de professores e auxiliares de classe, por meio da relação disponibilizada pela Secretaria Municipal de Educação. Foi identificado um total de 220 professores e 260 auxiliares de classe. Entende-se por auxiliares de classe os estagiários (as) e as “cuidadoras” que são funcionárias contratadas temporariamente sem vínculo com a escola, os professores são profissionais com ensino superior completo.

Os dados foram coletados empregando-se um questionário, construído com base na revisão da literatura sobre condições de saúde e trabalho dos professores da educação infantil e testado em estudo piloto, constituído pelos seguintes blocos: características sociodemográficas, características da atividade docente, do ambiente de trabalho, aspectos psicossociais do trabalho, atividades domésticas e hábitos de vida, aspectos relacionados à saúde, avaliação da saúde mental, aspectos relacionados ao uso de medicamentos, avaliação da saúde vocal do professor e atos de violência. Para esse estudo foram utilizados os blocos: características sociodemográficas, características da atividade docente, característica do

ambiente de trabalho/atividades, hábitos de vida, aspectos relacionados à saúde, atos de violência, questionário de saúde da pessoa (PHQ).

O questionário foi testado em estudo piloto com 40 professores de escolas particulares, em Salvador, como forma de conhecer a aplicabilidade do questionário no que se refere à compreensão das questões e tempo de preenchimento. A coleta ocorreu entre outubro e dezembro de 2018 e foi desenvolvida da seguinte forma: após autorização do início da coleta, a SEDUC enviou e-mail para todas as escolas selecionadas, informando sobre a pesquisa. Em cada escola, foram realizadas reuniões que duravam em torno de 10 minutos com a coordenação, após os professores, enquanto os auxiliares estavam na sala com os alunos, e por fim, com os auxiliares quando os professores retornavam às salas. Nessas reuniões, a pesquisadora apresentou os objetivos e a justificativa da pesquisa, bem como as instruções para o preenchimento do questionário.

O questionário foi autopreenchido, e por entrevista para aqueles participantes que sinalizaram dificuldades no autopreenchimento. Devido à dinâmica de trabalho das escolas, em apenas três escolas os questionários foram aplicados no mesmo dia das reuniões. Nas demais, foram entregues para cada participante e no prazo de uma semana retornou-se a escola para o recolhimento. As escolas foram revisitadas por até sete vezes para o recolhimento dos questionários.

Para a avaliação dos sintomas da depressão maior foi utilizado o PHQ-9, já validado no Brasil (SANTOS et al., 2013) composto por 9 itens (a - i) que avaliam os sintomas depressivos: humor deprimido, anedonia, problemas com o sono, falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos de ferir-se ou suicidar-se. Tais itens avaliam a frequência dos sintomas nos últimos 15 dias por meio de uma escala Likert de 0 a 3 para as categorias de respostas “nenhuma vez”(0), “vários dias”(1), “mais de metade dos dias”(2) e “quase todos os dias”(3). As respostas aos itens avaliados possuem escores que variam entre 0 e 27 pontos, onde os níveis de severidade dos sintomas depressivos são avaliados por meio dos pontos de corte: 0 - 4: ausência, 5 - 9:leve, 10 - 14: moderada, 15 - 19: moderada severa e superior a 20, severa (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2010).

A variável desfecho desse estudo foi a triagem de sintomas da depressão maior (triagem positiva) analisada conforme o ponto de corte maior ou igual a 10 no somatório dos itens do PHQ-9, categorizada da seguinte forma: sem sintomas da depressão maior (escore de 0 a 9), com sintomas da depressão maior (escore maior igual a 10). No estudo de validação na população geral brasileira o PHQ-9 apresentou especificidade de 72,5% (IC 95%: 61,5% a

89,2%) e especificidade de 88,9% (IC 95%: 83,0% a 89,9%) para avaliação por ponto de corte maior ou igual a 10 (SANTOS et al., 2013).

Realizou-se análise descritiva por meio do cálculo das frequências absolutas e relativas da variável desfecho e cada uma das descritoras. Após, foi realizada a análise bivariada empregando a Razão de Prevalência e seus respectivos intervalos de confiança a 95%. Para a seleção das variáveis a ser incluídas no modelo multivariado, aplicou-se o teste Chi-quadrado de Pearson, empregando-se como critério o nível de significância de 20% ($p < 0,20$).

A técnica empregada na análise multivariada foi a Regressão Logística não-condicional. Por não se tratar de um desfecho raro na população do estudo, foi realizada a conversão de OR em RP pelo método de Variância Robusta de Poisson. Permaneceram no modelo final, as variáveis associadas ao desfecho ao nível de significância de 5%. Os dados foram digitados no programa estatístico “*Statistical Package for the Social Science*” (SPSS) for Windows, versão 20.0 e toda análise feita no *Stata Corp. College Station, EUA* (STATA 10.0).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, nº 2.217.508, CAAE 71212117.5.0000.5577 e todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Participaram da pesquisa 421 trabalhadores da educação infantil. A maioria era do sexo feminino (98,6%), com idade até 32 anos (52,7%), com filho (59,8%), filhos com mais de cinco anos de idade (57,1%), com companheiro (56,8%), possuindo ensino superior em curso/incompleto (51,1%), de cor da pele negra (88,9%) e renda de até um salário mínimo (50,5%). No que se refere aos hábitos de vida, a maior parte dos participantes não realizavam atividade física regularmente (81,4%), não eram tabagistas (98,7%), nem etilistas (73,2%), consideravam-se os principais responsáveis pelas atividades domésticas (64,6%) e praticavam alguma atividade de lazer (66,7%), não sofreram violência na escola (90,2%), não utilizam medicamento para ansiedade, depressão ou estresse (94,7%) e auto avaliaram seu estado de saúde como bom/muito bom (65,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sócio-demográficas e hábitos de vida dos trabalhadores da educação infantil de Feira de Santana, 2018.

Variável	n	%
Sexo (N=414)		
Feminino	408	98,6

Masculino	6	1,4
Faixa de idade (N=408)		
Até 32 anos	215	52,7
Acima de 32 anos	193	47,3
Situação conjugal (N=405)		
Sem companheiro	175	43,2
Com companheiro	230	56,8
Escolaridade (N=411)		
Ensino fundamental incompleto/completo	16	3,9
Ensino médio incompleto a superior incompleto	23	5,6
Ensino superior em curso/incompleto	210	51,1
Ensino superior completo	65	15,8
Pós – graduação	97	23,6
Presença de filhos (N=415)		
Sim	245	59,0
Não	170	41,0
Número de filhos (N=244)		
Um filho	146	59,8
Dois ou mais filhos	98	40,2
Presença de filho com idade abaixo de 5 anos (N=247)		
Sim	106	42,9
Não	141	57,1
Cor da pele autorreferida (N=407)		
Negro	362	88,9
Não negro	45	11,1
Renda (N=305)		
Até 1 Salário mínimo (954,00)	154	50,5
Acima de 1 Salário mínimo	151	49,5
Realização de atividade física semanal (três ou mais vezes) (N=397)		
Sim	74	18,6
Não	323	81,4
Tabagismo (N= 389)		
Não tabagista / Ex tabagista	384	98,7
Tabagista	5	1,3
Consumo de bebida alcoólica (N=399)		
Sim	107	26,8
Não	292	73,2
Principal responsável pelas atividades domésticas (N=384)		
Sim	248	64,6
Não	136	35,4
Prática de atividade de lazer (N=408)		
Sim	272	66,7
Não	136	33,3
Sofreu violência na escola (N=396)		
Não	357	90,2
Sim	39	9,8
Uso de medicamentos para ansiedade, depressão ou estresse (N=399)		
Não	378	94,7
Sim	21	5,3
Autoavaliação do estado de saúde (N=401)		
Bom/ Muito bom	262	65,4
Regular	114	28,4
Ruim/ Muito ruim	25	6,2

No que concerne às características ocupacionais, houve maior prevalência dos auxiliares de classe (53,0%), tempo de formação de até 10 anos (86,1%), com até três anos de trabalho na educação infantil (61,2%) e até três anos de trabalho na escola (88,2%), possuindo vínculo de trabalho por contratação temporária (82,6%), com carga horária semanal de até 20 horas (70,1%) e atuando com mais de 15 alunos em sala (56,2%). Dentre os trabalhadores participantes, prevaleceram os que não trabalham em outra escola (83,5%) e que não realizam trabalho extraclasse (55,7%), não trocam fraldas das crianças (61,6%) e nem realizam o banho (64,7%), não tem contato com substâncias químicas (53,3%) e não realizam a limpeza das salas (81,6%). A maior parte dos participantes não recebe 13º salário (64,1%), férias (62,8%) ou adicional de férias (70,3%), não possuem auxílio alimentação (95,8%), porém, recebem auxílio transporte (70,3%). Em relação às condições de trabalho, os participantes referiram possuir um ambiente de trabalho ruidoso (53,4%), com iluminação adequada (90,7%), sem umidade (78,6%), com ventilação (98,3%) e satisfeito com o seu trabalho (88,8%) (Tabela 2).

Tabela 2- Características ocupacionais e condições de trabalho dos trabalhadores da Educação Infantil de Feira de Santana (BA), Brasil, 2018.

Variável	n	%
Categoria profissional (N=421)		
Professor	164	38,9
Auxiliar de classe	223	53,0
Cuidadora	34	8,1
Tempo de formação (N=158)		
Até 10 anos	136	86,1
Acima de 10 anos	22	13,9
Tempo de trabalho na Educação Infantil em anos (N=291)		
Até 3 anos	178	61,2
Acima de 3 anos	113	38,8
Tempo de trabalho nessa escola em anos (N=212)		
Até 3 anos	187	88,2
Acima de 3 anos	25	11,8
Vínculo trabalhista (N=374)		
Concursado	61	16,3
Contrato temporário	309	82,6
Carteira assinada	4	1,1
Carga horária de trabalho semanal (N=388)		
Até 20 horas	272	70,1
Acima de 20 horas	116	29,9
Média de alunos por sala (N=390)		
Até 15 alunos	171	43,8
Mais de 15 alunos	219	56,2
Trabalho em outra escola (N=413)		
Sim	68	16,5
Não	345	83,5
Rede de ensino da outra escola (N=108)		
Privada	41	38,0
Pública/ Filantrópica	67	62,0
Atividade extraclasse (N=404)		
Sim	179	44,3
Não	225	55,7

Troca de fralda dos alunos (N=391)		
Sim	150	38,4
Não	241	61,6
Banho nos alunos (N=405)		
Sim	143	35,3
Não	262	64,7
Contato com substâncias químicas (N=405)		
Sim	189	46,7
Não	216	53,3
Realização de limpeza da sala de aula (N=408)		
Sim	75	18,4
Não	333	81,6
Direitos trabalhistas		
13º salário (N=395)		
Sim	142	35,9
Não	253	64,1
Férias (N=392)		
Sim	146	37,2
Não	246	62,8
Adicional de férias (N=378)		
Sim	110	29,1
Não	268	70,9
Auxílio Transporte (N=407)		
Sim	286	70,3
Não	121	29,7
Auxílio Alimentação (N=409)		
Sim	17	4,2
Não	392	95,8
Ambiente de trabalho ruidoso (N=401)		
Sim	214	53,4
Não	187	46,6
Iluminação adequada (N=410)		
Sim	372	90,7
Não	38	9,3
Presença de umidade (N=406)		
Sim	87	21,4
Não	319	78,6
Ventilação (N=407)		
Com ventilação	400	98,3
Sem ventilação	7	1,7
Satisfação com o trabalho (N=347)		
Satisfeito	308	88,8
Insatisfeito	39	11,2

Conforme o nível de severidade, 50% dos participantes apresentaram ausência de sintomas depressivos, 28,8% sintomas depressivos leves, 14,1% moderados, 6,2% moderados severos e 0,8% severos. Considerando os sintomas da depressão maior aqueles com nível de severidade moderado a moderado severo, 21,2% dos entrevistados foram identificados com sintomas da depressão maior e 78,8% sem tais sintomas.

Os fatores sócio-demográficos associados à depressão foram: idade acima de 32 anos (RP: 0,57; IC95%: 0,37-0,89) e possuir filhos (RP: 0,63; IC95%: 0,42-0,94). Em relação aos hábitos de vida associaram-se à depressão o consumo de bebida alcoólica (RP: 1,79; IC95%: 1,19-2,68), ausência de atividade de lazer (RP: 1,62; IC95%: 1,09-2,41), uso de medicamento

para depressão, estresse ou ansiedade (RP: 2,15; IC95%: 1,18-3,90), auto avaliação do estado de saúde regular (RP: 2,42; IC95%: 1,63-3,58) e ruim/ muito ruim (RP: 3,19; IC95%: 2,06-4,96) (Tabela 3).

Tabela 3- Associação entre características sociodemográficas/ hábitos de vida e sintomas de depressão maior (DM) em trabalhadores da Educação Infantil de Feira de Santana, 2018.

Características sociodemográficas/ Hábitos de vida	Sintomas da DM				RP	IC (95%)
	Sim		Não			
Sexo (N=348)	n	%	n	%		
Feminino	73	21,3	269	78,7	0,64	0,20-2,02
Masculino	2	33,3	4	66,7	1,00	-
Faixa Etária (N=344)						
Até 32 anos	51	27,0	138	73,0	1,00	-
Acima de 32 anos	24	15,5	131	84,5	0,57	0,37-0,89
Presença de filhos (N=349)						
Sim	35	17,2	168	72,6	0,63	0,42-0,94
Não	40	27,4	106	82,8	1,00	-
Número de filho (N=202)						
Um filho	21	17,4	100	82,6	1,00	-
Dois ou mais filhos	14	17,3	67	82,7	0,99	0,54-1,84
Presença de filho com idade abaixo de 5 anos (N=207)						
Sim	18	20,7	69	79,3	1,24	0,70-2,20
Não	20	16,7	100	83,3	1,00	-
Situação conjugal (N=341)						
Com companheiro	39	19,9	157	80,1	1,00	-
Sem companheiro	34	23,4	111	76,6	1,18	0,78-1,77
Escolaridade (N=345)						
Ensino fundamental incompleto/completo	3	23,1	10	76,9	1,07	0,39-2,97
Ensino médio incompleto a superior incompleto	0	0,0	17	100	0	-
Ensino Superior incompleto/em curso	41	23,7	132	76,3	1,24	0,82-1,85
Ensino superior completo	8	14,8	46	85,2	0,65	0,33-1,28
Pós graduação	22	25,0	66	75,0	1,00	-
Cor da pele autorreferida (N=342)						
Negros	61	20,1	243	79,9	0,63	0,38-1,07
Não negros	12	31,6	26	68,4	1,00	-
Renda (N=267)						
Até 1 salário mínimo	29	21,2	108	78,8	0,86	0,55-1,34
Mais de 1 salário mínimo	32	24,6	98	75,4	1,00	-
Prática de Atividade Física (N=333)						
Sim	11	18,0	50	82,0	1,00	-
Não	61	22,4	211	77,6	1,24	0,70-2,22
Etilismo (N=337)						
Sim	28	32,2	59	67,8	1,79	1,19-2,68

Não	45	18,0	205	82,0	1,00	-
Principal responsável pelas atividades domésticas (N=329)						
Sim	49	23,2	162	76,8	1,19	0,77-1,85
Não	23	19,5	95	80,5	1,00	-
Prática de atividade de lazer (N=343)						
Sim	42	18,2	189	81,8	1,00	-
Não	33	29,5	79	70,5	1,62	1,09-2,41
Sofreu violência na escola (N=396)						
Não	62	20,2	245	79,8	1,00	-
Sim	10	30,3	23	69,7	1,50	0,85-2,64
Uso de medicamentos para ansiedade, depressão ou estresse (N=399)						
Não	66	20,4	258	79,6	1,00	-
Sim	7	43,8	9	56,2	2,15	1,18-3,90
Autoavaliação do estado de saúde (N=401)						
Bom/ Muito bom	27	12,0	198	88,0	1,00	-
Regular	36	37,1	61	62,9	2,42	1,63-3,58
Ruim/ Muito ruim	10	62,5	6	37,5	3,19	2,06-4,96

Das características ocupacionais, apenas a realização de atividades extraclasse foi associada à depressão (RP:1,54; IC95%: 1,03-2,32). Já no que diz respeito às condições de trabalho somente a presença do ambiente de trabalho ruidoso (RP: 2,32; IC95%: 1,46-3,70) (Tabela 4).

Tabela 4- Associação entre as características ocupacionais/condições de trabalho e sintomas da depressão maior (DM) entre trabalhadores da Educação Infantil de Feira de Santana, 2018.

Características Ocupacionais/ Condições de trabalho	Sintomas da DM				RP	IC
	Sim		Não			
Categoria profissional (N=421)	n	%	N	%		
Professor	32	22,1	113	77,9	1,00	-
Auxiliar de classe	40	21,9	143	78,1	1,07	0,71-1,60
Cuidadora	3	11,5	23	88,5	0,53	0,18-1,55
Tempo de formação (N=158)						
Até 10 anos	27	22,5	93	77,5	1,00	-
Acima de 10 anos	4	20,0	16	80,0	0,89	0,35-2,27
Tempo de trabalho na Educação Infantil em anos (N=246)						
Até 3 anos	35	23,6	113	76,4	1,00	-
Acima de 3 anos	20	20,4	78	79,6	0,86	0,53-1,40
Tempo de trabalho nessa escola em anos (N=212)						
Até 3 anos	31	19,6	127	80,4	1,00	-
Acima de 3 anos	4	19,0	17	81,0	0,97	0,38-2,48
Vínculo trabalhista (N=374)						
Concursado	12	22,2	42	77,8	1,00	-

Contrato temporário	55	21,7	199	78,3	0,97	0,57-1,65
Carteira assinada	1	25,0	3	75,0	1,15	0,21-6,36
Carga horária de trabalho semanal (N=331)						
Até 20 horas	56	24,7	171	75,3	1,00	-
Acima de 20 horas	18	17,3	86	82,7	0,70	0,43-1,13
Média de alunos por sala (N= 330)						
Até 15 alunos	30	20,0	120	80,0	1,00	-
Mais de 15 alunos	43	23,9	137	76,1	1,19	0,79-1,80
Trabalho em outra escola (N=348)						
Sim	17	29,3	41	70,7	1,49	0,93-2,37
Não	57	19,7	233	80,3	1,00	-
Rede de ensino da outra escola (N=91)						
Privada	11	29,7	26	70,3	1,00	-
Pública/ Filantrópica	14	25,9	40	74,1	0,87	0,44-1,70
Atividade extraclasse (N=341)						
Sim	40	26,7	110	73,3	1,54	1,03-2,32
Não	33	17,3	158	82,7	1,00	-
Troca de fralda dos alunos (N=329)						
Sim	23	17,4	109	82,6	0,82	0,52-1,29
Não	42	21,3	155	78,7	1,00	-
Banho nos alunos (N=342)						
Sim	24	19,8	97	80,2	0,89	0,58-1,38
Não	49	22,2	172	77,8	1,00	-
Contato com substâncias químicas (N=342)						
Sim	38	23,2	126	76,8	1,11	0,74-1,66
Não	37	20,8	141	79,2	1,00	-
Realização de limpeza da sala de aula (N=344)						
Sim	13	21,7	47	78,3	0,99	0,58-1,68
Não	62	21,8	222	78,2	1,00	-
Direitos trabalhistas						
13º salário (N=333)						
Sim	29	22,7	99	77,3	1,00	-
Não	45	22,0	160	78,0	0,97	0,64-1,46
Férias (N=330)						
Sim	27	20,5	105	79,5	1,00	-
Não	46	23,2	152	76,8	1,13	0,74-1,73
Adicional de férias (N=378)						
Sim	22	22,7	75	77,3	1,00	-
Não	49	22,4	170	77,6	0,98	0,63-1,53
Auxílio Transporte (N=341)						
Sim	51	21,4	187	78,6	1,00	-
Não	23	22,3	80	77,7	1,04	0,67-1,61
Auxílio Alimentação (N=343)						
Sim	4	25,0	12	75,0	1,00	-
Não	70	21,4	257	78,6	0,85	0,36-2,05
Ambiente de trabalho ruidoso (N=335)						
Sim	54	30,0	126	70,0	2,32	1,46-3,70
Não	20	12,9	135	87,1	1,00	-

Iluminação adequada (N=345)						
Sim	68	21,9	242	78,1	1,00	-
Não	7	20,0	28	80,0	0,91	0,45-1,82
Presença de umidade (N=343)						
Sim	18	24,3	56	75,7	1,17	0,73-1,86
Não	56	20,8	213	79,2	1,00	-
Ventilação (N=407)						
Com ventilação	72	21,4	264	78,6	1,00	-
Sem ventilação	3	50,0	3	50,0	2,33	1,02-5,33
Satisfação com o trabalho (N=347)						
Satisfeito	56	18,2	252	81,8	1,00	-
Insatisfeito	18	46,2	21	53,8	2,54	1,68-3,33

As variáveis descritoras incluídas no modelo da análise multivariada por regressão logística não condicional foram: ter filhos, ter filhos menores de cinco anos, faixa etária, cor da pele, escolaridade, trabalhar em outra escola, carga horária semanal, realização de atividade extra, ruído, ventilação das salas, prática de atividade de lazer, etilismo, satisfação com o trabalho, uso de remédio para estresse, ansiedade ou depressão, autoavaliação do estado de saúde.

Na análise multivariada, associaram-se ao desfecho: faixa etária acima de 32 anos (RP= 0,54; IC 95%: 0,35-0,82), realização de atividade extraclasse (RP=1,70; IC95%:1,17-2,45), presença de ruído (RP=2,00; IC95%: 1,25-3,21), etilismo (RP=1,60; IC95%: 1,11-2,29), insatisfação com o trabalho (RP=1,83; IC95%:1,23-2,72) e autoavaliação do estado de saúde regular (RP=2,29; IC95%: 1,49-3,51) e ruim/muito ruim (RP=4,67; IC95%: 2,62-8,32) (Tabela 5).

Tabela 5- Fatores associados aos sintomas de depressão maior (DM) em trabalhadores da Educação Infantil, Feira de Santana (BA), Brasil, 2018.

SINTOMAS DA DEPRESSÃO MAIOR	Sim		RP	IC
	n	%		
Faixa etária (N=344)				
Até 32 anos	51	27,0	1,00	-
Acima de 32 anos	24	15,5	0,54	0,35-0,82
Atividade extra classe (N=341)				
Não	33	17,3	1,00	-
Sim	40	26,7	1,70	1,17-2,45
Presença de Ruído (N=335)				
Não	20	30,0	1,00	-
Sim	54	12,9	2,00	1,25-3,21
Etilismo (N=337)				
Não	45	18,0	1,00	-
Sim	28	32,2	1,60	1,11-2,29
Satisfação com o trabalho(N=347)				
Satisfeito	56	18,2	1,00	-
Insatisfeito	18	46,2	1,83	1,23-2,72
Autoavaliação do estado de saúde (N=401)				
Bom/muito bom	27	12,0	1,00	-

Regular	36	37,1	2,29	1,49-3,51
Ruim/muito ruim	10	62,5	4,67	2,62-8,32

Discussão

Os resultados obtidos no estudo evidenciam que os trabalhadores da educação infantil estão expostos a fatores que podem contribuir para a ocorrência de depressão maior. Por se tratar de um trabalho que lida diretamente com crianças e seu processo de aprendizagem, a presença de depressão nos professores acaba repercutindo na qualidade do cuidado a criança e por consequência, afeta negativamente o desempenho e o comportamento do infante (JEON; BUETTNER; SNYDER, 2014).

A prevalência de sintomas da depressão maior entre os trabalhadores estudados foi superior a prevalência de depressão na população geral brasileira (5,8%), em 2017(WHO, 2017). Esta discrepância pode ser explicada pelo fato do estudo em questão ter realizado a triagem dos sintomas da DM e não seu o diagnóstico.

Além disso, por se tratar de um estudo com uma população específica, os professores, que são expostos a trabalho intenso, grande quantidade de tarefas a serem realizadas, altos níveis de atenção e responsabilidade, além de condições de trabalho particularmente estressantes que podem contribuir para o adoecimento psíquico (VIEIRA; OLIVEIRA, 2013; GUERREIRO, et al., 2016).

Outra possível explicação gira em torno do fato da população ser predominantemente feminina. Dessa forma, uma maior prevalência de depressão na população estudada pode ser entendida, ao passo que já é fortemente defendido na literatura que a depressão acomete mais as mulheres (ROMBALDI et al., 2010; BOING et al., 2012 MINGHELLI et al., 2013, WHO, 2017;TOSTE et al., 2018) sendo duas vezes mais prevalente em comparação aos homens (JUSTO; CALIL, 2006). Tal fato pode ser explicado pela maior busca das mulheres por cuidados médicos e por melhor aderirem ao tratamento de saúde, bem como mostrarem mais disponibilidade em participar de pesquisas de saúde (PINHEIRO; VIACAVA; TRAVASSOS; BRITO, 2002).

Estudos que buscaram avaliar a depressão em professores identificaram prevalência próxima da encontrada neste estudo. Kidger et al (2016) identificaram uma prevalência de 19,4% de depressão maior em professores de escolas secundárias inglesas. Em estudo realizado na Pensilvânia, em 2012, com trabalhadores da educação infantil, sendo 550 professores e 451 auxiliares de classe, identificaram uma prevalência similar de depressão

entre eles de 24%, avaliada pela de Escala de Depressão de 20 Itens do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (WHITAKER; WESLEY; GOOZE, 2015). Uma menor prevalência foi encontrada por Soria - Saucedo et al (2018) em coorte de 2011- 2013 com professores mexicanos cuja prevalência de depressão maior foi de 16,0%. Já Toste et al (2018) evidenciaram que haviam sintomas depressivos em 44,0% dos professores do ensino fundamental ao ensino médio da rede pública do Paraná e, dentre eles, aproximadamente 19,0% apresentavam depressão moderada ou grave, o que se considera depressão maior. Em outro estudo foi evidenciado que 52% do total de afastamentos entre docentes do ensino superior, na cidade de João Pessoa- PB, em 2012, foram devido à depressão (BATISTA et al., 2016). Em pesquisa que avaliou a saúde mental em professores universitários, na Paraíba, houve prevalência de 24,4% e 3,7% de depressão maior e episódio hipomaníaco no passado, respectivamente. Os resultados do estudo apontaram prevalência de 5,2% de transtorno de pânico atual e na vida inteira, 24,8% de ansiedade geral e 27,6% de transtorno misto de ansiedade e depressão (COÊLHO, SOUZA COÊLHO, 2016). As diferenças de prevalência entre os estudos supracitados podem ser explicadas pelo fato de terem utilizado diferentes métodos/ instrumentos de mensuração da depressão.

No estudo houve associação negativa entre depressão e faixa etária acima de 32 anos de idade levando a compreensão de que com a idade, os professores do estudo apresentam menor prevalência de depressão. Soria - Saudeco et al (2018) encontraram resultado semelhante em seu estudo, no qual se verificou que dentre os professores com idade entre 25 e 35 anos a prevalência de depressão grave era maior.

O desfecho foi associado à realização de atividades extraclasse. Este resultado pode ser entendido a luz das características do trabalho do professor, que além da demanda na sala de aula, requer planejamento de aulas, elaboração de materiais de aprendizagem, tarefas e avaliações, reuniões com pais de alunos, participação em curso de formação continuada, elaboração e realização de projetos que requer tempo além da sua carga horária (VIEIRA; OLIVEIRA, 2013).

Levando-se em consideração que maior parte dos trabalhadores do estudo é formada por mulheres, soma-se às atividades extraclasse dos docentes, que pode comprometer seu tempo de descanso e lazer, às demandas domésticas de cuidado com os filhos e os afazeres da casa. Essa intensificação de jornada atrelada à precariedade das condições de trabalho e a cultura da desvalorização da mulher podem gerar adoecimento físico e mental (ZIBETTI; PEREIRA, 2010).

A presença de ruído no ambiente escolar associou-se fortemente ao desfecho. Não foi mensurado o ruído, neste estudo, mas, avaliou-se a auto- percepção de um ambiente de trabalho ruidoso pelos participantes. O ambiente da escola com maior nível de ruído avaliado por Klock et al (2016) em escola do município de Paranaguá (PR) foi o pátio no intervalo das aulas, seguido da biblioteca, secretaria e sala dos professores. Silva e Silva(2013) ao pesquisarem as condições de trabalho de professores da educação infantil da rede pública municipal e estadual de Pelotas (RS) verificaram que 54,1% dos participantes consideravam que o ruído interno e externo à sala de aula prejudicavam seu trabalho, principalmente o barulho dentro das salas de aula, do trânsito e das crianças nos corredores da escola. Libardi et al (2006) constatou que os sintomas emocionais relacionados ao sono e ao estresse foram os efeitos do ruído na escola mais sentidos pelos professores do ensino fundamental da rede pública de Piracicaba (SP). Guerreiro et al (2016) investigaram professores do ensino fundamental e médio de Londrina (PR) que relataram ter seu estado de saúde muito afetado pelo nível elevado de ruído na escola. Nesse contexto, uma exposição prolongada a ruídos intensos, podem provocar alterações na saúde mental repercutindo em mudanças no comportamento social e ocupacional do indivíduo, como irritabilidade excessiva, falta de interesse social, impaciência, baixo desempenho, além de depressão e outros sintomas psíquicos (ALVES FILHO, 2002).

Outro fator associado à depressão foi o uso de álcool, corroborando que os sintomas depressivos se apresentam mais prevalentes e com maior gravidade entre os usuários de substâncias lícitas e ilícitas (TORRENS, et al., 2011; CAMARGO et al., 2016; BARROS et al, 2017; BERTUSSI et al., 2018). Essa associação pode ser entendida em duas direções, ou seja, o uso de álcool pode desencadear quadros depressivos ou a depressão pode favorecer o etilismo, Boden e Fergusson (2011) identificaram que a associação causal mais comumente encontrada na literatura é a de que o uso abusivo de álcool aumenta o risco de depressão. Isso pode ser explicado pelas consequências desestruturais que o abuso de álcool pode causar na vida familiar, econômica e social do indivíduo e acabar gerando um quadro depressivo (FOSTER et al, 1999). Outra explicação gira em torno da genética predisponente de indivíduos com genótipos específicos que possuem risco aumentado para desenvolver dependência alcoólica e depressão (WANG et al, 2004). Além disso, essa associação pode estar relacionada às alterações metabólicas causadas pelo excesso de álcool no organismo, como a redução da enzima responsável pelo metabolismo do folato, tendo em vista que quando esta substância está diminuída no organismo se torna um risco para depressão (McEACHIN et al, 2008). Contudo, a depressão pode predispor o indivíduo ao abuso de

bebida alcoólica, devido à busca por alternativas de fonte de prazer e meio de mitigar os sintomas depressivos (POMPILI et al., 2010)

A insatisfação com o trabalho relatada pelos participantes do estudo foi associada à depressão. Kidger et al (2016) identificaram essa mesma associação em seu estudo com professores de escolas secundárias inglesas (OR=2.44; IC 95%:1.42- 4.19; p=0.001). Tal associação pode ser entendida quando a insatisfação com o trabalho o transforma em fardo, contribuindo para o aumento do desgaste psíquico que os processos laborais provocam. Assim, com o passar do tempo, o descontentamento com as atividades que desempenha podem contribuir para o aparecimento de transtornos mentais como a depressão naqueles trabalhadores mais vulneráveis (OLIVEIRA et al., 2017).

A auto avaliação do estado de saúde como ruim/muito ruim foi associada à presença de depressão entre os participantes do estudo, resultado que corrobora achados anteriores (RAMOS et al., 2015). Santos e Marques (2013) identificaram associação entre elevado nível de estresse e percepção de saúde geral ruim/regular ($p < 0,001$) entre professores do ensino infantil, fundamental e de jovens e adultos do município de Bagé (RS). Moreira, Santino e Tomaz (2017) pesquisando a qualidade de vida dos professores da educação básica (ensino infantil, fundamental I e II) na rede pública de Campina Grande, em 2012, também encontraram associação entre uma má avaliação do estado geral de saúde e a depressão ($p = 0,010$).

Nesse contexto, avaliar negativamente o estado de saúde pode sofrer interferência do estado deprimido dos indivíduos, uma vez que estão envoltos por sentimentos de derrota, frustração e pessimismo, levando-o a depreciar sua qualidade de vida. Dessa forma, a associação encontrada pode ser explicada pela ideia de que estar deprimido é um motivador para uma avaliação negativa do estado de saúde (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005; MOREIRA; SANTINO; TOMAZ, 2017; SILVA et al., 2018).

Este estudo apresenta algumas limitações. A priori, por se tratar de um estudo transversal está sujeito ao viés do trabalhador sadio, podendo subestimar a prevalência de depressão maior, tendo em vista que os trabalhadores em atividade estão, provavelmente, mais saudáveis, bem como, podem não ter sido identificados casos de depressão nos trabalhadores afastados no período de coleta de dados. Além disso, em estudos desse tipo não se pode atribuir causalidade, já que as observações sobre a exposição e o desfecho são realizadas no mesmo intervalo de tempo. Outra limitação se refere à natureza do estudo, sendo ele censitário, não é possível inferir os resultados encontrados para outras populações.

No que tange a utilização do PHQ para avaliação da depressão, o estudo tem como limite o fato do instrumento ter sido utilizado por autopreenchimento e não houve entrevista complementar para aqueles que não foram totalmente preenchidos. Dessa forma, houve perdas por preenchimento incompleto do instrumento, uma vez que uma única pergunta não respondida acarreta na não inclusão de todo instrumento no cálculo do escore do PHQ. Assim, indivíduos que por algum motivo deixaram de marcar uma das questões do instrumento, não foram avaliados quanto à presença de depressão. Além disso, o instrumento ainda não foi validado, no Brasil, para trabalhadores, mas sim para a população geral.

A utilização desse instrumento, padronizado possibilitou a comparação com estudos tanto nacionais como internacionais. Deve-se levar em consideração, contudo, que ao ser utilizado como instrumento de rastreio de depressão em estudos epidemiológicos o PHQ identifica indivíduos com risco aumento de depressão maior, porém, apenas os profissionais de saúde mental podem firmar o diagnóstico definitivo da doença (SANTOS et al., 2013).

Os resultados encontrados neste estudo demonstraram que a depressão nos trabalhadores investigados esteve associada a fatores inerentes a eles, hábitos de vida condições e características do trabalho e autopercepção de saúde. Dessa forma, o estudo contribuiu para dar visibilidade à população em questão e suscitar reflexões sobre a pouca valorização do professor e auxiliar da educação infantil. Entretanto, sugere-se, que novas pesquisas sejam realizadas não apenas na população docentes da educação infantil, mas de outros níveis de ensino e também da rede particular, conhecendo, dessa forma, as peculiaridades de diferentes locais e populações com o escopo direcionado a auxiliar mudanças nas condições de trabalho e consequente melhoria da saúde dos trabalhadores.

Referências

ALVES FILHO, J.M. O ruído no ambiente de trabalho: sua influência nos aspectos biopsicossociais do trabalhador (Tese de doutorado). Florianópolis, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

BÁRBARO, A.M., et al. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. **SMAD, Rev eletrônica saúde mental álcool drog**. Ribeirão Preto/SP, v.5,n. 2, p.1-16, 2009.

BARROS, M.B.A. et al.. Depressão e comportamento de saúde em adultos brasileiros- PNS 2013. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.51 (Supl 1:8s), p. 1-10, jun. 2017.

BATISTA, J.B.V. et al. Transtornos mentais em professores universitários: estudo em um serviço de perícia médica. **J. res.: fundam. care. online**. v.8, n.2, p.4538-4548, abr./jun. 2016.

BERBER, J.S.S.; KUPEK, E.; BERBER, S.C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome da Fibromialgia. **Rev. Bras Reumatol.**, v. 45, n. 2, p. 47-54, mar./abr., 2005. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042005000200002>>. Acesso em: 16 de janeiro de 2019.

BERTUSSI, V.C. et al. Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v.20, n.20, a21, p. 1-9, 2018.

BODEN, J.M.; FERGUSSON, D.M. Alcohol and depression. Society for the Study of **Addiction**, v.106, n. 5, p., 906–914, mar., 2011.

BOING, A.F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.4, p. 617-623, 2012.

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, v.9, n. 90, p. 1-16, 2011.

CAMARGO, R. et al. Fatores de risco para episódios e sintomas depressivos em usuários de álcool e/ou cocaína. **Aletheia**, v. 49, p.116-128, jan./abr., 2016.

COÊLHO, R. F. N.; SOUZA, F. L.; COÊLHO, I.N. A saúde de professores universitários no sertão nordestino – Brasil: investigando suas características clínico- comportamentais. **MNEME – Revista de humanidade**, Caicó, v. 17, n. 38, p. 83-102, jan./jun., 2016.

EUGÊNIO, B.; SOUZA, R.; LAURO, A.D.D. Trabalho e adoecimento do professor da educação básica no interior da Bahia. **Laplage em Revista (Sorocaba)**, v.3, n.2, p.179-194, mai.-ago. 2017. Disponível em: <<http://www.laplageemrevista.ufscar.br/index.php/lpg/article/view/325>>. Acesso em: 24 de agosto de 2019.

FOSTER, J.H et al. Quality of life in alcohol-dependent subjects- a review. **Quality of Life Research**, v. 8, n. 3, p. 255-261,1999.

GUERREIRO, N.P. et al. Perfil sociodemográfico, condições e cargas de trabalho de professores da rede estadual de ensino de um municípios da região sul do Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 (supl. 1), p. 197-217, 2016.

JEON, L, BUETTNER, C.K.; SNYDER, A.R. Pathways from teacher depression and child care quality to child behavioral problems. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.82, n.2, p. 225-235, 2014.

JOHNSON, S. The experience of work-related stress across occupations. **Journal of Managerial Psychology**. v. 20, n. 2, p. 178-187, 2005.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres. **Rev. Psiq. Clín.** v.33, n. 2, p. 74-79, 2006.

LIBARDI, A. et al. O ruído em sala de aula e a percepção dos professores de uma escola ensino fundamental de Piracicaba. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 167-178, ago., 2016.

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

KLOCK, M.C.L. et al. Qualidade de vida acústica em ambientes escolares: um desafio à educação moderna. **Revista Eletrônica Interdisciplinar Matinhos**, v.9, n.1-2, p. 14-19, jan/dez., 2016.

KROENKE, K, SPITZER, R.L, WILLIAMS, J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **J Gen Intern Med**. n.16, v.9, p. 606-13. 2001.

MARTINS, M.F.D. et al. O trabalho das docentes da Educação Infantil e o mal-estar docente: o impacto dos aspectos psicossociais no adoecimento. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. v. 17, n. 2, p.281-289, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/112348>>. Acesso em: 15 de julho de 2019.

MCEACHIN, R. C. et al. Modeling gene-by-environment interaction in comorbid depression with alcohol use disorders via an integrated bioinformatics approach. **BioData Mining**, v.1, n. 2, p. 1-13, 2008.

MINGHELLI, B. et al.. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Rev. Psiq Clín.**, v. 40, n.2, p.71-76, 2013.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS. Informativo eletrônico do Ministério da Previdência Social. Cai número de acidentes de trabalho e aumenta afastamentos por transtornos mentais. Previdência em questão. Brasília, n. 59, fev.2012. Disponível em:<http://sa.previdencia.gov.br/site/arquivos/office/4_120326-105114-231.pdf>. Acesso em: 12 de janeiro de 2019.

MOREIRA, A.S.G.; SANTINO, T.A.; TOMAZ, A.F. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental de uma escola da rede pública. **Ciencia & Trabajo**, v.19, n.58, p. 20-25,abr. 2017.

OLIVEIRA, D.C. et al. Avaliação da depressão em funcionários de uma instituição de ensino superior particular em Vitória da Conquista- Ba. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.11, n.35, p. 392-404, maio, 2017.

PINHEIRO, R. S et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciê. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 687-707, 2002.

- RAMOS, G.C.F. et al. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional, **Bras Psiquiatr**, v. 64, n. 2, p. 122-131, 2015.
- ROMBALDI, A.J., et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**.v.13, p.4,p. 620-629, 2010.
- SANTOS, I.S et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. **Cad. Saúde Pública**, v 29, p.1533-1543, 2013.
- SANTOS, M.N.; MARQUES, A. C. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.837-846, 2013.
- SILVA, L. G.; SILVA, M.C. Condições de trabalho e saúde de professores pré escolares da rede pública de ensino de Pelotas, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p. 3137-3146, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001100004&script=sci_abstract. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.
- SILVA, B.R.V.S, et al. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde de adolescentes: um estudo piloto. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n.3, p. 193-197, set./dez. ,2018.
- SORIA SAUCEDO, R. et al. The prevalence and correlates of severe depression in a cohort of Mexican teachers. **Journal of Affective Disorders**, v.234, p. 109–116, 2018.
- STANSFELD, S.A., et al. Occupation and mental health in a national UK survey. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.** v.46, p.101–110, 2011.
- TORRENS, M.; GILCHRIST, G.; DOMINGO, A. S. Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders. **Drug Alcohol Depend.** ,v.15, p.147-156, 2011.
- TOSTE, M.V. et al. Sofrimento mental de professores do ensino público. **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 87-99, jan/mar 2018.
- VIERA, L.F.; OLIVEIRA, T.G. As condições do trabalho docente na educação infantil no Brasil: alguns resultados de pesquisa (2002-2012). **Revista Educação em Questão**, Natal, v. 46, n. 32, p. 131-154 maio/ago., 2013.
- WHITAKER, R. C.; WESLEY, T. D.; GOOZE, R. A. Workplace stress and the quality of teacher–children relationships in Head Start. **Early Childhood Research Quarterly**. v. 30, p. 57–69, 2015.
- WIECLAW, J et al. Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. **Occup Environ Med.** v.63,n. 5, p.314–319, 2006. Disponível em: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2092492/>](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2092492/). Acesso em: 26 de março de 2018.

WHO. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. 2017. Disponível em:
<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>.> Acesso em: 27 de fevereiro de 2019.

ZIBETTI, M. L. T.; PEREIRA, S. R. Mulheres e professoras: repercussões da dupla jornada nas condições de vida e no trabalho docente. Educação em Revista, n. spe2, p. 259-276, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602010000500016&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 21 de janeiro de 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme proposto como objetivo geral do estudo, foram identificados como fatores associados à suspeição da depressão maior: faixa etária, consumo de bebida alcoólica, ambiente ruidoso, realização de atividades extraclasse, insatisfação com o trabalho e auto avaliação negativa do estado de saúde. Observa-se que, dentre os fatores associados à depressão maior estão àqueles relacionados ao trabalho, no que tange ao ambiente e características particulares do trabalho docente. Assim, pode-se entender que a forma como o trabalho é estruturado e desenvolvido pode acarretar em desgaste mental do trabalhador.

Alcançando os objetivos específicos, o estudo possibilitou conhecer as condições de trabalho e saúde dos professores e auxiliares de classe atuantes em creches e Centro Municipais de Educação Infantil de Feira de Santana, bem como identificou uma prevalência de 21,2% de sintomas da depressão maior entre eles.

Nesse contexto, os resultados encontrados apontam para a necessidade de atenção à saúde mental dos professores e auxiliares da educação infantil. Entendendo a importância destes profissionais no que tange o cuidado e formação educacional e cidadã do aluno, é necessário que este profissional esteja saudável para que desenvolva seu trabalho adequadamente. Tendo em vista que o adoecimento mental docente repercute negativamente no trabalho desenvolvido, com déficit no desempenho dos alunos e nas relações interpessoais.

Dessa forma, espera-se que os resultados encontrados possibilitem a construção do conhecimento acerca dos fatores contribuintes para a depressão em docentes e contribua com informações sobre a real situação a qual se encontra os trabalhadores da educação infantil para que políticas públicas sejam formuladas com o propósito de mitigar o adoecimento mental nesse público.

Além disso, este estudo proporciona uma maior visibilidade aos trabalhadores da educação infantil, população que ainda se encontra desvalorizada e discriminada. Da mesma forma, impulsiona novos estudos que investiguem condições de trabalho e saúde de docentes atuantes em outros cenários, como em escolas da rede privada, bem como com docentes de outros níveis de ensino, avaliando diferentes contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho?** São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.

ALVARENGA, V. C. A carreira das professoras de educação infantil: indícios de precarização e intensificação do trabalho docente. In: ARCE, A.; JACOMELI, M. R. M. **Educação infantil versus educação escolar?** Entre a (des)escolarização e a precarização do trabalho pedagógico nas salas de aula. Campinas: Autores Associados, 2012.

ALVES FILHO, J.M. O ruído no ambiente de trabalho: sua influência nos aspectos biopsicossociais do trabalhador (Tese de doutorado). Florianópolis. 2002.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ARAGÃO, M. C.; KREUTZ, L. A docência na educação infantil: representações, identidades e práticas. **Praxis Educacional**. Vitória da Conquista. v. 9, n. 15, p. 127-146, jun./ dez, 2013.

ARAÚJO, T. M et al. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 4, p.1117-1129, 2006.

ARAÚJO, T.M.; CARVALHO, F.M. Condições de trabalho docente e saúde na Bahia: estudos epidemiológicos. **Educ. Soc.** Campinas, v. 30, n. 107, p. 427-449, 2009. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em 10 de julho de 2018.

ARCE, A. Documentação oficial e o mito da educadora nata na educação infantil. **Cadernos de Pesquisa**, n. 13, p.167-184 junh. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/n113/a09n113.pdf>.

BÁRBARO, A.M., et al. Transtornos mentais relacionados ao trabalho: revisão de literatura. **SMAD, Rev eletrônica saúde mental álcool drog**. Ribeirão Preto/SP, v.5,n. 2, p.1-16, 2009.

BARBOSA, M. C. S. et al. Projeto de cooperação técnica MEC e UFRGS para construção de orientações curriculares para a educação infantil. Relatório de pesquisa contribuições dos pesquisadores à discussão sobre as ações cotidianas na educação das crianças de 0 a 3 anos. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Universidade Federal Rio Grande do Sul. Brasília, 2009.

BARROS, M.B.A. et al.. Depressão e comportamento de saúde em adultos brasileiros- PNS 2013. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v.51 (Supl 1:8s), p. 1-10, jun. 2017.

BASTOS, M. H. C. Jardim de crianças: o pioneirismo do Dr. Menezes Vieira (1875-1887). In: MONARCHA, C. **Educação da infância brasileira- 1875-1983**. São Paulo. Ed. Autores associados, 2001.

BATISTA, J.B.V., et al. O ambiente que adoecer: condições ambientais de trabalho do professor do ensino fundamental. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, v.18,n.2, p. 234-42, 2010.

BATISTA, J.B.V. et al. Transtornos mentais em professores universitários: estudo em um serviço de perícia médica. **J. res.: fundam. care. online**. v.8, n.2, p.4538-4548, abr./jun. 2016.

BEHLAU, M., et al. Epidemiology of voice disorders in teachers and nonteachers in Brazil: Prevalence and adverse affects. **Journal of Voice**, v. 26, n. 5, set., 2012.

BERBER, J.S.S.; KUPEK, E.; BERBER, S.C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com Síndrome da Fibromialgia. **Rev. Bras Reumatol.**, v. 45, n. 2, p. 47-54, mar./abr., 2005. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042005000200002>>. Acesso em: 16 de janeiro de 2019.

BERTUSSI, V.C. et al. Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v.20, n.20, a21, p. 1-9, 2018.

BODEN, J.M.; FERGUSON, D.M. Alcohol and depression. *Society for the Study of Addiction*, v.106, n. 5, p., 906–914, mar., 2011.

BORGES, Zilma. O significado do trabalho: uma reflexão sobre a institucionalização do trabalho na empresa integrada e flexível. **eGesta**, v. 3, n. 1, p. 121-143, jan./mar.,2007. Disponível em: <https://www.unisantos.br/mestrado/gestao/egesta/artigos/98.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2018.

BRANCO, J. C.; et al. Prevalência de sintomas osteomusculares em professores de escolas públicas e privadas do ensino fundamental. **Fisioter. Mov.** Curitiba, v. 24, n. 2, p. 307-314, abr./jun. 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico]: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 85/2015 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2015. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 20 de agosto de 2018.

_____. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. ECA _ Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 10 de agosto de 2018.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Referencial curricular nacional para a educação infantil / Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Fundamental. — Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/rcnei_vol1.pdf. Acesso em: 21 de agosto de 2018.

_____. Lei Darcy Ribeiro (1996). LDB : Lei de diretrizes e bases da educação nacional : Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. – 13. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016. – (Série legislação, n. 263).

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde /Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BOING, A.F. et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.4, p. 617-623, 2012.

BROMET, E. et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, v.9, n. 90, p. 1-16, 2011.

CAMARGO, R. et al. Fatores de risco para episódios e sintomas depressivos em usuários de álcool e/ou cocaína. **Aletheia**, v. 49, p.116-128, jan./abr., 2016.

CARDOSO, J.P., et al. Prevalência de dor musculoesquelética em professores. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 604 - 14, 2009.

COÊLHO, R. F. N.; SOUZA, F. L.; COÊLHO, I.N. A saúde de professores universitários no sertão nordestino – Brasil: investigando suas características clínico- comportamentais. **MNEME – Revista de humanidade**, Caicó, v. 17, n. 38, p. 83-102, jan./jun., 2016.

CRAIDY, C.M. Educação Infantil e as Novas definições da legislação. In: CRAIDY, C.; KAERCHER, G.E. **Educação Infantil: pra que te quero?** Porto Alegre. Ed.Artmed, 2001.

CRUZ, R. M.; LEMOS, J. C. Atividade docente, condições de trabalho e processos de saúde. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 17, n. 24, p. 59-80, 2005.

DALRI, R.C.M.B., ROBAZZI, M.L.C.C, SILVA, A.L. Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgência e emergência. **Cienc. Enferm.**, n. 16, v. 2, p. 69-81, 2010. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_08.pdf> Acesso em: 24 março de 2018.

DELCOR, N.S. et al. Condições de trabalho e Saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 20, n.1, p. 187-203, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000100035&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 março de 2019.

DIDONET, V. Creche: a que veio, para onde vai. In: Educação Infantil: a creche, um bom começo. Em Aberto/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. v 18, n. 73. Brasília, p.11-28, 2001.

ELIAS, M.A, NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-am Enfermagem**, n. 14, v. 4, p. 517- 525, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/v14n4a08.pdf>. Acesso em: 24 março de 2018.

EUGÊNIO, B.; SOUZA, R.; LAURO, A.D.D. Trabalho e adoecimento do professor da educação básica no interior da Bahia. **Laplage em Revista (Sorocaba)**, v.3, n.2, p.179-194, mai.-ago. 2017. Disponível em:

<<http://www.laplageemrevista.ufscar.br/index.php/lpg/article/view/325>>. Acesso em: 24 de agosto de 2019.

FILLIS, M.M.A. et al. Frequência de problemas vocais autorreferidos e fatores ocupacionais associados em professores da educação básica de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.1, p. 1-10, jan, 2016.

FONTANA, R. T.; PINHEIRO, D.A. Condições de saúde auto-referidas de professores de uma universidade regional. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre. v.2, n. 31, p. 270-266, 2010.

FOSTER, J.H et al. Quality of life in alcohol-dependent subjects- a review. **Quality of Life Research**, v. 8, n. 3, p. 255-261,1999.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SILVA, E.S. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. Saúde ocup.** São Paulo, v.35,n.122, p. 229-248, 2010.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, maio/ago. 2005.

GJERDINGEN, D. et al. Postpartum Depression Screening at Well-Child Visits: Validity of a 2-Question Screen and the PHQ-9. **Annals of family medicine**, v. 7, n..1, jan/fev., 2009.

GOMES, L.; BRITO, J. Desafios e possibilidades ao trabalho docente e à sua relação com a saúde. **Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, jan/jun, p. 49-62, 2006.

GOUNET T. **Fodismo e Toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

GUERREIRO, N.P. et al. Perfil sociodemográfico, condições e cargas de trabalho de professores da rede estadual de ensino de um municípios da região sul do Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 (supl. 1), p. 197-217, 2016.

GUIMARÃES, Célia Maria. A história da atenção à criança e da infância no Brasil e o surgimento da creche e da pré escola. **Revista Linhas. Florianópolis**, v. 18, n. 38, p. 81-142, set./dez. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1984723818382017081>. Acesso em: 22 de janeiro de 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional 2017. Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291080>>. Acesso em: 8 de agosto de 2018.

IRONS, C. **Depressão: saiba como diferenciar a depressão clínica das tristezas do dia a dia**. 1º Ed. São Paulo: Saraiva Educação. 2018.

- JEON, L, BUETTNER, C.K.; SNYDER, A.R. Pathways from teacher depression and child care quality to child behavioral problems. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.82, n.2, p. 225-235, 2014.
- JESUS, C. S.; CARVALHO, F.M.; ARAÚJO, T.M. Demanda psicológica no trabalho e dor musculoesquelética em professoras. **Psic. Saúde & Doenças**. Lisboa. v.17 n.3, p. 575-586, 2016.
- JOHNSON, S. The experience of work-related stress across occupations. **Journal of Managerial Psychology**. v. 20, n. 2, p. 178-187, 2005.
- JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres. **Rev. Psiq. Clín.** v.33, n. 2, p. 74-79, 2006.
- KIDGER, J. et al. Teachers' wellbeing and depressive symptoms, and associated risk factors: A large cross sectional study in English secondary schools. **Journal of Affective Disorders**. 192, p.76–82, 2016.
- KLOCK, M.C.L. et al. Qualidade de vida acústica em ambientes escolares: um desafio à educação moderna. **Revista Eletrônica Interdisciplinar Matinhos**, v.9, n.1-2, p. 14-19, jan/dez., 2016.
- KUHLMANN, M.J. O jardim de infância e a educação das crianças pobres. In: MONARCHA, C. **Educação da infância brasileira- 1875-1983**. São Paulo. Ed. Autores associados, 2001.
- KUHLMANN, M. J.; BARBOSA, M. C. Pedagogia e rotinas no “Jardim da Infância”. In: KUHLMANN JR, M. **Infância e educação infantil: uma abordagem histórica**. Porto Alegre, Mediação, 1998.
- KRAMER, S. **A política do pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- KROENKE, K, SPITZER, R.L, WILLIAMS, J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. **J Gen Intern Med**. n.16, v.9, p. 606-13. 2001.
- KROENKE, K. et al. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. **Gen Hosp Psychiatry**; n. 32, p.345-359, 2010.
- LANCMAN, S.; GHIRARDI, M.I.G. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, n. 13, v. 2, p. 44-50, 2002. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13895/15713>. Acesso em: 24 de março de 2018.
- LIBARDI, A. et al. O ruído em sala de aula e a percepção dos professores de uma escola ensino fundamental de Piracicaba. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.18, n. 2, p. 167-178, ago., 2016.

- LIMA, R., C.; SERGIO, M. C.; SOUZA, A. C. A prática docente do professor da educação infantil: contribuições para o desenvolvimento das crianças. **Revista e-curriculum**, São Paulo, v.8 n.1 abril, 2012.
- LIPIETZ, A.; LEBORGNE, D. **O pós – fordismo e seu espaço**. Espaço e Debates, n 25, 1988.
- LOPEZ, M.; ALLER, A. M. H. **Educación preescolar**. Buenos Aires. Troquel, 1970.
- MANEA, L.; GILBODY, S.; MCMILLAN, D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. **General Hospital Psychiatry**, v. 37, p. 67-75, 2015.
- MANGO, M. S. M. et al. Análise dos sintomas osteomusculares de professores do ensino fundamental em Matinhos (PR). **Fisioter. Mov.** Curitiba, v. 25, n. 4, p. 785-794, out./dez. 2012.
- MARTINS, M.F.D. et al. O trabalho das docentes da Educação Infantil e o mal-estar docente: o impacto dos aspectos psicossociais no adoecimento. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. v. 17, n. 2, p.281-289, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/112348>>. Acesso em: 15 de julho de 2019.
- MCEACHIN, R. C. et al. Modeling gene-by-environment interaction in comorbid depression with alcohol use disorders via an integrated bioinformatics approach. **BioData Mining**, v.1, n. 2, p. 1-13, 2008.
- MEIRA, T. R. M. et al. Percepções de professores sobre trabalho docente e repercussões sobre sua saúde. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza v. 27, n. 2, p. 276–282, abril/jun., 2014.
- MELLO, D. T. A história do cuidado à crianças pequena em Porto Alegre: a roda dos expostos da Santana Casa da Misericórdia (1837-1940). In: ROMAN, E. D.; STEYER, V. E. **A criança de 0 a 6 anos e a educação infantil: um retrato multifacetado**. Canoas. Ed. ULBRA, 2001.
- MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.
- MENEZES, et al. Síndrome de burnout: avaliação de risco em professores de nível superior. **Rev. Enferm. UFPE (online)**, Recife, v.11, n.1, p.4351-4359, nov., 2017.
- MINGHELLI, B. et al.. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Rev Psiq Clín.**, v. 40, n.2, p.71-76, 2013.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS. Informativo eletrônico do Ministério da Previdência Social. Cai número de acidentes de trabalho e aumenta afastamentos por transtornos mentais. Previdência em questão. Brasília, n. 59, fev.2012. Disponível em:<http://sa.previdencia.gov.br/site/arquivos/office/4_120326-105114-231.pdf>. Acesso em: 12 de janeiro de 2019.
- MONTESSORI, M. **A criança**. São Paulo: Círculo do livro, 1989.

MOREIRA, A.S.G.; SANTINO, T.A.; TOMAZ, A.F. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental de uma escola da rede pública. **Ciencia & Trabajo**, v.19, n.58, p. 20-25,abr. 2017.

NEVES, M.Y.R.; SILVA, E.S. A dor e a delícia de ser (estar) professora: trabalho docente e saúde mental. **Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2006.

OIT. Organização Internacional do Trabalho disponível www.oitbrasil.org.br. Acesso em: 10 de agosto de 2018.

OLIVEIRA, Z. M. R. **Creches: Crianças, faz de conta & Cia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992.

OLIVEIRA, D.C. et al. Avaliação da depressão em funcionários de uma instituição de ensino superior particular em Vitória da Conquista- Ba. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.11, n.35, p. 392-404, maio, 2017.

OMS. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1.^a edição, Lisboa, Abril de 2002.

_____. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde-Décima Revisão. 8. ed. São Paulo: Edusp; v.2, 2008.

_____. OPAS. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Folha Informativa. março, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acessado em: 07 de fevereiro de 2019.

ONGARI, B.; MOLINA, P. **A educadora de creche: construindo suas identidades**. Tradução: Fernanda L. Ortale e Ilse Paschoal Moreira. São Paulo: Cortez, 2003.

PASCHOAL, J. D.; MACHADO, M. C. G. A História da educação infantil no Brasil: avanços, retrocessos e desafios dessa modalidade educacional. **Revista Histerdbr On-line**. Campinas, n.33, p. 78-86, mar. 2009.

PINHEIRO, R. S et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciê. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, p. 687-707, 2002.

POMPILI, M. et al. Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. **Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 7, n. 4, p. 1392-1431, 2010.

RAMOS, G.C.F. et al. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional, **Bras Psiquiatr**, v. 64, n. 2, p. 122-131, 2015.

REIS, E. J.F.B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1480-1490, set-out, 2005.

REIS, E.J.F.B., et al. Docência e exaustão emocional. **Educ. Soc.**, Campinas, v.27, n.94, p.229 -253, 2006.

RIBEIRO, C.V.S.; LÊDA, D.B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, ano 4, n. 2, p. 76- 83, 2004.

RIZZO, G. **Creche: organização, currículo, montagem e funcionamento**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

ROMBALDI, A.J., et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**.v.13, p.4.p. 620-629, 2010.

ROUSSEAU, J.J. **Emílio ou da educação**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil,1992.

SANTANA, D. R. A função da mulher na educação infantil: mãe ou professora? IX Seminário nacional de estudos e pesquisas “história, sociedade e educação no Brasil” Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa – jul/ago., 2012 – Anais Eletrônicos – ISBN 978-85-7745-551-5.

SANTOS, I.S et al. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population. **Cad. Saúde Pública**, v 29, p.1533-1543, 2013.

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

SAYÃO, D. T. Relações de gênero e trabalho docente na Educação Infantil: um estudo de professores em creche. 2005. 273 f. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina: PPGE, Florianópolis, 2005.

SCHILLING, R.S.F. More effective prevention in Occupational Health practice? **Journal of Society of Occupational Medicine**: Oxford. v.34, v.3, p.71-79, 1984. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.893.2852&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

SILVA, L. G.; SILVA, M.C. Condições de trabalho e saúde de professores pré escolares da rede pública de ensino de Pelotas, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p. 3137-3146, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001100004&script=sci_abstract. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

SILVA, J. P. Violência na Educação Infantil - Apreensão dos Sentidos e Significados Docentes. Dissertação (Mestrado em educação) - Centro de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS, p. 222. 2016.

SILVA, B.R.V.S, et al. Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa em saúde de adolescentes: um estudo piloto. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n.3, p. 193-197, set./dez. ,2018.

SILVEIRA, K. A.; ENUMO, S.R.; BATISTA, E. P. Indicadores de estresse e estratégias de enfrentamento em professores de ensino multisseriado. **Revista Quadrimestral da**

Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, São Paulo, v. 18, n.3, p. 457-465, set/dez., 2014.

SILVEIRO, et al. Ações em saúde vocal: proposta de melhoria do perfil vocal de professores. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. São Paulo v.20, n.3; jul-set, 2008.

SORIA SAUCEDO, R. et al. The prevalence and correlates of severe depression in a cohort of Mexican teachers. **Journal of Affective Disorders**, v.234, p. 109–116, 2018.

SOUZA, C. L. DE; CARVALHO, F. M.; ARAÚJO, T. M. DE; et al. Fatores associados a patologias de pregas vocais em professores. **Revista de Saude Publica**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 914–921, 2011.

SPITZER RL et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. **JAMA**, Vol 272: 1749-1756, 1994.

SPITZER, R.L. et al. Validity and utility of the Patient Health Questionnaire in assessment 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-gynecology Study. **Am J Obstet Gynecol**; n.183, p.759-69, 2000.

STANSFELD, S.A., et al. Occupation and mental health in a national UK survey. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.** v.46, p.101–110, 2011.

TITTONI, J. Subjetividade e Trabalho. **A experiência no trabalho e sua expressão na vida do trabalhador fora da fábrica**. Porto Alegre: Ortiz,1994.

TORRENS, M.; GILCHRIST, G.; DOMINGO, A. S. Psychiatric comorbidity in illicit drug users: substance-induced versus independent disorders. **Drug Alcohol Depend.** ,v.15, p.147-156, 2011.

TOSTE, M.V. et al. Sofrimento mental de professores do ensino público. **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 87-99, jan/mar 2018.

VIEIRA, J. et al. A constituição das doenças da docência. **Cadernos de Educação (UFPel)**, Pelotas, v.37, p. 303-324, 2010.

VIERA, L.F.; OLIVEIRA, T.G. As condições do trabalho docente na educação infantil no Brasil: alguns resultados de pesquisa (2002-2012). **Revista Educação em Questão**, Natal, v. 46, n. 32, p. 131-154 maio/ago., 2013.

WHITAKER, R. C.; WESLEY, T. D.; GOOZE, R. A. Workplace stress and the quality of teacher–children relationships in Head Start. **Early Childhood Research Quarterly**. v. 30, p. 57–69, 2015.

WHO .World Health Organization. Early detection of health impairment in occupational exposure to health hazards. Geneva: WHO, 1975.

_____.World Health Organization. The world health report: 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: **World Health Organization**; 2001.

_____. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>> Acesso em: 27 de fevereiro de 2019.

WIECLAW, J et al. Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. **Occup Environ Med.** v.63,n. 5, p.314–319, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2092492/>>. Acesso em: 26 de março de 2018.

ZIBETTI, M. L. T.; PEREIRA, S. R. Mulheres e professoras: repercussões da dupla jornada nas condições de vida e no trabalho docente. *Educação em Revista*, n. spe2, p. 259-276, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602010000500016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 de janeiro de 2019.