

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM EDUCAÇÃO NÍVEL DE MESTRADO/PPGE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SOCIEDADE, ESTADO E EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: FORMAÇÃO DE PROFESSORES E PROCESSOS
DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM**

**O CALEIDOSCÓPIO DO PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA NA PERCEPÇÃO DE
PROFESSORES DO ENSINO MÉDIO DOS COLÉGIOS PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR**

TEREZINHA APARECIDA CAMPOS

CASCAVEL, PR

2018

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM EDUCAÇÃO NÍVEL DE MESTRADO/PPGE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SOCIEDADE, ESTADO E EDUCAÇÃO
LINHA DE PESQUISA: FORMAÇÃO DE PROFESSORES E PROCESSOS
DE ENSINO E DE APRENDIZAGEM**

**O CALEIDOSCÓPIO DO PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA NA PERCEPÇÃO DE
PROFESSORES DO ENSINO MÉDIO DOS COLÉGIOS PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR**

TEREZINHA APARECIDA CAMPOS

CASCAVEL, PR

2018

TEREZINHA APARECIDA CAMPOS

O CALEIDOSCÓPIO DO PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA NA PERCEPÇÃO DE
PROFESSORES DO ENSINO MÉDIO DOS COLÉGIOS PÚBLICOS
DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação, nível Mestrado, Área de Concentração em Sociedade, Estado e Educação, na Linha de Formação de Professores e Processos de Ensino e de Aprendizagem, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Unioeste, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Maria Rechia Schroeder

CASCAVEL, PR
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Campos, TEREZINHA DA APARECIDA CAMPOS

O caleidoscópio do processo de saúde e doença na percepção de professores do ensino médio dos colégios públicos do município de Cascavel/Pr : O caleidoscópio do processo de saúde e doença na percepção de professores do ensino médio dos colégios públicos do município de Cascavel/Pr / TEREZINHA DA APARECIDA CAMPOS Campos; orientador(a), Tânia Maria Rechia , 2018.

136 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, Centro de Educação, Comunicação e Artes, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2018.

1. Processo de saúde e doença. 2. Percepção. 3. Professores. I. , Tânia Maria Rechia. II. Título.

CASCADEL, PR

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Cascavel CNPJ 78680337/0002-65
Rua Universitária, 2069 - Jardim Universitário - Cx. P. 000711 - CEP 85819-110
Fone:(45) 3220-3000 - Fax:(45) 3324-4566 - Cascavel - Paraná



TEREZINHA DA APARECIDA CAMPOS

O CALEIDOSCÓPIO DO PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA NA PERCEPÇÃO
DE PROFESSORES DO ENSINO MÉDIO DOS COLÉGIOS PÚBLICOS DO
MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Educação, área de concentração Sociedade, Estado e Educação, linha de pesquisa Formação de Professores e Processos de Ensino e de Aprendizagem, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:


Orientador(a) - Tania Maria Rechia Schroeder

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)


IVANOR LUIZ GUARNIERI

Universidade Federal de Rondônia (UNIR)


Carmen Celia Barradas Correia Bastos

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Cascavel, 23 de março de 2018

AGRADECIMENTOS

Este é o momento onde as normas técnicas e as formalidades acadêmicas cedem espaço simplesmente para a emoção...

Reconheço que, tudo o que foi conquistado nessa trajetória, por meio de esforços e dedicação, foi possível porque algumas pessoas generosas participaram desse processo. Sendo assim, agradeço imensamente a cada uma delas.

Primeiramente a Deus, o Todo Poderoso, pedra angular da minha vida, que a cada dia me renova com sua força divina, dando-me uma nova oportunidade de viver e continuar sonhando. Pois, cada dia é uma nova oportunidade para celebrarmos e usufruirmos de tudo o que Senhor tem para nós.

À professora Dra. Tânia Maria Rechia Schroeder, minha querida orientadora, por ter aceitado trilhar comigo o caminho científico e a organizar meus escritos, pela atenção, paciência e compreensão dos meus limites, impulsionando-me a superá-los, pelo ser humano indescritível que é. Há pessoas que marcam a nossa vida, que despertam algo especial em nós, que transformam à nossa maneira de ver o mundo. E você, professora Tânia, foi uma dessas!!!

À minha mãe Ana Maria Cordeiro Campos, que, apesar da distância geográfica, está sempre orando por mim. E ao meu pai João Maria Ferreira Campos (*in memoriam*), creio que se estivesse aqui ia se orgulhar muito desse momento. Foram eles que formaram meu caráter e me ensinaram o valor da honestidade. Aprendi o valor de honrá-los, pois, a bíblia diz: “Honra teu pai e tua mãe, para que sejas feliz e tenhas vida longa sobre a terra” (Efésios, 6:2).

Às minhas irmãs, Cleusa, Rose e Neuza, aos meus cunhados, Elizandro e Laudair e ao meu sobrinho Nathã, pelo carinho, tornando essa jornada mais fácil de percorrer. Pois, [...] “o que importa não é o que você tem na vida, mas quem você tem na vida, e que bons amigos são a família” [...] (William Shakespeare).

Ao Alessandro Rodrigo Zanato, meu esposo, pelo amor e compreensão neste processo, sei o quanto se empenhou para que eu pudesse ingressar no Mestrado.

Aos professores, Carmen Célia Barradas Correia Bastos, Ivanor Luiz Guarnieri e Fábio Lopes Alves, que dedicaram parte do seu precioso tempo para contribuir na conclusão dessa pesquisa, por meios dos apontamentos realizados.

Ao professor Mustafa Hassan Issa, que me ensinou a dar os primeiros passos no universo da pesquisa científica. Com sua dedicação, integridade e serenidade despertou em mim o gosto pela pesquisa, durante a graduação. Sou grata por ter, na ocasião, aceitado me orientar, sendo um verdadeiro mestre.

Aos meus verdadeiros amigos Jaime Pizzoni e Rosane Nath que um dia acreditaram em mim e me ajudaram a ingressar na área da saúde, reconheço a importância de vocês em minha vida.

Aos colegas de sala de aula, pelos momentos compartilhados, pelas trocas de experiências relatadas em pequenos grupos durante os intervalos das aulas, afinal fomos marinheiros de um mesmo barco em busca de uma doce vitória.

E as pessoas que em algum momento enriquecem nossa vida, mas que, às vezes, não as reconhecemos.

Enfim, todo o trabalho de pesquisa é fruto de muitos encontros durante o percurso, a todos, inclusive aqueles que não citei, mas que também foram pessoas importantes nesta trajetória.

Muito Obrigada!!!

EPIGRAFE

Aprende que não importa aonde já chegou, mas aonde está indo [...]. Aprende que o tempo não é algo que possa voltar para trás. [...] aprende que [...] pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais (William Shakespeare).

O Senhor é fiel em todas as suas promessas e é bondoso em tudo o que faz (Salmos 145:13).

CAMPOS, Terezinha Aparecida. **O caleidoscópio do processo de saúde e doença na percepção de professores do ensino médio dos colégios públicos do município de Cascavel/PR, 2018.** 136 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação. Área de concentração: Sociedade, Estado e Educação. Linha de Pesquisa: Formação de professores e processos de ensino e de aprendizagem, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste, Cascavel/PR, 2018.

RESUMO

Para compreender parte do vasto e do complexo universo da saúde e doença é preciso, antes de tudo, humildade para reconhecer que todo é qualquer estudo sobre essa temática é parcial e provisório. É preciso, no entanto, escolher caminhos e recortes para abordá-lo. Inicialmente, buscou-se contextualizar alguns aspectos do momento histórico, social, econômico, político, ambiental e cultural em que a sociedade se encontra. Essa contextualização é necessária em razão de que saúde e doença não representam a mesma coisa para as pessoas, pois que diversos fatores podem influenciar o imaginário de cada um. E isso vai depender da época, do lugar em a pessoa vive, bem como das suas relações sociais, dos seus valores individuais e coletivos, das concepções cotidianas, científicas, religiosas e filosóficas. Nessa perspectiva, este estudo, por meio da pesquisa de campo, de cunho exploratório e qualitativo, teve o objetivo central de conhecer a percepção dos professores do ensino médio dos colégios públicos do município de Cascavel/PR sobre o processo de saúde e doença no cotidiano do trabalho. Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado, aplicado na forma de entrevistas e, posteriormente, os dados obtidos foram agrupados e analisados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo. Infere-se que os professores estão expostos a uma sobrecarga de atividades laborais, dupla jornada de trabalho, instabilidade e desvalorização salarial, profissional, social, além de condições insalubres nos locais de trabalho. Constatou-se que 66,7% dos professores entrevistados exercem suas atividades laborais nos períodos da manhã e tarde, e que 53,3% deles arcam com uma carga laboral semanal de 40 horas, o que representa uma jornada de trabalho exaustiva, pois eles exercem outras funções que não estão vinculadas à docência, como donas de casa, pais, mães e cônjuges. Diante desse contexto, os professores adoecem devido uma conjunção de fatores, e conseqüentemente, tendo que desenvolver as atividades laborais doentes. Tanto assim é que 100% dos entrevistados afirmam que já trabalharam doentes. E dentre os problemas de saúde relatados estão as doenças de ordem musculoesqueléticas, enxaquecas, problemas na voz, infecções das vias aéreas superiores e estresse. Infere-se que as condições de trabalho adversas resultantes da desvalorização profissional, da estrutura física inadequada, do excesso de alunos em sala, da dupla jornada e da sobrecarga de trabalho, entre outros, são causas que levam ao adoecimento dos professores. Diante dessa complexidade, ou seja, desse caleidoscópio do processo de saúde e doença, constatou-se que esse fenômeno extrapola o corpo físico e biológico, afetando sua dimensão mental, social e cultural, perceptíveis em suas relações em sala de aula e em seu estilo e qualidade de vida. Considera-se que o processo de saúde

e doença envolve características objetivas e subjetivas do ser humano. Assim, portanto, ao olhar para esse sujeito é necessário ponderar também o contexto em que está inserido, bem como, seus valores, crenças, sentidos e percepções, para então planejar e promover ações que visem à redução de vulnerabilidades e de riscos à saúde no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: Cotidiano. Escola. Processo de saúde e doença. Professores.

CAMPOS, Terezinha Aparecida. **The kaleidoscope of health and illness process in the perception of high school teachers of public schools of the city of Cascavel, Paraná, Brazil, 2018. 136 f.** Dissertation (Master of Education). Western Paraná State University, Cascavel/PR, 2018. Advisor: Dra. Tânia Maria Rechia Schroeder.

ABSTRACT

To understand part of the vast and complex universe of health and illness, it is necessary, first of all, humility to recognize that any study of this theme is partial and provisional. Second of all it is necessary to choose paths and cutouts to approach it. Initially, we sought to contextualize some aspects of the historical, social, economic, political, environmental and cultural moment in which the society finds itself. This contextualization is necessary because health and illness do not represent the same thing for people, since several factors can influence the imaginary of each one. This will depend on the time, on the place in which one lives, as well as on their social relations, on their individual and collective values, on scientific, religious, philosophical and daily conceptions. In this perspective, this study, through exploratory and qualitative field research, has as central objective to apprehend the perception of high school teachers of public schools from the city of Cascavel, Paraná, Brazil, on health and illness process in work. For the data collection, a semi-structured script was used, applied in the form of interviews and, later, the data obtained were grouped and analyzed through the Content Analysis Technique. It is inferred that teachers are exposed to an overload of work activities, double working hours, instability, professional, social and wage devaluation, besides the unhealthy conditions in the work environment. It was found that 66.7% of the teachers interviewed carry out their work activities during the morning and afternoon, and that 53.3% of them have a 40-hour workload per week, which represents an exhaustive working day, also because they are likely to perform other functions that are not tied to teaching, such as housewives, parents, mothers, and spouses. In this context, they often end up falling ill and, consequently, having to go to work even sick. It is so that 100% of respondents say that they have already worked sick. In the health problems reported it is included musculoskeletal disorders, migraines, voice problems, upper respiratory infections, and stress. It is inferred that adverse working conditions resulting from professional devaluation, inadequate physical structure, excess of students in class, double journey and work overload, among others, are causes that lead to the sickness of the teachers. Faced with this complexity that is this kaleidoscope of health and illness process, it was verified that this phenomenon extrapolates the physical and biological body, affecting their mental, social and cultural dimension, perceptible in their relations in the classroom and in their style and quality of life. It is considered that the health and illness process involves objective and subjective characteristics of human being. Thus, when looking at this subject, it is also necessary to consider the context, in which it is inserted, as well as its values, beliefs, senses and perceptions, in order to plan and promote actions aimed at reducing vulnerabilities and health risks in work environment.

Keywords: Daily. School. Health and illness process. Teachers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Teoria mágico/religiosa.....	29
Figura 2: Teoria dos quatro humores.....	30
Figura 3: Higienização dos espaços urbanos.....	31
Figura 4: Era da Bacteriologia.....	33
Figura 5: Teoria multicausal.....	33
Figura 6: Modelo de determinação social da saúde.....	35
Figura 7: Asclépio (deus da Medicina) e o cajado com a serpente.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos pelo critério de sexo.....	78
Gráfico 2: Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos pelo critério da faixa etária em décadas.....	78
Gráfico 3: Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos de acordo com o estado civil.....	81
Gráfico 4: Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos pelo critério de ter ou não filhos.....	82
Gráfico 5: Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos pelo critério do turno diário em que atuam na docência.....	83
Gráfico 6: Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos de acordo com o vínculo empregatício.....	84
Gráfico 7: Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos de acordo com a carga horária.....	84
Gráfico 8: Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos de acordo com o tempo de serviço.....	87
Gráfico 9: Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos de acordo com a formação escolar formal.....	89
Gráfico 10: Você já trabalhou sentindo-se doente? E o que você estava sentindo?.....	90
Gráfico 11: Você se afasta do trabalho com frequência por motivo de adoecimento, por quais motivos?.....	99
Gráfico 12: Estando doente o que você faz para melhorar?.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADUFPA - Associação dos Docentes da Universidade Federal do Pará

AIS - Ações Integradas de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

CAP - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEE – Conselho Estadual de Educação

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNE – Conselho Nacional de Educação

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

DORT - Distúrbios Osteomoleculares Relacionados ao Trabalho

FUNRURAL – Fundo de Assistência do Trabalhador Rural

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensão para Bancários

IAPC - Instituto de Aposentadoria e Pensão para os Comerciantes

IAPI - Instituto de Aposentadoria e Pensão para Industriários

IAPMP - Instituto de Aposentadoria e Pensão para Marítimos e Portuários

IAPTEC - Instituto de Aposentadoria e Pensão para Trabalhadores em Transporte e Cargas

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IAPSP - Instituto de Aposentadoria e Pensão para Servidores Públicos

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LER - Lesões por Esforços Repetitivos

LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

NRE – Núcleo Regional de Educação

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS - Organização Mundial da Saúde
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PR – Paraná
PSS - Processo Seletivo Simplificado
QPM - Quadro Próprio do Magistério
SALTE - Plano de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SAMHPS - Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social
SEE – Secretaria Estadual de Educação
SEED-PR – Secretaria de Estado da Educação do Paraná
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC - Tecnologias da Informação e Comunicação
UAB - Universidade Aberta do Brasil
UFPA - Universidade Federal do Pará
UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
EIXO I.....	20
O PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA.....	20
1.1 Corpo, saúde e doença.....	20
1.2 Diferentes concepções sobre o processo saúde e doença.....	27
1.3 Promoção e prevenção da saúde.....	38
1.4 Saúde Pública no Brasil: aspectos históricos.....	41
EIXO II.....	50
ESCOLA CONTEMPORÂNEA E ADOECIMENTO DOCENTE.....	50
2.1 Desafios da escola na pós-modernidade.....	50
2.2 Trabalho na pós-modernidade e seus impactos na saúde dos professores.....	52
2.3 Precarização do trabalho docente.....	59
EIXO III.....	64
A SALA DE AULA E A SAÚDE DOS PROFESSORES.....	64
EIXO IV.....	70
TRAJETÓRIA METODOLOGICA.....	70
4.1 Descrição da pesquisa.....	70
4.2 Desenhando o problema de pesquisa.....	72
4.3 Apresentação do campo da pesquisa.....	73
4.4 Procedimentos da pesquisa.....	74
EIXO V.....	77
5.1 Caleidoscópio do processo de saúde e doença na percepção dos professores.....	77
5.2 A saúde e a doença no cotidiano do trabalho docente.....	103
5.3 Estilo e qualidade de vida sob a ótica dos professores.....	106
5.4 Noções de saúde e doença na percepção dos docentes.....	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	117
ANEXOS.....	132
APÊNDICE	136

INTRODUÇÃO

A enfermagem e a educação são duas áreas do conhecimento que têm acompanhado minha trajetória acadêmica e profissional. O primeiro contato com a docência foi no período da graduação em Enfermagem, por meio da disciplina Prática de Ensino I e II, na qual se realiza atividades teórico-prática com vistas à reflexão e a investigação da ação docente, bem como a atuação do docente enfermeiro.

Nessa disciplina também são executados projetos de educação continuada junto a instituições que desenvolvem atividades relacionadas à saúde.

Desde então, meu interesse pela docência fez com que, além de atuar na dimensão gerencial e assistencial em serviços de saúde, fosse lecionar e supervisionar estágios no curso Técnico de Enfermagem. Logo, diante do contexto em que estava inserida, para dar continuidade à minha formação, busquei na pós-graduação, especificamente no Mestrado em Educação, compreender alguns processos complexos do cotidiano escolar, assim como no modo de intervir e atuar no desenvolvimento de ações voltadas à educação e saúde, pois, entende-se que o enfermeiro desempenha um papel significativo nas relações entre a saúde, educação e sociedade. E que seu processo de trabalho está atrelado ao cuidar/assistir/gerenciar, pesquisar e ensinar.

Ser enfermeiro docente é algo que me proporciona satisfação, pois a docência me permite olhar para além do ensinar. É por meio da docência que vislumbro a possibilidade de socializar conhecimentos, saberes e competências técnicas, nas áreas de educação e saúde.

Considerando que sou enfermeira de formação e docente por opção, minha chegada à linha de pesquisa: Formação de Professores e Processos de Ensino e de Aprendizagem, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Unioeste, teve como intuito pesquisar sobre saúde e doença no cotidiano de professores do ensino médio dos colégios públicos do município de Cascavel/PR. Logo, as questões problematizadoras que norteiam a pesquisa foram: como se expressa no cotidiano dos professores o processo saúde e doença? Que sentidos emergem das percepções destes profissionais quando se fala em saúde e doença?

Os resultados da pesquisa estão expostos, aqui, em cinco eixos. No primeiro, intitulado de “Processo de saúde e doença”, abordamos questões sobre o corpo, a

saúde e a doença. Nesse eixo, contextualizamos alguns aspectos da pós-modernidade baseado no referencial teórico do sociólogo francês Michael Maffesoli, e posteriormente, apresentamos um percurso histórico sobre alguns aspectos das teorias interpretativas do processo de saúde e doença.

A partir de um olhar sócio-histórico objetivamos compreender alguns aspectos do processo de saúde e doença de acordo com a percepção dos professores pesquisados. Entendemos que este processo deve ser compreendido baseado nas experiências cotidianas, onde sentidos são elaborados a partir do modo como as pessoas as vivenciam.

Em seguida, ainda no mesmo eixo, discorremos sobre “Promoção e prevenção da saúde”. Ações fortemente difundidas no âmbito da saúde pública, especificamente na atenção básica, caracterizado como sendo o primeiro nível de atenção em saúde. Quando nos referimos à promoção da saúde, estamos falando sobre um processo social e político, onde estão atreladas ações que visem propor medidas que possam trazer mudanças das condições sociais, políticas, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto na saúde individual e coletiva. E, no que tange a prevenção da saúde, as ações são planejadas no intuito de evitar o surgimento de doenças, reduzindo sua incidência e prevalência na população. E, assim, a prevenção da saúde está estruturada em três níveis, os quais estão descritos no referido eixo.

Compõe também o primeiro eixo, alguns elementos do percurso da saúde pública no Brasil. No item que trata desse assunto, abordamos principalmente sobre os serviços de saúde disponíveis para a população, bem como, questões administrativas e políticas desde o Brasil colônia até a década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

No segundo eixo, denominado de “Escola contemporânea e adoecimento docente”, pontuamos alguns aspectos relacionados aos “Desafios da escola na pós-modernidade”, olhando para o contexto escolar como o *locus* de socialização do conhecimento científico, histórico e cultural.

Logo depois, dissertamos sobre “O trabalho no contexto pós-moderno e seus impactos na saúde dos professores” o que permite dizer que nos encontramos em um momento histórico do qual surgem novos valores que acarretam em novas visões de

mundo, com profundas mudanças no contexto geral da sociedade, e neste sentido, a dinâmica do trabalho docente com relação ao processo de saúde e doença deve ser visto para além do aspecto físico e biológico.

Também faz parte desse eixo, o tema “Precarização do trabalho docente”, no qual procuramos demonstrar alguns fatores relacionados à precarização do trabalho docente e conseqüentemente, ao processo de saúde e doença destes profissionais.

No terceiro eixo, “A sala de aula e a saúde dos professores”, expomos algumas relações entre adoecimento e condições de trabalho relacionadas à docência. Apresentando algumas das mazelas decorrentes deste ambiente, que por vezes, levam ao afastamento da função.

No quarto eixo, “Percurso metodológico da pesquisa” descrevemos o caminho trilhado para a efetivação da referida pesquisa, o qual está estruturado nos seguintes tópicos: “descrição da pesquisa”, “delineamento do problema”, “apresentação do campo de pesquisa” e “procedimentos da pesquisa”. Para isso, recorreremos à pesquisa de campo e bibliográfica, de cunho exploratório e qualitativo.

E, no quinto eixo, apresentamos o desfecho da referida pesquisa, denominado de “Caleidoscópio do processo de saúde e doença na percepção dos professores”. Momento em que os dados coletados foram tratados, analisados e discutidos a partir dos autores que fizeram parte do referencial teórico.

Assim, o *corpus* deste conteúdo foi organizado por meio da Técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 1977). Por essa técnica são enfatizadas as similaridades das respostas e expostos os pontos relevantes das falas dos entrevistados.

EIXO I

O PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA

1.1 Corpo, saúde e doença

Com o intuito de tecermos compreensões sobre o universo da saúde e da doença é mister contextualizar alguns aspectos da cotidianidade do momento social da atualidade. Saúde e doença são palavras com forte carga simbólica, pois carregam imagens, imaginações e símbolos que constroem a vida social, esta organizada a partir do contexto em que as pessoas estão inseridas.

Michel Maffesoli (1998; 2003) chama de pós-modernas as novas formas de socialidade. Para ele, as metáforas que constituem o imaginário social têm grande implicação sobre as formas de compreender o ser humano em sua totalidade.

A vida social é moldada a partir de interações, de imagens e de símbolos. Consequentemente, o imaginário corresponde às imagens que cada um cria a partir da sua relação com o mundo, bem como engloba as informações que recebe e adquire culturalmente, além das escolhas cotidianas (MAFFESOLI, 1995).

Nessa perspectiva, a saúde e a doença podem ser compreendidas a partir das experiências cotidianas atreladas ao imaginário de cada sociedade e de cada época, tudo sempre correlacionado com os sentidos e os significados elaborados diante do modo como as pessoas vivenciam suas experiências.

Para Prado et al. (2013), inspirando-se em Maffesoli, as experiências cotidianas são carregadas de significados que constituem o imaginário coletivo numa relação de retroalimentação (objetivo – subjetivo), ou seja, imagem – imaginário. Dessa forma, concordando com Maffesoli (2001a, p. 75), podemos afirmar que cada época expressa imaginários que revelam uma “aura”, a atmosfera de um determinado tempo e espaço.

Desse modo, o processo de saúde e doença não é uma simples expressão da situação biológica do organismo como um todo. Diríamos que são muito mais valores sociais historicamente colocados, e, por causa disso, devem ser pensados em sua complexidade. Assim, portanto, não podemos apreender esse processo apenas em seu aspecto biológico, o qual enfatiza uma concepção reducionista, mas precisamos

considerar outros elementos relevantes que podem nele interferir, como, por exemplo, a cultura e a religiosidade.

Na busca de compreender o processo de saúde e doença, é importante considerar que não existe um limiar entre ambas, mas que há uma correlação de fatores entre essas duas margens da vida humana. Isto posto, conhecer o próprio corpo é uma boa estratégia, já que esse processo ocorre de maneira desigual entre as pessoas.

Entendemos que é por meio do corpo que os fenômenos de saúde e doença se manifestam no cotidiano das pessoas. Considerado ser ele um sistema biopsicossocial, o corpo sofre influências ambientais, sociais, culturais e religiosas que manifestam sensações, sentimentos e emoções. Assim, por meio do corpo podemos perceber e compreender o outro, mas muitas vezes ignoramos os sinais que o corpo nos dá e agimos de maneira negligente, subestimando as reações corporais, as quais podem sinalizar que o corpo não vai bem.

Por outro lado, o corpo é transformado constantemente e passa a ser linguagem, como comunicação, para identificar e diferenciar as pessoas, ou seja, o corpo é fruto de imaginários sociais marcados pela atmosfera de um determinado tempo histórico (SCHUSTER, 2016). Nessa perspectiva, a relação entre os sujeitos é compreendida como uma afinidade corpórea, mediada por sentidos e por significados que são compartilhados em determinados grupos sociais.

Considerando a dinamicidade e o movimento do ser humano, poderíamos dizer que o corpo expressa experiências corporais de saúde e de doença. O corpo possui intencionalidades e, por meio dele, os sentidos se intercomunicam. De acordo Merleau-Ponty (1994), é por meio do corpo que o ser humano se relaciona com o mundo, e engloba todos os sentidos, formando a unidade por meio da junção das partes que o compõem, tendo, como resultado final, o corpo total.

Assim, portanto, ancorados na fenomenologia, com o objetivo de compreender o processo de saúde e doença na percepção dos professores, olhamos para o corpo não somente como físico, biológico e psicológico, mas como um corpo social e cultural.

Segundo Merleau-Ponty (1994), é por meio do corpo que o ser humano se faz presente e se relaciona com o mundo. Logo, o corpo revela a existência total do

homem. Ele ainda exprime que o corpo é a fusão de fenômenos singulares percebidos como corporeidade, ou seja, corporeidade é o existir, é a história de cada pessoa.

A saúde e a doença podem estar representadas por um processo dinâmico atrelado ao cuidado com o corpo, o qual, na pós-modernidade, possui características diferenciadas da modernidade. Maffesoli, em entrevista para o portal de notícias da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2014, afirmou que:

[..] a ferramenta para se atingir as metas na pós-modernidade não é mais o racionalismo, e sim o “corporismo” – o corpo no seu inteiro. Não há uma negação da razão, mas sim uma razão sensível que se utiliza de todos os sentidos. Há um corpo construído pela moda, pela dieta, pelo exercício físico e esta exacerbação do corpo individual constrói o corpo coletivo, o corpo social – há um retorno da comunidade (MAFFESOLI, 2014, p. 1).

Sendo assim, dificilmente teremos acesso ao significado desse corpo sem ter conhecimento da cultura em que ele está inserido. A ideia de que o corpo é a condição básica do ser humano implica a compreensão de que é por meio dele que assumimos a consciência do nosso modo de perceber, de compreender e de estar no mundo.

Concordamos com Merleau-Ponty (1994) e com Schuster (2016) quando dizem que o corpo é mediação e expressão da linguagem. O corpo seria a forma que ampara a representação das pessoas nos diversos espaços do cotidiano, coordenadas pelos arquétipos¹, e que permite vivenciar o sensório, o sensível e o imaginado.

O corpo não é simplesmente um revestimento físico e biológico, ele é a intencionalidade que se manifesta e que secreta a própria significação. Para Silva, Guareschi e Wendt (2010), o corpo demonstra a conexão entre expressão e exprimido, cuja indissociabilidade está presente em todas as linguagens, estabelecendo a natureza do fenômeno expressivo.

No intuito de compreender o nosso o corpo, primeiramente é preciso entregar-se por inteiro, despojando-se dos preconceitos concebidos e conhecer suas particularidades, pois ele não é uma máquina humana, corpo é expressão, é significação intencional, é comunicação, é sensibilidade. E é nesse movimento que

¹ Conjunto de imagens psíquicas presentes no inconsciente coletivo e que constituiria a parte mais profunda do inconsciente humano (JUNG, 1986).

podemos compreender a sinergia da razão e do sensível. Nessa perspectiva, Maffesoli (1998) afirma que:

Assim se exprime a sinergia da razão e do sensível. O afeto, o emocional, o afetual, coisas que são da ordem da paixão, não estão mais separados em um domínio à parte, bem confinados na esfera da vida privada, não são mais unicamente explicáveis a partir de categorias psicológicas, mas vão tornar-se alavancas metodológicas que podem servir à reflexão epistemológica, e são plenamente operatórias para explicar os múltiplos fenômenos sociais, que, sem isso, permaneceriam totalmente incompreensíveis. Em outras palavras, é preciso fazer de uma fraqueza uma força inegável (MAFFESOLI, 1998, p. 72).

Nesse sentido, o que é tido como fraqueza — a paixão, os afetos, as sensações — nada mais é que uma força que une os eventos do cotidiano, possibilitando compreender os diversos fenômenos sociais. Em sendo assim, essa força contribui para que possamos apreender como se expressa o processo de saúde e doença no cotidiano dos professores, que é o foco deste trabalho.

Vale ressaltar que o processo de saúde e doença expressa sinais e sintomas de que algo está bem ou não por meio do nosso corpo. Assim, portanto, considerando o corpo como forma de comunicação, é preciso cuidar para não perder a sensibilidade de reconhecer os sinais e os sintomas emitidos por ele.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde/OMS, saúde é “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (BRASIL, 1986). No entanto, pensar a saúde do corpo implica considerar os sinais emitidos por este e conforme o ambiente em que a pessoa se insere, seu imaginário tenderá a ver a saúde como ausência de doença (é o que percebo na prática de enfermagem), ou como bem-estar físico (perceptível em locais de prática desportivas, como é o caso das academias).

Logo, diríamos que a saúde é algo que permite que a pessoa desfrute a própria vida. É como se fosse uma espécie de seguro biológico, segundo o qual, na medida em que a pessoa adocece, vai diminuindo a capacidade que ela tem de enfrentar o processo de adoecimento (BRÊTAS; GAMBA, 2006).

Neste ponto é preciso destacar que o nosso corpo não permite reversibilidade ao estado inicial, pois, após submeter-se a uma série de mudanças, apenas suporta

reparações. É necessário, portanto, levar em consideração a subjetividade a partir da dimensão do ser, sendo que a percepção de saúde e doença é um elemento intrínseco nesse ser.

A saúde também implica em questões de ordem política e econômica, como se depreende da Constituição Federal de 1988, no Art. 196, traz que:

Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 83).

E segundo o relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde e a Lei Orgânica de Saúde nº. 8080/1990, saúde é:

[...] a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 12).

Nessa perspectiva, podemos inferir que a saúde está atrelada a diversos fatores. Quanto à organização social, estamos vivendo uma fase de mudança social em que nos deparamos com um novo paradigma cultural entendido por Maffesoli (2007) como sendo de pós-modernidade, caracterizado pela sinergia de fenômenos com o desenvolvimento científico e tecnológico. Esse novo período pontua o fim de uma lógica individualista típica da modernidade, caminhando em direção ao reconhecimento de que somos personas que desempenham diversos papéis nas tribos, às quais aderimos ao longo de nossa existência (SILVA; GUARESCHI; WENDT, 2010; MAFFESOLI, 2007).

Considera-se que, na pós-modernidade, as tecnologias podem proporcionar uma nova forma de enxergar o mundo e de vivenciar novas relações (ZANATO, 2016). Pondera-se que essas tecnologias podem influenciar na maneira de ser e de pensar, inteiramente repleta de percepções, de imaginações e de simbolismo. Assim, o modo como às pessoas vivem e se relacionam pode influenciar direta ou indiretamente no processo de saúde e doença.

Tanto esse modo de vida pode influenciar que, para Maffesoli (1998), a sociedade não se sintetiza numa mecanicidade racional qualquer, pois ela vive e se organiza nas relações que as pessoas constroem por ligações afetuais, no sentido de que não respondem mais a objetivos a longo prazo, mas à realização de relacionamentos imediatos, compreendidas por Maffesoli (2010) pela metáfora de tribos, as quais são constituídas a partir de massas indiferenciadas em constante metamorfoses e que não se ancoram em uma identidade fixa e estável, antes, pelo contrário, cada vez mais dinâmica e em mutação.

As tribos urbanas a que Maffesoli (2010) se refere são agrupamentos semiestruturados, constituídos predominantemente de pessoas que se aproximam pela identificação comum. Tal identificação é construída por rituais e por elementos da cultura que expressam valores e estilos de vida, moda, música e lazer típicos de um espaço e tempo. Ou seja, o cotidiano, no qual os sujeitos estão unidos por uma condição de vínculo social que é estabelecido a partir da atração do ser/estar junto, promovendo a socialidade.

E é por meio de alguns parâmetros que essas tribos buscam sua identificação, como, por exemplo, no modo de vestir-se, no tipo de cabelo e nos acessórios utilizados pelo grupo, nas práticas sociais relacionadas ao comportamento político e nas formas de lazer (OLIVEIRA, CAMILO, ASSUNÇÃO, 2003).

E esses elementos de identificação, segundo Maffesoli (2010), contribuem para definir a imagem social de cada tribo, as quais se caracterizam pela pulsão de os integrantes estarem juntos, aproximando-se de acordo com as suas afinidades e os seus interesses.

E, nesse viés, segundo Maffesoli (2001a, 2010), a dinâmica social pós-moderna expressa à necessidade de “estar-junto-com”, ou seja, o homem precisa do convívio social e o contexto histórico vai, de certa forma, influenciar direta ou indiretamente no processo de saúde e doença.

Diante desse movimento que a sociedade faz para se organizar, não podemos deixar de considerar tudo aquilo que diz respeito à vida cotidiana das pessoas, tanto que, nessa perspectiva, a Enfermagem busca compreender o ser humano em sua

totalidade, considerando que há algo mais além de números, das medidas e dos desfechos.

O entendimento pressuposto é que, quando olhamos para o ser humano, nós, enquanto profissionais da área da saúde, temos que ter o cuidado de não direcionar nossas ações para a patologia em si, mas, sim, para descortinar nosso olhar para que possamos ver a pessoa em sua totalidade.

Por mais que os profissionais da área da saúde convivam diariamente ao mesmo tempo com pessoas saudáveis e com pessoas doentes, não é possível, de forma isolada, dar conta de definir de modo cabal saúde e doença, pois de acordo com Dias e Oliveira:

[...] apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, não existem definições universais. Isto é, a presença ou ausência de doença é um problema pessoal e social. É pessoal, porque a capacidade individual para trabalhar, ser produtivo, amar e divertir-se está relacionada com a saúde física e mental da pessoa. É social, pois a doença de uma pessoa pode afetar outras pessoas significativas, que fazem parte das relações com a família, com os amigos, com os colegas etc. Creio que saúde e doença não são conceitos definitivos, tampouco são opostos. São conceitos que dependem de onde você está, dos tempos, dos contextos e das tensões em que cada um está inserido. A saúde e a doença constituem experiências singulares de cada um e, portanto, fazem parte da dimensão subjetiva da existência. A dimensão subjetiva não é aquela que se opõe ou se diferencia da objetividade, mas é a dimensão dos afetos, dos desejos e de outras intencionalidades que promova uma maior qualidade de vida (DIAS; OLIVEIRA, 2013, p. 35).

Diríamos que pensar as definições em saúde e doença implica a possibilidade de compreender sua história, suas consequências e, sobretudo, sua complexidade. Há que considerar que ambos os estados variam com a época e com o lugar em que a pessoa está inserida. Consequentemente, os imaginários sociais sobre o seu processo vão sendo estabelecidos e reestabelecidos no decorrer dos tempos em função do contexto histórico vivenciado.

Considerada como alteração da estrutura e função corporal, a doença muitas vezes pode ser decorrente de descuido individual com o próprio corpo. Estar doente é uma condição que afeta o organismo e está relacionado à totalidade do ser humano. Segundo Vicini (2002), a doença possui influência do aspecto biológico, espiritual,

social, psicológico e do acesso aos recursos essenciais que promovem a manutenção da saúde e do bem-estar. Nessa perspectiva, é por meio do corpo que a saúde e a doença se manifestam e podem revelar-se por intermédio de experiências subjetivas e objetivas. Assim, a forma como se vê a saúde e doença é própria de cada pessoa, por isso é importante considerar os imaginários individuais e coletivos, já que saúde e doença é um processo complexo e dinâmico (TAVARES, 1994; SEGRE, FERRAZ, 1997).

No decorrer do processo histórico tem havido muitas formas diferentes de organização social, com suas dissemelhantes concepções, inclusive a respeito dos conceitos de saúde e de doença. Por conseguinte, a compreensão desses conceitos varia conforme os períodos históricos vividos de forma individual ou coletiva. Por essa razão, compreender saúde e doença implica pensar de maneira complexa, uma vez que são estados atrelados ao momento histórico e às condições da existência do ser humano.

1.2 Diferentes concepções sobre o processo de saúde e doença

Nos últimos anos, segundo Batistella (2007) afirma que tem aumentado o interesse das pessoas, principalmente no meio acadêmico, pela compreensão do universo que envolve o processo de saúde e doença. Nesse exercício de reflexão, algumas questões devem ser ponderadas, que vão desde o contexto religioso e mitológico até as indagações do modelo biomédico (BARROS, 2002).

Cotidianamente manifestamos compreensões sobre saúde e doença, e ambos os estados sempre foram motivo de preocupações do homem, pois a busca pela caracterização desse processo provém da necessidade contínua de produção de instrumentos que possam nortear o pensamento na procura de saídas para os desafios da vida cotidiana. Trata-se de saídas que, muitas vezes, são ancoradas nas concepções religiosas, filosóficas, teóricas e políticas hegemônicas, mas que não é possível abordar sem refletir sobre o contexto histórico (SCLIAR, 2007; OLIVEIRA, EGRY, 2000).

Em tempo de transição social, de pós-modernidade (MAFFESOLI, 2001a), percebe-se que as noções de saúde e doença na perspectiva mágica e religiosa não

foram suprimidas pela modernidade. Assim, há uma ênfase da pluralização religiosa e mitológica por meio de símbolos, de mitos e de ritos, elementos que se perpetuam ao longo dos séculos.

No contexto histórico pós-moderno, a sobrevivência do ser humano diz respeito à necessidade de “estar junto”, envolvido pelo lúdico em um laço social, o que Maffesoli (1995) chama de “reencantamento do mundo”, trazendo novamente sentido aos elementos arcaicos, elementos que se acreditava estarem totalmente esmagados pela racionalização do mundo.

Esse reencantamento, Maffesoli (1995) o relaciona com a retomada do imaginário, instância que:

Restaura o equilíbrio perdido, ao reinvestir as estruturas arcaicas que se acreditava ultrapassadas e ao recriar as mitologias que irão servir de liame social. A explosão das imagens está aí para prová-lo. Graças a elas, as sociedades revêem e assim recuperam uma parte de si mesmas, das quais tinham sido frustradas por uma sociedade racionalista (MAFFESOLI, 1995, p. 41).

Assim, ao se retornar às estruturas arcaicas, destaca-se o retorno aos mitos. Para contextualizar isso, cabe frisar que, na antiguidade, a base religiosa era politeísta. Assim, eles acreditavam que a saúde era dádiva e a doença castigo dos deuses (BATISTELLA, 2007). Essa concepção, chamada ontológica², estava atrelada a um contexto mágico e religioso, no qual o adoecimento era resultado da violação do corpo e da alma e, então, para restabelecer a saúde e o elo com as divindades, era preciso realizar contato com o universo sobrenatural e com as forças da natureza por meio de rituais, esses liderados pelos feiticeiros, por benzedeiros, por xamãs, por pajés ou por sacerdotes (BATISTELLA, 2007; OLIVEIRA, EGRY, 2000).

² Concepção Ontológica: a doença assume o caráter de um fenômeno natural ou sobrenatural, externa ao corpo humano, que se manifesta ao acometê-lo (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

FIGURA 1 - Teoria mágico/religiosa



Disponível em: <https://pt.slideshare.net/mariogandra/saude-coletiva-aula-1-introduco-e-conceitos-fundamentais>

Posteriormente, o politeísmo vai enfraquecendo e a crença monoteísta aos poucos ganha espaço na sociedade. A dádiva da saúde e o castigo da doença passam a ser atribuídos a um único Deus, mas ainda saúde e doença continuam sendo vistas de ordem sobrenatural. No entanto, 400 anos a.C. essa visão sobre o processo de saúde e doença começa a tomar novo rumo.

Hipócrates começa a observar a ocorrência de doenças endêmicas de maneira regular e contínua, observa também o surgimento súbito de outras doenças, as epidemias. Assim ele intui que o adoecimento estava relacionado com o clima, o solo, a água, a alimentação e o estilo de vida das pessoas. Por conseguinte, por meio de Hipócrates temos uma abordagem mais empiricamente racional acerca da saúde e da doença, registrada na obra mais famosa de Hipócrates, intitulada "Ares, Águas e Lugares" (BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007; OLIVEIRA, EGRY, 2000).

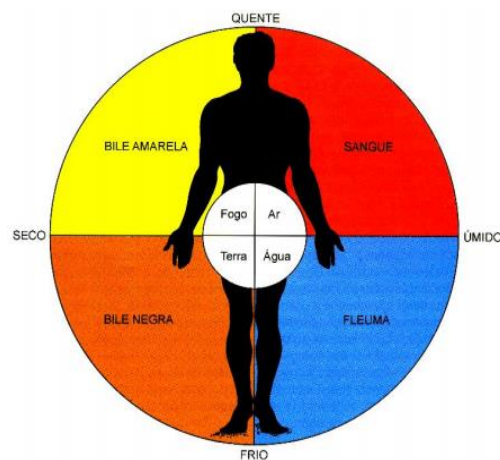
Paralelamente à concepção da magia e da religião, Hipócrates, ao invés de impor uma origem divina às doenças, começa a discutir a possibilidade de outras causas e que poderiam estar relacionadas com o ambiente. Então, segundo Soares (2008) a observação empírica da natureza é que traz elementos essenciais (terra, ar, fogo e água) para que Hipócrates pudesse começar a elaborar uma nova forma de perceber o processo de saúde e doença.

Foi nesse período histórico que Hipócrates começou a questionar sobre o tipo de medicina que era ensinado e exercido. A atitude de Hipócrates abriu o entendimento

para uma nova vertente de pensamento, chamada de concepção dinâmica³ (BATISTELLA, 2007; BARROS, 2002).

Assim, na perspectiva de Hipócrates, a doença era resultado da desarmonia entre as forças da natureza que estão fora da pessoa, ou seja, era o efeito do desequilíbrio de terra, ar, fogo e água com as forças da natureza presentes no corpo do homem, os fluídos corporais, o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra (ROSA, 2012; SCLIAR, 2007; OLIVEIRA, EGRY, 2000).

FIGURA 2 – Teoria dos quatro humores



Fonte: Rezende, 2009

Nesse sentido, partindo das observações das funções do corpo e sua ligação com a natureza, Hipócrates desenvolveu a Teoria Humoral, teoria por meio da qual ele concebia a doença como uma resposta a um desequilíbrio em um dos humores. Assim, por tal viés, um corpo saudável era aquele que se mantinha em equilíbrio com esses quatro humores. Diferentemente, se algum desses fluídos estivesse em falta ou em demasia, certamente comprometeria a saúde da pessoa, deixando-a doente. Essa teoria, no entanto, não foi bem aceita pelos médicos da época, pois eles estavam saturados pelo pensamento mágico e filosófico (BATISTELLA, 2007; OLIVEIRA, EGRY, 2000).

Mais tarde, no período da Idade Média, surgiu a Teoria Miasmática. Essa teoria é baseada na crença de que a doença era transmitida pela inspiração de “gases” de

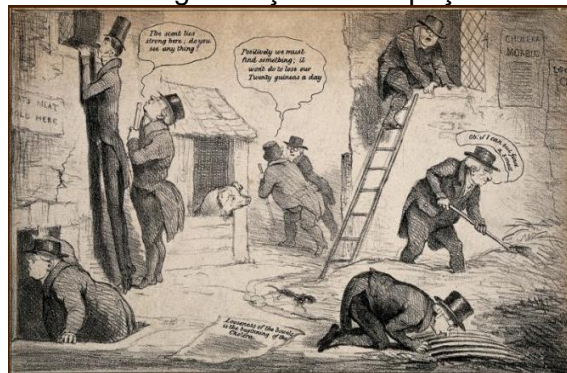
³ Concepção Dinâmica: vê a doença como produto da desarmonia entre forças vitais, sendo que o restabelecimento da saúde advém da restauração do equilíbrio (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

animais e de dejetos em decomposição, como o chorume do lixo e sujeira, que porventura vinham produzir a doença no corpo sadio. Essa teoria efetivamente prevaleceu até o século XIX (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Por muito tempo se acreditou que as doenças estavam relacionadas ao desequilíbrio humoral, mas com a eclosão da Teoria Miasmática se passou a acreditar que as doenças eram provocadas pelas impurezas existentes na natureza e pelas emanções que contaminavam o ar. Essa concepção estava vinculada ao significado da palavra "miasma", que vem do grego e cujo significado se refere a algo imundo, impuro ou sujo (MASTROMAURO, 2010; CIPOLLA, 1992). Sustentando a ideia de que lugares insalubres eram capazes de provocar doenças.

Os chamados contagionistas, na época, defendiam a adoção de medidas de controle que evitassem a dispersão dos maus odores, medidas que preveniriam e evitariam surtos endêmicos e epidêmicos de agravos à saúde⁴. As ações eram baseadas na higienização dos espaços urbanos, a fim de substituir o ar contaminado, estagnado, por um ar livre de odores maléficos à saúde (CIPOLLA, 1992; OLIVEIRA, EGRY, 2000).

FIGURA 3 - Higienização dos espaços urbanos



Disponível em: <https://olfaccion.wordpress.com/2013/05/27/topografias-miasmaticas/>

No final do século XVIII, porém, imperavam na Europa, como forma de explicação para os agravos à saúde, os padrões socioambientais relacionados à concepção dinâmica, delineando as evidências prévias da determinação social do processo de saúde e doença. Nessa época, no entanto, com o desenvolvimento da era

⁴ Agravo à saúde: mal ou prejuízo à saúde.

Bacteriológica⁵, a concepção ontológica consolidou-se e suas conquistas levaram à renúncia dos parâmetros sociais na elaboração de medidas para o enfrentamento dos agravos à saúde (BATISTELLA, 2007, OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Na história dessa evolução podemos distinguir, basicamente, três teorias interpretativas do processo de saúde e doença: a unicausal, a multicausal e a teoria da determinação social. Essencialmente este último processo é caracterizado por um conjunto de relações e de variáveis que causam e condicionam o estado de saúde e doença do homem, e que se modificam nos distintos períodos históricos de desenvolvimento da humanidade, ou seja, a Teoria da Determinação Social tem uma interpretação com viés histórico (FONSECA, 1997).

A Teoria Unicausal, segundo Batistella (2007), baseia-se na presença de apenas um agente causador da doença, podendo ser de qualquer origem, por exemplo, física, química e biológica. A unicausalidade teve amplo progresso na era bacteriológica. A Teoria Unicausal transformaria a maneira de compreender o processo de saúde e doença. Consequência disso, a Teoria Miasmática foi sendo suprimida, pois o que antes era invisível agora passa a ser visível, por meio do microscópio. Com o desenvolvimento da microbiologia, aos poucos se percebia a revolução científica no campo da saúde. Então, baseado em experiências laboratoriais, o modelo unicausal centrava-se na existência de apenas um agente causador da doença (BATISTELLA, 2007; OLIVEIRA, EGRY, 2000; FONSECA, 1997).

Cabe aqui lembrar que a teoria dos miasmas guiou todo o XVIII e parte do XIX, até a efetivação de estudos sobre a bacteriologia. Desse modo, a Teoria Unicausal é destacada, a partir de 1880, pelo trabalho pioneiro de Louis Pasteur e suas pesquisas sobre microrganismos e, conseqüentemente, do agente etiológico⁶ (MASTROMAURO, 2010; BATISTELLA, 2007).

⁵ Era Bacteriológica: surgiu em meados do século XIX, mas só foi consagrada em 1880 por Louis Pasteur, que pesquisou o movimento de fermentação das bactérias, onde ele intuiu que as doenças são causadas exclusivamente pela penetração e multiplicação de bactérias no organismo (MASTROMAURO, 2010).

⁶ Agente etiológico: é o agente causador ou o responsável pela origem da doença.

FIGURA 4 - Era da Bacteriologia

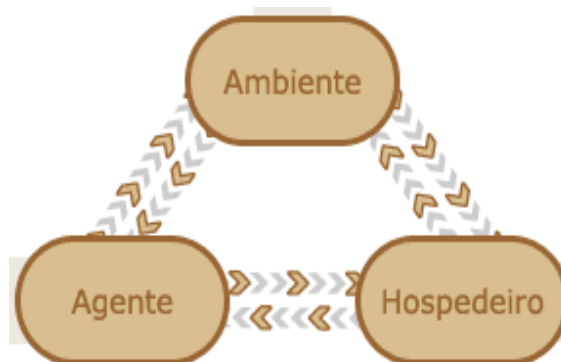


Disponível em: <https://es.slideshare.net/Albaes/pasteur-5504792>

Apesar disso, essa teoria foi tornando-se insuficiente pela falta de subsídios que esclarecessem as novas demandas que surgiam com o desenvolvimento científico, permitindo a ascensão das concepções multicausais.

Então, na década de 1960, a unicausalidade é substituída pela multicausalidade, em que o enfoque do processo de saúde e doença está associado a múltiplas causas, incorporando os aspectos psicossociais no contexto do adoecimento. E, dentre os aspectos deste paradigma, está à tríade ecológica de Leavell e Clark (1976), que são: o agente, o hospedeiro e o meio ambiente, onde as causas se ordenam em um complexo de elementos que proporcionam o surgimento dos agravos à saúde (OLIVEIRA, EGRY, 2000; BATISTELLA, 2007).

FIGURA 5 – Teoria Multicausal



Fonte: Leavell e Clark, 1976.

Para Batistella (2007) e Leavell e Clark (1976), esse modelo é influenciado por três aspectos fundamentais: o ambiente (físico, social e econômico), o agente e o hospedeiro (pessoa doente). Esses fatores estão correlacionados e em constante

equilíbrio, o que corresponderia à noção de saúde. Assim, quando há um desequilíbrio em um desses elementos como, por exemplo: a modificação de um agente etiológico; a falta de saneamento básico; a instabilidade financeira; ou ausência de condições salubres de trabalho; se isso ocorrer, então se desencadeia um processo de adoecimento.

Posteriormente, contudo, essa teoria passou a ser criticada por reduzir as ações de saúde apenas aos dados dessa tríade. Assim, as explicações da referida teoria começam a enfraquecer. Além disso, nesse momento histórico, anos 60 e 70 do século passado, os países industrializados passaram a vivenciar uma mudança no perfil epidemiológico da população. Essa mudança é caracterizada pelo declínio da importância das doenças infecciosas e parasitárias como razão do adoecimento e da morte em virtude do aumento das doenças crônicas degenerativas (ex.: doenças cardiovasculares e respiratórias, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, obesidade e câncer) (BATISTELLA, 2007; OLIVEIRA, EGRY, 2000).

Todavia, ainda na década de 1960 se iniciaram as críticas à teoria multicausal, sugerindo uma abordagem mais ampla, que considerasse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade. Visava-se, com isso, considerar os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais, psicológicos e estilos de vida, fatores que configuram uma determinada realidade sanitária (BATISTELLA, 2007; PALMEIRA et al., 2004).

Logo, seria necessária uma nova visão que sobrepujasse o padrão biologista linear de simples causa e efeito. Então a proposta de substituição da noção de causalidade pela determinação social se baseava nas condições vinculadas ao arcabouço social para subsidiar a explicação do processo de saúde e doença, assim, contrapondo-se aos modelos anteriores, surge a Teoria da Determinação Social (BATISTELLA, 2007; CZERESNIA, FREITAS, 2003; FONSECA, 1997).

Nessa perspectiva, para direcionar as atividades e o teor do relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), foi adotado o modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (CNDSS, 2008), conforme exposto abaixo:

FIGURA 6 - Modelo de Determinação Social da Saúde



Fonte: CNDSS, 2008.

O modelo acima dispõe os aspectos atrelados ao processo de saúde e doença em distintas divisões. Assim, de acordo com Rocha e David (2015), podemos dizer que o primeiro nível está relacionado aos aspectos pessoais, como idade, sexo, características genéticas, atitudes, condutas, hábitos, e estilos de vida.

Dado que o primeiro nível está relacionado aos aspectos pessoais, o segundo nível corresponde às redes sociais e às comunidades. Considera-se que as relações sociais são basilares para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva, ou seja, seu foco é a consolidação da organização e participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas, para se constituírem em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social (ROCHA, DAVID, 2015; SOBRAL, FREITAS, 2010).

No que tange ao terceiro nível, os fatores estão relacionados às condições de vida e de trabalho. Nessa categoria, as pessoas em vulnerabilidade social estão submetidas a riscos oriundos de condições habitacionais inadequadas, ambientes de trabalho insalubres e estressantes, além de menor acesso aos serviços essenciais, como educação e saúde (ROCHA, DAVID, 2015; CNDSS, 2008).

Quanto ao quarto e último nível do referido modelo, constitui-se das condições econômicas, culturais e ambientais prevalentes na sociedade como um todo. As ações devem ser baseadas nas políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de fortalecimento dos valores culturais e de proteção ambiental, a fim de reduzir as desigualdades socioeconômicas, a violência, a degradação ambiental e os seus efeitos

sobre o processo de saúde e doença (ROCHA, DAVID, 2015; SOBRAL, FREITAS, 2010; CNDSS, 2008).

Assim, portanto, para a compreensão do processo de saúde e doença sugere-se apreender o contexto de forma sistêmica, integrados todos os fatores em uma totalidade. O que acontece é que, segundo Maffesoli (2003, 2000), o presenteísmo, na cotidianidade, é marcado pela comunicação e interação social dos olhares, dos gestos, do toque, das paixões, dos afetos e das ações do homem por meio do viver comum.

Nesse contexto pós-moderno, a sociedade contemporânea se encontra composta por elementos contraditórios que convivem mutuamente. E que deve ser compreendida a partir dos sentidos vividos em comum, ou seja, no aqui e agora, no espaço e tempo presente (MAFFESOLI, 2010, 2001a).

Assim, mediante as teorias relacionadas ao processo de saúde e doença, pode-se dizer que nada é pleno, mas que cada coisa vale enquanto estiver em relação com o conjunto das pessoas e das coisas (MAFFESOLI, 1995). Dessa forma, é mister considerar a importância dos símbolos e das imagens, pois o cotidiano se apresenta com muitos sentidos, bem como ocorre de maneira desordenada e aleatória. Esse raciocínio possui semelhanças com a Teoria da Complexidade de Edgar Morin (2007), mas que não é o nosso escopo discutir neste trabalho.

Para contextualizar, neste momento é oportuno apresentar o que é imaginário e o que é imagem na perspectiva de maffesiolana. Diferente de imagem, o imaginário versa sobre um processo complexo de consciência que, por meio da imaginação, do conhecimento e da vivência do ser humano, processa infinitas imagens que dão sentido às coisas, aos fenômenos, ao mundo e ao cotidiano das pessoas (MAFFESOLI, 2007, 2001a). Por conseguinte, o imaginário seria um estado de espírito, ou, como diria Maffesoli:

É uma força social de ordem espiritual, uma atmosfera, é uma construção mental que se mantém ambígua, perceptível, porém não quantificável. Na aura de obra - estátua, pintura -, há a materialidade da obra (a cultura) e, em algumas obras, algo que as envolve, a aura. Não vemos a aura, mas podemos senti-la. O imaginário, para mim, é essa aura, é da ordem da aura: uma atmosfera (MAFFESOLI, 2001a, p. 75).

Nessa mesma perspectiva, para Durand (1995) o imaginário implica haver uma multiplicidade das imagens e um arcabouço sistêmico do conjunto dessas imagens infindavelmente heterogêneas, mesmo divergentes. Para Durand:

Qualquer manifestação da imagem representa uma espécie de intermediário entre um inconsciente não manifesto e uma tomada de consciência ativa (DURAND, 1995, p. 36).

O ser humano tende de adotar atitudes imaginativas que buscam negar e superar o inevitável ou modificar e alterar seus significados para algo reconfortante.

Por consequência o imaginário constitui o conector obrigatório pelo qual forma-se qualquer representação humana (DURAND, 1995, p. 41).

Essas atitudes imaginativas resultam na percepção, na produção e na reprodução de símbolos, de imagens e de arquétipos pelo ser humano. Para Durand (1995), esse complexo de elementos simbólicos forma o “imaginário”, cuja principal função é, para ele, levar o homem a um equilíbrio biopsicossocial diante da percepção da temporalidade. Já a imagem pode ser representada por um objeto ou por uma sensação. Como diria Maffesoli (2001a), a imagem não é um conteúdo, não é o suporte, mas o resultado, algo fundamental no cotidiano das pessoas.

E, nesse contexto Silva, Guareschi e Wendt (2010), conduzidos pela concepção maffesolianas, afirmam que:

A imagem é símbolo, e o símbolo é imagem. Símbolo é a linguagem do inconsciente, e imagem é substrato da subjetividade humana chamada de imaginário. Neste imaginário, a imagem é como se fosse um sonho acordado, vivenciado como “verdade” pelo indivíduo-pessoa que não tem consciência da irrealidade da imagem imaginada (SILVA; GUARESCHI; WENDT, 2010, p. 448).

Nessa perspectiva analítica, convém lembrar o que ensina Jung (2002, 1986, 1985). Esse autor afirma que os símbolos são caracterizados como símbolos coletivos e estes, por sua vez, estão interligados aos arquétipos, formando uma grande energia psicológica que se infiltra na humanidade. Jung classifica os símbolos em dois: naturais e culturais. Os símbolos naturais são fruto do próprio inconsciente coletivo humano, já os símbolos culturais estão atrelados ao contexto artístico (JUNG, 2002, 1986, 1985).

Na pós-modernidade, as imagens do presente são acentuadas e ocorre a abolição das distâncias objetivas, surgindo uma nova relação com o tempo e o espaço, de simultaneidade. É por meio dessas relações que as pessoas se transformam. As relações se transformam já que as imagens e o simbolismo fazem nascer um sentido secreto, que seria a transfiguração de uma representação concreta por meio de um significado para sempre abstrato (DURAND, 1995).

É nesse sentido, por meio das noções de imaginário, símbolo e imagem que buscamos compreender o processo de saúde e doença na percepção dos professores. Essa compreensão implica considerar o que defende Prado et al. (2013), para quem o modo como as pessoas vivem é percebido no cotidiano por meio do contato de uns com os outros, pelas crenças e pelos valores adotados culturalmente e socialmente, e esse conjunto de fatores vai se constituindo e se solidificando no modo de viver em sociedade.

Entendemos que o imaginário social se ancora nas complexas relações humanas, bem como nas expectativas intrínsecas e extrínsecas do ser humano. Essas expectativas não são passíveis de mensuração, mas é algo que devemos considerar quando pensamos em promoção e prevenção da saúde, bem como propor ações para impulsionar, favorecer, fomentar uma vida saudável às pessoas – assim imprimindo, portanto, novos olhares para a atuação dos profissionais da saúde.

1.3 Promoção e prevenção da saúde

Quando pensamos em saúde pública no Brasil, logo se entende que a porta de entrada para o usuário ao sistema é pela Atenção Básica à Saúde. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a Atenção Básica à Saúde é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situada no primeiro nível de atenção do sistema público de saúde, voltada principalmente para a promoção da saúde e para a prevenção de agravos a saúde (PETRY, 2006).

Promoção da saúde é um conceito tradicional, definido por Leavell e Clarck (1976) como um dos parâmetros do nível primário de atenção em medicina preventiva. Essa noção foi retomada e ganhou mais ênfase especialmente no Canadá, nos EUA e em países da Europa Ocidental. O reconhecimento da promoção da saúde traz à tona

as relações entre o processo de saúde e doença e as condições de vida dos indivíduos e da sua comunidade (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Quando falamos em promoção da saúde, logo pensamos em ações que apontem para a promoção da saúde das pessoas, instigando para mudanças no estilo de vida e de trabalho que, direta ou indiretamente, podem acarretar problemas à saúde. Nessa perspectiva, segundo Nogueira (1984), proporcionar espaços saudáveis, inclusive ambientes salubres de trabalho, é o teor no marco da promoção da saúde. Para isso, há necessidade de políticas sociais que permitam a elaboração de iniciativas que visem o controle, ou seja, o aprimoramento das informações e das intervenções, e a contrapartida para a negociação e o incentivo às melhorias nos ambientes de trabalho e de vivência.

De acordo com a Carta de Ottawa⁷, a promoção da saúde deve proporcionar a possibilidade de elaborar e implementar políticas públicas que estimulem a saúde da população, investir em ambientes salubres, orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o adoecimento e estimular o desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas na manutenção da saúde (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

A partir desse entendimento cabe ressaltar que promover significa dar impulso, fomentar, originar, gerar (FERREIRA, 1986). No campo da saúde isso está atrelado a ações para proporcionar qualidade de vida, saúde e bem-estar ao indivíduo, à família e à comunidade, o que exige um enfoque interdisciplinar e intersetorial.

Diferentemente de promoção da saúde, a prevenção em saúde sempre exigirá uma ação antecipada, fundamentada no conhecimento da história natural das doenças a fim de criar barreiras para o avanço futuro das doenças. As ações preventivas caracterizam-se pelas intervenções dirigidas a evitar o surgimento de doenças, reduzindo sua incidência e prevalência na população (PALMEIRA et al., 2004; CZERESNIA, FREITAS, 2003).

⁷ Carta de Ottawa é um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Foi apresentada nesse documento a sua Carta de Intenções, que seguramente busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal.

Dessa maneira, o termo "prevenir" tem o significado de preparar, de chegar antes de, de dispor de ações que evitem algum dano e ou mal, de impedir que se realize. Prevenir representa uma potente tática disponível para enfrentar os mais diversos problemas de saúde que afetam a população e seus entornos no contexto histórico atual. Nesse aspecto, lembramos novamente o que preconizam Leavell e Clark (1976), que, a partir da Teoria Multicausal, propõem três níveis de prevenção: primária, secundária, terciária.

A prevenção primária está vinculada à promoção da saúde e à proteção específica. É uma forma de prevenção realizada com ações de educação em saúde que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral das pessoas. Para isso, aborda aspectos do comportamento alimentar, da necessidade de exercícios físicos e repouso, minimização dos agentes estressores, não uso de drogas ou de tabaco. Nesse tipo de prevenção se incluem também ações de orientação para cuidados com o ambiente, estimulando comportamentos higiênicos relacionados à habitação e seus entornos (BATISTELLA, 2007; PALMEIRA et al., 2004; CZERESNIA, FREITAS, 2003).

Na prevenção secundária, por sua vez, é preconizado o diagnóstico e o tratamento precoce das doenças. Desse modo, a prevenção secundária engloba estratégias para a identificação precoce de doenças, como, por exemplo, o rastreamento de câncer de mama e de colo uterino.

Por fim, a prevenção terciária incide no cuidado daquelas pessoas que foram acometidas por algum tipo de doença e ficaram com sequelas. Estas podem se irreversíveis ou reversíveis, de todo modo, no nível da prevenção terciária, é visada a recuperação ou a manutenção em equilíbrio funcional, ou seja, tem como objetivo primordial a reabilitação (SOBRAL, FREITAS, 2010; BATISTELLA, 2007).

Nessa perspectiva da história natural da doença, a finalidade é evitar as doenças ou o seu agravamento, e essa evitação pretende ser obtida por meio da adesão a comportamentos e a hábitos saudáveis, ou seja, mudança de estilo de vida. Esse é o objetivo, embora falar em mudança de estilo de vida no processo de saúde e doença seja complexo, já que a sociedade, segundo Maffesoli (2010), se organiza em tribos efêmeras para compartilhamento de pequenos valores, que ora se atraem e ora se repelem. Isso assim é, pois, como já acima afirmado, os impactos e as

transformações que ocorrem nas relações sociais podem ser percebidas e vivenciadas de acordo com o imaginário social.

As relações humanas são multifacetadas, complexas e estabelecidas por imaginários individuais e coletivos, o que envolve a cultura, os valores e as crenças, mais a situação social, econômica e política de cada contexto histórico, além das perspectivas intrínsecas de cada um. Assim, o processo de saúde e doença deve ser compreendido a partir das experiências cotidianas, buscando apreender a complexidade da carga simbólica que cada pessoa carrega.

1.4 Saúde Pública no Brasil: aspectos históricos

Ao olharmos para o processo histórico da saúde pública brasileira, é possível perceber que esse processo foi marcado por contínuas reorganizações administrativas e edições de muitas políticas, que vão desde o Brasil Colônia até a década de 1980.

Na época do Brasil Colônia, a saúde pública não era prioridade para o governo. Cada indivíduo se responsabilizava por si, normalmente recorrendo, quando necessário, ao auxílio de pajés, de benzedores ou de boticários que percorriam o país afora. Nesse contexto, a medicina era aplicada de modo informal, ou seja, era baseada na ciência empírica, em costumes culturais e em crenças religiosas. Logo, os tratamentos dos agravos à saúde iam de cantos e ritos à manipulação de ervas (VIOTTI, 2012).

Depois, com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, segundo Mota e Marinho (2011), algumas mudanças começaram a surgir para o atendimento a um padrão de vida requintado e a uma estrutura urbana mais organizada que os portugueses trouxeram da Europa. Então, para dar conta dessa demanda, surgiram as primeiras formações em Medicina, por meio da Imperial Academia de Medicina. Todavia, esse tipo de profissional não estava disponível para toda a população, ou seja, apenas a parte elitizada da sociedade era privilegiada por esses serviços.

Com a Proclamação da Independência, em 1822, Dom Pedro I torna-se imperador e algumas ações foram instauradas como intuito de controlar a disseminação de doenças no Rio de Janeiro, como a tuberculose, a malária, a febre amarela e a varíola. Além da criação do Instituto Vacínico do Império, foi promovida a instauração

das juntas municipais (que deveriam se responsabilizar pelas atribuições sanitárias) e o estabelecimento da Lei da Junta Central de Higiene Pública (VIOTTI, 2012; FINKELMAN, 2002).

É evidente que a ausência generalizada de ações sanitárias no país permitia que a população sofresse com epidemias, principalmente na cidade do Rio de Janeiro, gerando sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior. A situação chegou a um ponto em que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária precária, como, por exemplo, saneamento básico insuficiente e cortiços superpovoados. Essa situação propiciava a proliferação de doenças como a tuberculose, o sarampo, a febre amarela, a varíola e a peste bubônica (POLIGNANO, 2004).

Nessa época, os agravos à saúde envolviam tão somente a preocupação com a higiene das cidades, pois até meados do século XVIII as questões relacionadas à saúde estavam atreladas à simples percepção de relação entre sujeira, cidade e doença, fatores que poderiam influenciar, por exemplo, no bom andamento do comércio (ANDRADE, 2007; FINKELMAN, 2002).

Nesse contexto, passou a ocorrer a ascensão das doenças como a varíola, a febre amarela, a tuberculose e a malária. Consequentemente, munida somente de noções de higiene, a sociedade da época não estava preparada para enfrentar essa nova realidade com medidas eficazes. Então, em 1897, o governo brasileiro criou a Diretoria Geral de Saúde Pública, que ficou sob a coordenação do sanitarista Oswaldo Cruz. A partir de então foram desenvolvidas campanhas sanitaristas, mas complementadas com produção de soros, com vacinas e com a instalação dos Institutos Butantã e Manguinhos (LIMA; PINTO, 2003).

Todavia, a crescente intervenção médica nos recintos urbanos foi recebida com receio e medo pela população. As pessoas eram removidas à força, por policiais, dos espaços a serem saneados, o que poderia gerar agressões aos agentes sanitários. Mesmo a causa do governo sendo nobre, muitos conduzidos por grupos de oposição ao poder executivo, se revoltaram, acusando-o de arbitrário, de devassar a propriedade

alheia com embargos e arrombamentos de casas. Apesar disso, as revoltas foram contidas, pois a saúde era idealizada como uma questão policial (RONCALLI, 2003).

Somente no século XX, por volta de 1923, inicia-se uma nova fase na medicina do Brasil. O fator novo ocorreu por força da Lei Estadual nº 4.682, a Lei Elói Chaves (empresário e político paulista que propôs a formulação dessa lei), criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para trabalhadores das ferrovias e, posteriormente, aos marítimos e estivadores, e essa forma de assistência médica estendia-se aos filiados (ANDRADE, 2007).

Dentre os benefícios proporcionados aos segurados das CAPs constavam a previdência, a assistência médica e o provimento de medicamentos, porém cada órgão tinha seu regulamento interno, o que levava a grandes diferenças entre os benefícios oferecidos, pois inexistiam normas comuns de funcionamento técnico e administrativo, o que acabava refletindo negativamente sobre a classe trabalhadora (PACHECO, 2008).

Mais tarde, em meados de 1933, surge o Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), que abarcava outros serviços, distribuídos segundo a especificidade das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, como: o Instituto de Aposentadoria e Pensão para Trabalhadores em Transporte e Cargas (IAPTEC), o Instituto de Aposentadoria e Pensão para os Comerciantes (IAPC), o Instituto de Aposentadoria e Pensão para Industriários (IAPI), o Instituto de Aposentadoria e Pensão para Bancários (IAPB), o Instituto de Aposentadoria e Pensão para Marítimos e Portuários (IAPMP) e o Instituto de Aposentadoria e Pensão para Servidores Públicos (IAPSP). É importante lembrar que esse modelo de assistência médica não era universal, pois tinham direito aos benefícios somente os trabalhadores que contribuíam para a Previdência, ou seja, aqueles que possuíam registro em carteira de trabalho (CORDEIRO, 2014; JÚNIOR PAULUS; JÚNIOR CORDONI, 2006).

Posteriormente, durante o mandato do General Eurico Gaspar Dutra (1946 – 1952), foi estabelecido o Plano de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (SALTE) e, em 1953, ainda sob a influência do mesmo plano, foi criado o Ministério da Saúde – MS, regulamentado pelo Decreto Federal nº 34.596, com a responsabilidade de assumir as atribuições que até então eram do Departamento Nacional de Saúde. Atualmente, o MS tem o papel de elaborar e instituir programas e políticas públicas que visem à

promoção, à prevenção e à assistência à saúde da população, além de fomentar condições que protejam e recuperem a saúde, com o intuito de reduzir os agravos, de controlar a disseminação de doenças endêmicas, bem como de manter a vigilância em saúde (BRASIL, 2009; ANDRADE, 2007; FINKELMAN, 2002).

Além das dificuldades técnicas e operacionais, considerava-se que o déficit de recursos era um obstáculo para o Estado atuar de forma efetiva nas condições adversas da Saúde Coletiva, mas as várias instituições previdenciárias e os diversos modelos de assistência motivaram o governo a promover a uniformização das práticas com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Assim, em agosto de 1960, os direitos e os deveres passaram a ser similares, o que mais tarde facilitaria a fusão dos IAPs (PACHECO, 2008; FINKELMAN, 2002).

De acordo com Santos:

A uniformização referida só veio a se efetivar com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966 e instalado em 1967, quando reuniu numa mesma entidade os seis IAPs existentes. A alíquota básica passa para 8%, tanto para os trabalhadores como para as empresas, por força do Decreto Lei nº 66, de 21/11/1966, momento em que desaparece a contribuição tripartite (paritária) (SANTOS, 2009, p.13).

Posteriormente, em 1977, o INPS é desmembrado:

O INPS propriamente dito, encarregado pelos pagamentos dos benefícios previdenciários e assistenciais, o Instituto da Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), com a função de arrecadar e administrar os recursos do INPS; e o Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (SANTOS, 2009, p.14).

E algumas medidas foram adotadas na intenção de universalizar as ações de saúde, expandindo-se para alcançar também os trabalhadores rurais, por meio do Fundo de Assistência do Trabalhador Rural (FUNRURAL) (SILVA, 2012; LEITE, 1991).

Ao término da década de 1970, com a finalidade de levar saúde pública às regiões desprovidas de assistência à saúde amplia-se a cobertura do sistema do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), corroborando a necessidade de Atenção Primária à Saúde (APS). Baseada na concepção sanitária, inicialmente foram realizadas ações apenas na região Nordeste, e posteriormente

implantada em todo o território nacional (LIMA, 2015; JUNIOR PAULUS; JUNIOR CORDONI, 2006).

A pesquisa sobre o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, no período compreendido entre 1923 e 1975, mostrou um momento em que ficou claro o dualismo entre a assistência e a previdência. Mas, a partir da década de 1980, as políticas de saúde buscam um novo modelo, um modelo que estivesse baseado na integralidade de atenção à saúde, ao que se propôs a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) (FIGUEIREDO NETO et al., 2010; MÉDICI, 1994) – criação que se tornou um marco histórico para a formulação de novo modelo previdenciário.

No ano de 1982, o CONASP elaborou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. O intuito era de racionalizar as ações de saúde, de controlar as contas e os consumos hospitalares, visando um melhor aproveitamento da capacidade estabelecida de serviços ambulatoriais públicos, contratados com o Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) (BAIS, 2009; JÚNIOR PAULUS; JÚNIOR CORDONI, 2006).

Em decorrência do plano supracitado, foram estabelecidas parcerias com o Ministério da Previdência Social e com Secretarias de Saúde dos Estados, e, mais tarde, substituídos pelas Ações Integradas de Saúde. O objetivo era universalizar o acesso dos usuários aos serviços de saúde, dando início ao processo de descentralização na Saúde Pública do Brasil (BRASIL, 2009; MÉDICI, 1994; PAIM, 1986).

Dessa forma, os serviços estaduais e municipais pagos pelo INAMPS foram aos poucos incorporando as Ações Integradas de Saúde, agregando as esferas de governo em comissões interinstitucionais de saúde e os recursos financeiros foram gradativamente sendo descentralizados, culminando na formação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (BRASIL, 2009; PAIM, 1986, 1989).

Em consonância com os serviços de saúde, públicos e privados, o SUDS precisava integrar uma rede hierarquizada e regionalizada, fortalecendo a descentralização e delimitando, para a federação, apenas às funções de coordenação

política, planejamento, supervisão, normatização e regulamentação (FINKELMAN, 2002; BRASIL, 2009, 1987).

Paralelamente a esse quadro político-institucional, no ano de 1986, ascendia um amplo movimento político setorial, resultando na 8ª Conferência Nacional de Saúde, – de que as sete primeiras conferências foram eventos de caráter técnico, com presença seletiva de especialistas, em sua maioria vinculada ao MS e à Vigilância Sanitária –. Foi a partir dessa oitava conferência que a participação de outros segmentos técnicos foi ampliada, inclusive com a inclusão representativa dos usuários (MENEZES, 2012; MERCADANTE, 2002).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco histórico para a sociedade brasileira. Na ocasião, em 1986, se estabeleceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e foram lançadas as bases políticas e técnicas para o debate sobre saúde na Constituinte. Como resultado desse processo, em 1988 foi elaborada a ora em vigor Constituição Federal brasileira, como evento singular de novos tempos após o regime militar (OLIVEIRA et al., 2007; BRASIL, 1986).

Na Constituição, no arcabouço referente à saúde, foram assumidas várias sugestões indicadas a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que previam modificações no papel do Estado, como: direitos sociais; acesso à saúde; previdência; assistência; educação e moradia; segurança, lazer e trabalho; instituindo a seguridade social (PINHEIRO, WESTPHAL, AKERMAN, 2005; POLIGNANO, 2004; BRASIL, 1986).

No desdobramento dos 250 artigos da Constituição Federal de 1988 estão estabelecidos os princípios e as diretrizes que norteiam a sociedade brasileira. No capítulo II, mais precisamente nos artigos 196, 197 e 198, é que estão dispostos os de Seguridade Social. Expressando a importância da saúde no artigo 196:

Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 129).

A Constituição abriu caminhos e promulgou regras que presumiam alterações em todos os setores, principalmente no campo da saúde. As alterações foram consolidadas pela Lei Federal nº 8.080/1990 e pela Lei Federal 8.142/1990, ambas

dispõe sobre a normatização e a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009; ANDRADE, 2007; BRASIL, 1988, 1987, 1986) .

O referido sistema de saúde foi consolidado a partir dos ideais e das lutas do Movimento da Reforma Sanitária, idealizado como conjunto de ações e de serviços oferecidos por instituições públicas, federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta, mantidas pelo Poder Público, e com a participação da iniciativa privada em caráter complementar. Então o sistema tem o intuito de convergir os serviços de saúde em um único sistema, na tentativa de superar a dicotomia existente entre a assistência preventiva e curativa, oferecendo uma atenção integral à saúde (SILVA, 2016; FONTOURA, MAYER, 2006; FRATINI, 2007).

Baseado na constituição, o SUS é caracterizado como um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, pautado pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade; Equidade e Integralidade e pelas seguintes diretrizes: Regionalização e Hierarquização; Resolubilidade; Descentralização; Participação dos cidadãos e Complementariedade do setor privado. Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o SUS proporciona assistência integral e inteiramente gratuita que abarca desde um simples atendimento ambulatorial até a assistência de alta complexidade (BATISTELLA, 2007; FONTOURA, MAYER, 2006; PINHEIRO, WESTPHAL, AKERMAN, 2005).

Embora se tenha um sistema de saúde público disponível para toda a população brasileira, lamentavelmente nem todos têm acesso de modo equânime, o que é algo paradoxal. E, quando se trata de saúde e doença, é comum as pessoas buscarem alternativas que melhor lhes convenham, alternativas que podem ir desde a medicina arcaica, baseada na magia, na religiosidade e no mero conhecimento empírico, até a medicina moderna. Essa relação é caracterizada por Maffesoli (2010, 1996) de sinergia dos fenômenos arcaicos com o desenvolvimento tecnológico e científico, sendo que o arcaico está relacionado com os sentimentos, com as intuições e com o imaginário.

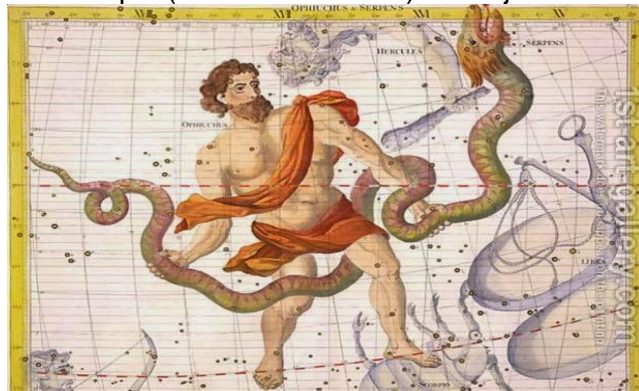
No processo de saúde e doença, um exemplo para compreender o que é a sinergia entre o arcaico e o desenvolvimento tecnológico e científico é a cura de doenças por meio da crença divina, em rituais em que padres, pastores e

assemelhados impõem as mãos sobre a pessoa doente e oram expulsando o espírito causador daquele mal, para isso tomando como base, no texto bíblico, o texto de Mateus, capítulo 10, versículo 8: “Curai os enfermos, limpai os leprosos, ressuscitai os mortos, expulsai os demônios[...]”. Outro exemplo a ser citado é de Asclépio, considerado pelos gregos antigos o deus da Medicina, e portador da saúde e da salvação das pessoas, que, para os seus feitos/curas, usava a serpente como instrumento mediador (KOCH, 2011).

Sabe-se que em cada contexto histórico se formam diferentes arranjos simbólicos. Na época de Asclépio, a serpente era considerada como o símbolo da cura, como informa Jung (1985):

[...] a serpente na caverna é uma imagem que frequentemente ocorre na antiguidade. A serpente não somente era um animal que provocava medo por representar perigo, mas também significava alívio e cura. Razão pela qual Asclépio está associado à serpente. Esse animal não é apenas um deus de cura, é também o dom da sabedoria e o dom dos profetas (JUNG, 1985, p. 108).

FIGURA 7 - Asclépio (deus da medicina) e o cajado com a serpente



Disponível em: <http://portal-dos-mitos.blogspot.com.br/2014/10/asclepio.html>

O avanço das ciências e, em especial, o avanço da medicina atual, vem, de forma crescente, desenvolvendo novas tecnologias, dentre elas a Robótica, a qual é aplicada em cirurgias delicadas e altamente complexas. Ela pode, no entanto, nos induzir a pensar que deixamos de lado o pensamento mágico/religioso da cura de enfermidades em nossa vida cotidiana — o que não é verdadeiro.

Mesmo assim, no entanto, **paradoxalmente**, quanto mais avança e cresce a sofisticação para os tratamentos das doenças, observamos também o aumento do número de pessoas que buscam alternativas de cura, como, por exemplo, os casos de cura atribuídos à religião. Aqui não entramos no mérito dessas curas, destacamos apenas que, no imaginário das pessoas, pensa-se que elas são possíveis. Nesse caso, é o imaginário religioso que constitui essas noções de cura pela fé. Essa constatação expressa o que Maffesoli (2010) chama de pós-modernidade: “[...] a sinergia entre o arcaico (primordiais, antigas) e o desenvolvimento científico e tecnológico”.

No contexto atual, histórico e social, é possível perceber que o advento da internet tem possibilitado, cada vez mais, a propagação de manifestações religiosas, veneração a divindades e relatos de curas por meio da fé, práticas que sempre fizeram parte da sociedade e que influenciam o modo de entender o processo de saúde e doença.

EIXO II

ESCOLA CONTEMPORÂNEA E ADOECIMENTO DOCENTE

2.1 Desafios da escola na pós-modernidade

Atualmente, transformações muito significativas e imediatas têm sido presenciadas no contexto social, econômico, político, tecnológico e cultural. Um enorme e veloz turbilhão de mudanças que permeia o cotidiano coloca em xeque, por vezes, o modo de compreendermos tais transformações, e estas, por sua vez, podem influenciar direta ou indiretamente no modo de pensar, de interagir, de agir e de nos comunicar e de compreendemos o mundo que nos rodeia.

E, nesse contexto, a escola contemporânea se vê diante das transformações, tendo a necessidade de corresponder às demandas da sociedade. Ao olharmos para a conjuntura escolar podemos dizer que a escola se configura em um ambiente de socialização do conhecimento científico, histórico e cultural, caracterizada pela dinamicidade social, pautada por interesses e por sensações que podem ser expressas de forma harmônica e/ou antagônica.

Certamente, ao olharmos para o ambiente escolar, percebemos que não é possível descortinar, de maneira isolada, as relações e as formas de viver que são estabelecidas em seu meio, já que elas são delineadas, muitas vezes, por meio de valores e de concepções presentes no arcabouço da sociedade.

Alves (2006) destaca dois aspectos importantes para aqueles que defendem uma dinâmica escolar em consonância com a atual sociedade. Primeiro, de forma inevitável, é preciso à reorganização do trabalho didático adaptado às realidades e aos recursos compatíveis com a sociedade pós-moderna. Segundo, é necessário instituir novas posturas que se coloquem contra a escola manufatureira e em prol de uma nova didática, bem como de uma nova concepção de instituição educacional que a atual conjuntura exige. A abordagem desses dois aspectos é cabível uma vez que:

A organização do trabalho didático vigente nos estabelecimentos educacionais de nosso tempo foi fundada por Comenius no século XVII, sob a inspiração da organização manufatureira. [...] arraigados ainda em

sua origem, continuam a serem utilizados os mesmos instrumentos, em especial o manual didático [...] (ALVES, 2006, p. 230-231).

É oportuno destacar que a forma de organização do trabalho didático supracitado possivelmente atendeu muito bem às demandas da sociedade daquela época. Atualmente, no entanto, vivemos em outro momento histórico e social, tempos onde a flexibilização das relações de trabalho converge para uma cobrança assídua de produtividade, bem como há a exigência de cumprimentos de metas, fatores que também se encontram presentes no contexto escolar e que estão atrelados ao desenvolvimento e à expansão das tecnologias da informação e da comunicação.

Notoriamente, é possível perceber a propagação da cultura midiática, instrumento que tem oportunizado às pessoas a possibilidade de acesso a informações de modo rápido e fácil. Pensando no mundo virtual que nos rodeia, Zanato (2016) declara que aos poucos se amplia a necessidade de trazer para o espaço escolar as tecnologias da informação e comunicação, visto que algumas ferramentas como o giz, o quadro-negro, o caderno e os livros já não são mais os únicos recursos usados em sala de aula.

O autor supracitado salienta, contudo, que o uso das tecnologias da informação e comunicação no ambiente escolar precisa ser visto, sobretudo pelos professores, não como uma ameaça à sua forma de ensinar, mas como um instrumento que favorece o desenvolvimento do trabalho docente. Destaca, ainda, que o presente momento é basicamente cibernético, e que as escolas não devem ser vistas apenas como locais de instrução. Pois, diante da complexidade tecnológica, a escola necessita se adaptar às mudanças, apesar de que para deixar a zona de conforto é preciso muito esforço. E, nesse mundo virtual, constituído nas e pelas interferências pós-modernas, os professores podem ser vistos como alienígenas pelos alunos e vice-versa.

Observa-se que o acesso às informações tem ocorrido precocemente por diversos fatores, e um desses motivos pode estar atrelado à disponibilidade e à facilidade de acesso e manuseio dos aparatos tecnológicos (ZANATO, 2016). E, neste mundo cibernético, os professores sentem o impacto da transformação tecnológica no seu ambiente de trabalho, e essa repercussão pode ser prejudicial à saúde se não for bem conduzido.

Considerando que na pós-modernidade, segundo Maffesoli (1998), o atual momento se vincula à razão sensível, às emoções e aos afetos públicos, a cultura dos jovens atuais é mais horizontal e menos verticalizada, e se espalha de jeito diferente (MAFFESOLI, 2014). Conseqüentemente, o que precisamos é saber como acompanhar todo esse processo. E que o vivido e a experiência partilhados podem ser o fogo depurador do processo alquímico que permite a transformação. O nada ou o quase nada se tornam uma totalidade (SCHUSTER, 2016).

Essa compreensão se torna essencial quando se detecta que a escola se mantém de modo inflexível, estabelecendo certo comportamento independentemente das modificações que incidem na sociedade. Nesse ambiente, os professores, muitas vezes exauridos por uma rotina que não lhes admite refletir, estão:

Avassalados por uma grande quantidade de aulas diárias, desenvolvidas, muitas vezes, em escolas diferentes, o que exige penoso e custoso deslocamento, por salários aviltados [...] não sentem nem compreendem a mudança ocorrida [...]. Sem que deem conta do fato, esses educadores vêm comportando-se segundo uma rotina que os leva a repetir as mesmas práticas seculares, petrificadas pela força do hábito [...] (ALVES, 2006, p. 248).

Nesse sentido, a escola frequentemente tem ignorado a transformação do mundo à sua volta provocando grande deterioração das condições de trabalho dos professores, acarretando problemas sociais, emocionais e físicos (ALVES, 2006). Logo, esse profissional é conduzido a um aumento e intensificação de trabalho, com mais sobrecarga e horas de trabalho com o mesmo salário. E um dos efeitos desse evento-cascata é o adoecimento do profissional, nesse caso, do professor.

2.2 Trabalho na pós-modernidade e seus impactos na saúde dos professores

Ultimamente a sociedade tem sido marcada por transformações sociais, econômicas, políticas e culturais que resultaram na expansão da globalização, na ampliação dos meios de comunicação, no avanço das tecnologias de informação (ZANATO, 2016). Também na reestruturação do setor produtivo e, conseqüentemente, no surgimento de novas relações sociais, as quais, querendo ou não, transformam significativamente o cotidiano das pessoas.

Assim, tais mudanças modificam expressivamente o mundo do trabalho e implicam, direta e indiretamente, no ser e no fazer docente. Por isso é inevitável não olhar para as características de uma sociedade pós-moderna quando se procura compreender o processo de adoecimento (SHUSTER, 2016), já que as transformações sociais que vêm ocorrendo têm provocado profundas rupturas nos modos de ser e de viver, bem como na percepção de mundo dos sujeitos.

Desde os primórdios, o ser humano sempre procurou viver em comunidade. As comunidades são organizadas por laços de cultura, comunicação, pelo lazer, pela moda, pelo modo de vestir-se, pelo gosto musical. As comunidades vistas sob este prisma são caracterizadas por Maffesoli (2000; 2010) de tribos urbanas. Essas tribos são agrupamentos de pessoas que se aproximam pela identificação comum a rituais e a elementos da cultura que expressam valores e estilos de vida, típicos de um período histórico.

Nesse sentido, o trabalho, a família, os grupos religiosos, o tipo de vestimenta, o gosto musical, etc., são alguns exemplos que representam as relações do indivíduo com os seus semelhantes. E esse movimento atual, identificado por Maffesoli (1998) pelo termo "pós-modernidade", que é o palco para a formação dessas tribos, acaba por proporcionar mudanças tanto para a vida individual quanto para a vida coletiva.

Uma tribo se configura por uma "socialidade", que é um movimento das massas que não se funda na lógica da identidade, mas na lógica da emocionalidade, do conhecimento e dos sentimentos compartilhados. Ou seja, pelo sentido hedonista e não pelo compromisso com a continuidade na linha do tempo, mas que, ao contrário, se demonstra na valorização do aqui e do agora (MAFFESOLI, 2010, 2007, 1998).

Com todas essas metamorfoses sociais, as características de grupo que moldam as tribos urbanas tendem a uma mudança brusca, cujas especificidades estão relacionadas ao relativismo do viver, à tragédia do cotidiano, ao peso do dado mundano e ao bem ou mal assumido (MAFFESOLI, 2003).

Ao analisar os aspectos da vida social pós-moderna, Maffesoli (2007, 2001a) e Silva (2011) relacionam os aspectos e os movimentos pertinentes ao mundo da arte, da literatura, da música e da escultura. Assim, do ponto de vista, dos referidos autores, o

tempo pós-moderno está atrelado à futilidade, à aparência e à banalidade da totalidade que integra nossa sociedade, e tais características dão razão e sentido à vida cotidiana.

Silva (2011) declara que o modo como as pessoas vivenciam o dia a dia é de grande valia para Maffesoli, pois, o cotidiano permite a socialização desde as mais simples atitudes até as mais complexas, que podem ser constituídas pelo imaginário social. Para Maffesoli (2010, 2007), os aspectos cotidianos vividos na pós-modernidade estão fortemente centrados no aspecto banal, efêmero e coletivo das relações sociais, e fazem com que nos despojemos das formas clássicas da modernidade, para retomar as formas conflituosas, exageradas e floridas do estilo barroco.

Nesse sentido, podemos inferir que nos encontramos em um momento histórico do qual emerge nova visão de mundo, o que possibilita ao homem fomentar novas relações sociais. Decorrente disso, o contexto pós-moderno ganha grandes proporções, o que nos permite dizer que vivemos num momento de intensas mudanças sociais, para as quais Maffesoli (2010) considera que ainda não encontramos as palavras exatas para caracterizar o mundo presente. Talvez pudesse dizer que há um regresso em helicoidal de valores arcaicos atrelado com o desenvolvimento tecnológico.

Assim como a severidade da modernidade é rejeitada em prol da emocionalidade, das paixões, da orgia, dos impulsos irracionais e da futilidade, acreditamos que as transformações das concepções dos sujeitos, na pós-modernidade, representam alterações desde o âmbito da subjetividade até a intersubjetividade e delineiam o modo de organizar as experiências do cotidiano, bem como os universos de sensações e de representações dos fenômenos sociais (MAFFESOLI, 2007, 2003). Quanto aos fenômenos sociais, podem ser:

Percebidos pelos sujeitos como atravessados pela ambiguidade, pela polissemia, pela diversidade, pela contingência, pelos limites flexíveis e tênues (APPEL-SILVA; BIEHL, 2006, p. 4).

Pensando no processo de trabalho docente, as transformações decorrentes da forma como a sociedade se organiza acabam acometendo e alterando as ações do professor em sala de aula. Temos o conhecimento de que mudanças significativas ocorrerem nas formas de organização do trabalho docente, com raízes no contexto

fordista de produção, as quais são difundidas e intensificadas no contexto escolar (LARANJEIRA, 2002).

Notoriamente, a sociedade tem vivenciado o avanço das tecnologias em todos os setores, inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção. Para Antunes (2000), novos processos de trabalho surgem e a produção em série é substituída pela flexibilização da produção e pela adequação à lógica do mercado de trabalho. Conseqüentemente, essa flexibilidade abre mão da centralidade do poder, que antes estava direcionado na representação de um líder, e agora passa haver certa valorização do trabalho em equipe, embora em algum momento se tornem os líderes visíveis em qualquer parte da rede, estabelecendo novas formas de poder e de controle a partir de metas de produção e resultados (APPEL-SILVA; BIEHL, 2006).

Logo, as modificações do processo de trabalho exigem um novo perfil profissional. Esse novo perfil profissional deve estar em consonância com algumas características, como: postura maleável, ágil, aberta a mudanças em curto prazo e passível de assumir riscos, além de maior capacitação, principalmente tecnológica (CHIAVENATO, 2004). Tal perfil, segundo Appel-Silva e Biehl (2006) e Antunes (2000), é estabelecido de modo a prosseguir e a alcançar as metas propostas pelo processo de trabalho, possibilitando a internalização dessas características como algo inerente às pessoas.

Simultaneamente com a flexibilização do trabalho sobrevém, de maneira sutil, a ideia de liberdade, permitindo que a pessoa se sinta livre para cumprir metas. Mesmo assim, no entanto, essa liberdade vem com uma exigência considerável de diligência por parte dos sujeitos para alcançarem os resultados exigidos, o que pode levar à sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, ao adoecimento, tanto físico quanto mental (APPEL-SILVA, BIEHL, 2006; ANTUNES, 2000).

Podemos inferir que a flexibilização está relacionada com o surgimento de novas formas dos processos de trabalho decorrentes de metamorfoses sociais com valores pós-modernos advindos da internet, a qual vem engendrando modificações em vários âmbitos da sociedade, destacando-se a política, a economia, a cultura, dentre outros.

As mudanças decorrentes das novas formas de interação por meio da Rede Mundial de Computadores vêm ocasionando alterações nas vidas das pessoas, que ainda não conseguimos vislumbrar o seu alcance, mas é possível afirmar que os professores estão cada vez mais expostos as diversas exigências advindas tanto das relações interpessoais em seus ambientes de trabalho como também dos poderes e cobranças cada vez mais sofisticados devido ao desenvolvimento tecnológico. Tal cenário de trabalho pode somar-se a outros que podem levar ao adoecimento físico e mental do professor.

Conseqüentemente, toda a exigência que o ambiente de trabalho apresenta pode colocar as pessoas em situações de vulnerabilidade emocional, por elas não conseguirem dar conta de realizar todas as atividades que lhes são atribuídas. Assim, sentem-se desanimadas e incapazes. E isso, no decorrer do tempo, pode provocar uma reação de estresse no indivíduo. Salientando, que embora o estresse seja uma resposta natural do organismo, se ele ultrapassar os limites de tolerância, podem surgir danos à saúde, como, por exemplo, o esgotamento físico e emocional (LAZZAROTTO et al., 2004).

Entendemos que é quase impossível viver sem estresse, uma vez que esse tipo de sentimento possui a positividade da defesa do organismo. E, na atual conjuntura social, há de se convir que o cotidiano dos professores é, na maioria das vezes, marcado pela sobrecarga de trabalho, situação que pode deixar o professor suscetível ao adoecimento físico e mental. Circunstâncias desse tipo, segundo Schuster (2016), podem levar ao absenteísmo⁸ e às licenças médicas, sendo ambas ocorrências que interrompem temporariamente seu trabalho.

Referente a isso, os dados da pesquisa realizada por Schuster (2016), junto à Divisão de Medicina e Segurança do Trabalho da Prefeitura Municipal de Cascavel/PR, no período de 1º de janeiro de 2014 a 18 de dezembro de 2014, demonstram que foram cadastrados 410 atestados de licença médica por motivo de adoecimento. Schuster (2016) ressalta que, no ano de 2014, o município de Cascavel contava com 1.480

⁸ Absenteísmo é a frequência ou a duração do tempo de trabalho perdido quando os empregados não vêm ao trabalho. O absenteísmo constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja por falta, atraso ou por algum motivo interveniente (CHIAVENATO, 2004).

professores cadastrados e em estado ativo de trabalho, ou seja, os 410 atestados cadastrados correspondem a 27,70% dos professores que estavam ativos.

Entende-se que as causas de absenteísmo e das licenças médicas são decorrentes da associação de vários fatores, que convergem, na maioria das vezes, para um resultado negativo na saúde docente. De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a profissão docente é uma das mais desgastantes, com alto risco físico e mental, sendo a segunda categoria profissional, em nível mundial, a ser acometida por doenças de caráter ocupacional (BATISTA et al., 2010; WEBBER, VERGANI, 2010).

Estudos realizados por Webber e Vergani (2010); por Lima (2009); Araújo, Sena, Vina e Araújo (2005); e por Gasparini, Barreto e Assunção (2005) demonstram que as causas de adoecimento dos professores consistem em insalubridade nas condições do ambiente laboral, como: inexistência de espaço físico para descanso, salas de aula inadequadas e cargas de trabalho excessivas, além de outros fatores como a exposição ao pó de giz e a poeiras, fatores que podem desencadear doenças respiratórias.

Nessa mesma perspectiva, Forattini e Lucena (2015); e Santos, Novo e Tavares (2010) encontraram, como resultado de pesquisa sobre os motivos que levam os professores a ficarem doentes, estados relacionados aos sofrimentos psíquicos e físicos. Esses autores apontam como principais causas desses sofrimentos o excesso de tempo aplicado ao trabalho, dificuldade de dissociar sentimento de insatisfação do trabalho na vida pessoal, falta de ânimo para o lazer e para as relações com familiares e amigos, afastamento social e isolamento depressivo, omissão dos colegas no auxílio de trabalho, antagonismos e conflitos entre distintos grupos de linhas de estudo, benefícios para uns e desvantagens para outros, parcialidade com oportunidades organizacionais e relação de hierarquização com abordagens desiguais.

As pesquisas realizadas pelos autores supracitados demonstram a incidência de processos de saúde e doença em ambiente escolar, num amplo conjunto de causas por eles observadas. Outros trabalhos, como o de Lima (2009) e de Dejours (2004) também demonstram que o trabalho pode tornar-se fonte de angústia, de estresse, de medo, de ansiedade, de preocupação e de descontentamento, aspectos que podem

desencadear um aumento da carga psíquica e esta, por sua vez, pode levar ao processo de adoecimento físico e mental.

Nitidamente, o trabalho exerce um poderio sobre a vida das pessoas e a dinâmica do trabalho é algo objetivo que implica haver adequados gestos e saber-fazer, e requer um engajamento do corpo, bem como a mobilização da capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações cotidianas, ou seja, é o poder de sentir, de pensar, de reagir e de planejar constantemente (DEJOURS, 2004; LAZZAROTTO et al., 2004).

Pesquisando sobre os impactos que a dinâmica do trabalho pode trazer ao docente, e ao observar empiricamente, enquanto enfermeira, as complicações quanto à saúde desses profissionais, é possível perceber que há uma lacuna entre condições ideais de trabalho e saúde do trabalhador. Tais circunstâncias nos deixam apreensivos e, muitas vezes frustrados, em decorrência do aumento do número de professores afastados por doenças relacionadas ao ambiente de trabalho.

Partindo das noções maffesolianas, o trabalho, com as suas legislações e regulamentações, faz parte do “lado iluminado” da sociedade, mas, concomitantemente há espaços de liberdade que Maffesoli (2007) descreve como o “lado sombra”, o que possibilita a resistência a normas e regras que podem não estar fazendo mais sentido em alguns contextos sociais. Tal resistência pode exteriorizar-se de inúmeras formas, dentre elas o desânimo, as artimanhas, a indiferença e a sátira. Esses sinais, dentre outros, podem ser compreendidos como um processo de adoecimento, mas que também podem ser interpretados como maneiras de se contrapor aos poderes instituídos no ambiente de trabalho, aqui especificamente no âmbito escolar.

Alguns princípios institucionais têm em vista homogeneizar todos os métodos de desenvolver as atividades, sem ponderar as especificidades das diferentes áreas do conhecimento a serem ensinadas nas disciplinas escolares e da própria singularidade de cada professor.

É pertinente destacar que ponderar a heterogeneidade não quer dizer que se deve abrir mão de certa ordem necessária para a vida coletiva, mas, sim, permitir um mecanismo em que as pessoas que a compõem compartilhem das decisões sobre o ordenamento institucional. Para Maffesoli (2001b),

[...] tal ordenamento não funciona na igualdade absoluta; pelo contrário, é móvel, integra o acaso e a possibilidade de retorno das situações, e constrói-se com base na diferença seu aspecto conflitual (MAFFESOLI, 2001b, p. 142).

Diferentemente de uma gerência da ordem pela monopolização de uma realidade, o ordenamento social considera as diferenças, pois é possível certa harmonia no conflito, harmonia que contrasta com uma organização social que se fundamenta em ditadura. Como se sabe, a ditadura idealiza uma sociedade, uma escola ou outra instituição ideal e a impõe a todos. Ressalte-se que tal ordem rígida é bem diferente de ordenamento que possui um aspecto orgânico baseado numa dinâmica de circulação (MAFFESOLI, 2001b).

Nessa perspectiva, sobre a dinâmica do trabalho, entende-se que o processo de saúde e doença dos professores requer que seja visto sob um prisma que preze as condições nas quais se desempenha a docência. E essa observação necessariamente tem que ser para além do aspecto físico e biológico, pois é uma preocupação que deve ser ponderada a partir do contexto histórico do ser humano, em sua totalidade.

2.3 Precarização do trabalho docente

Falar sobre precarização do trabalho docente nos leva a refletir sobre os impactos que ocorrem na dinâmica de vida e de trabalho desses profissionais. Haja vista que o trabalho docente é rotulado pela sociedade como um trabalho imaterial e, por sua vez, pouco valorizado pelo sistema vigente (OLIVEIRA; PIRES, 2014).

A precarização das condições de trabalho pode ser reconhecida pelas formas de subcontratação, trabalhos em regime de tempo parcial ou temporário, mão de obra informal, características que trazem consigo efeitos significativos sobre os direitos trabalhistas (RAICHELIS, 2013).

De acordo com Blanch (1996), o trabalho representa a estruturação do cotidiano, regulação dos contratos sociais e produção de identidades. Todavia, com as mudanças na dinâmica do trabalho, novas ameaças passam a fazer parte da rotina dos professores, os quais estão continuamente à mercê da sobrecarga de trabalho e dos riscos biopsicossociais inerentes às atividades desenvolvidas.

Inevitavelmente, os efeitos da precarização do trabalho podem desencadear crises de toda ordem, como, por exemplo, econômicas, sociais e afetivas, levando o ser humano a romper laços sociais, a perder suas referências e até a alienar-se do seu contexto (ANTUNES, 2000; ANTUNES, ALVES, 2004). Enfim, são fatores que podem desencadear processos de adoecimento e levar o professor a se afastar de suas atividades, temporária ou definitivamente.

Podemos inferir que a precarização do trabalho vai aos poucos deteriorando a vida social e pessoal do ser humano. No que diz respeito às particularidades da carreira docente, destaca-se a sobrecarga de atividades de cunho intelectual a que o professor está atrelado, o que exige ajustes no que se refere à sua jornada de trabalho, merecendo, portanto, um olhar diferenciado em relação ao processo de saúde e doença desse profissional.

Sabe-se que a dimensão da responsabilidade outorgada ao professor — como a responsabilidade de formar sujeitos para a vida — tem sido paulatinamente ampliada. Por outro lado, como apontam os estudos de Antunes e Alves (2004) e com Esteve (1999), os direitos trabalhistas, tão arduamente conquistados, encaminham-se cada vez mais para um âmbito de precarização, contribuindo para o crescente descompasso entre o que se espera e o que se exige do professor.

Ponderando sobre as condições do trabalho docente, detecta-se que elas dão destaque à sistematização dos métodos de trabalho, às atividades laborais e às relações de poder. As condições de trabalho docente são capazes de gerar ambiguidades, como, por exemplo, entre teoria e prática; entre regras e ações; em relação à autonomia dos sujeitos e, conseqüentemente, sobre atitudes e atividades; a respeito do alcance dos sentidos do trabalho; do clima laboral; acerca das possibilidades de a prática docente ser reflexiva e, de modo mais amplo, afetando as relações entre a unidade educacional e seu entorno social (VIEIRA, OLIVEIRA, 2013; CHÁVEZ, GARRIDO, 2010).

Compreendemos que as condições de trabalho para o docente devem englobar tudo aquilo que é necessário para que os professores possam desempenhar as suas funções com sucesso, sem colocar em risco a sua integridade física e psicológica. Deve ser considerando que o trabalho é algo primordial na vida das pessoas, que a sua

importância vai além das necessidades econômicas e sociais, ou seja, o trabalho envolve as necessidades humanas individuais e coletivas e se entrepõe entre as relações carregadas de atribuições, deveres e simbolismo.

Atualmente, é possível perceber que o sistema vigente estabelece meios de produção que tencionam em cumprimento de metas quantitativas. E estas, quase sempre, estão atreladas ao plano de cargos, carreira e salários e avaliação de resultados aferidos por métodos de reconhecimento, além de estrutura precária e massificada de políticas e práticas de ensino (ANTUNES, ALVES, 2004; LAZZAROTTO et al., 2004).

Concordamos com Raichelis (2013) e com Antunes e Alves (2004) quando relatam que a precarização do trabalho em geral ocorre, dentre outros motivos, pela tendência de se terceirizar serviços subcontratados, informais, parciais e temporários. No caso da educação, a precarização do trabalho se dá em Processos Seletivos Simplificados/PSS. Trata-se do desemprego estrutural advindo do desenvolvimento tecnológico, das gestões, das mutações organizacionais e da desindustrialização, fornecendo mão-de-obra ociosa para o subemprego e para a informalidade, fatores que tendem a reforçar a precarização do trabalho docente.

A partir do momento em que olhamos para as atividades docentes, levando em conta a subjetividade, a interatividade, a cognição e o resultado das relações sociais, observamos, com Tardif e Lessard (2008), que nesse contexto pode vir à tona uma fonte de incertezas, de medos, de conflitos, de tensão e ansiedades. Esses fatores caracterizam a carga psíquica do trabalho. Isto posto, podemos inferir que esse conjunto de fatores pode desencadear um sofrimento físico e psíquico do professor, o que, na maioria das vezes, é diagnosticado tardiamente.

Outro fator pertinente sobre a precarização do trabalho docente, segundo Bosi (2007), está atrelado à mercantilização da educação⁹. Tanto que a crise econômica da década de 1970 fez concentrar recursos em geração de conhecimento para novos processos produtivos do capital em transformação, o que modificou o meio acadêmico (MATTOS, 2007; ANTUNES, ALVES, 2004).

⁹ Sobre a temática da mercantilização da educação, que não é de nosso interesse discutir detalhadamente nessa pesquisa, recomendamos “História das ideias pedagógicas no Brasil” de Dermeval Saviani (2007).

Na atual conjuntura econômica e política do País, com aumento de desemprego, salários defasados, desregulamentação, acordos trabalhistas e flexibilização das relações de emprego, gradativamente é possível perceber a mercantilização e a precarização do trabalho docente com apoio aos cursos de pós-graduação *lato sensu* pagos e abertura de universidades privadas.

Ainda referente à sobrecarga de trabalho docente e à precarização procedida pelo sistema vigente, Mattos declara que:

Entre elas (metas), as principais são: dobrar as matrículas nos cursos de graduação; elevar a taxa de conclusão para 90% e estabelecer uma relação professor-aluno de 1:18, tudo em cinco anos. [...] A verdade, porém, é que tais indicadores são absurdos. Uma taxa de conclusão de 90% não existe sequer nos países de desenvolvimento industrial avançado (a média da OCDE é de 70%). Já a relação professor aluno de 1:18 (a média atual é de cerca de 1:14,5), considerando-se a existência de professores em atividades administrativas e de disciplinas práticas com limitações técnicas que exigem número reduzido de alunos (pensemos numa turma de prática de neurocirurgia, por exemplo, e avaliemos se ela pode ter mais de três alunos), significa na prática que as turmas da maioria dos cursos, especialmente as dos primeiros períodos, terão média superior a 70 estudantes, e não há sequer salas de aula suficientemente grandes para isso. Como o Decreto supõe que as Universidades possam chegar a cumprir tais metas? (MATTOS, 2007, p. 1).

Diante desse contexto, as instituições trabalham no limite de sua capacidade física e de pessoal, e os professores acabam sofrendo as consequências dessas mazelas, entre tantas outras.

O contexto acadêmico está refém do mercado, e os professores incitados a serem autogeridos no desenvolvimento das atividades cognitivas, na maioria das vezes isso acaba acontecendo para além de seus limites físicos e cognitivos. É importante observar esse cenário para que possamos entender o processo da precarização das condições de trabalho dos professores, pois sabemos que as mudanças na esfera da educação impactam o cotidiano e a prática pedagógica desses profissionais (ANTUNES; ALVES, 2004).

Diante das circunstâncias ponderadas até aqui, o trabalho docente vem sofrendo alterações na sua dinâmica e torna-se preocupante em virtude dos processos de adoecimento evidenciados no cotidiano escolar.

É oportuno ressaltar que o professor que hoje se encontra em sala de aula não é o mesmo de ontem. Inclusive a escola e a sociedade também mudaram. Inferimos que é imprescindível tecer novas reflexões que tragam à tona os fatores relacionados à precarização do trabalho docente e, conseqüentemente, ao processo de saúde e doença desses profissionais, visando à saúde do trabalhador.

EIXO III

A SALA DE AULA E A SAÚDE DOS PROFESSORES

Atualmente, do ponto de vista das observações que fiz como profissional da área da saúde, e que motivaram o desenvolvimento da pesquisa, entendo que as relações entre as atividades docentes e as condições sob as quais elas são desenvolvidas têm sido um desafio e uma necessidade para se compreender melhor o processo de saúde e doença, a fim de subsidiar meios de promover medidas para prevenir agravos à saúde desses profissionais.

Haja vista que as exigências e competências requeridas para desenvolver o processo de ensino-aprendizagem, na maioria das vezes, não são compatíveis com as condições e a organização institucional, o que, conseqüentemente, gera uma sobrecarga de trabalho e esgotamento por parte do professor.

Neste momento é oportuno fazermos uma distinção entre condição e organização de trabalho. Para Chiavenato (2004), Mendes (1995) e Dejours (1992), a organização do trabalho está atrelada à divisão do trabalho, à hierarquização, às categorias administrativas, às relações de domínio e aos aspectos de responsabilidade individual e coletiva. Sendo que as condições de trabalho estão relacionadas ao ambiente físico, como, por exemplo, à temperatura, ao barulho, à distribuição dos mobiliários em sala de aula, à iluminação inadequada, a salas de aula superlotas, ao pó de giz, aos pisos escorregadios e às condições de higiene precárias.

As circunstâncias nas quais os docentes despendem as suas habilidades físicas, cognitivas e afetivas para atingir os objetivos educacionais podem gerar um desgaste de suas funções físicas e psicológicas. Conseqüentemente, se não há tempo hábil para a recuperação dessas funções, então são desencadeados ou precipitados sinais e sintomas de adoecimento (GASPARINI, BARRETO, ASSUNÇÃO, 2005; LAZZAROTTO et al., 2004).

A pesquisa desenvolvida por Silvany-Neto et al. (2000) estudou o perfil de 573 professores de 58 escolas da rede particular de ensino de Salvador/Bahia. Os resultados apontaram para uma população com queixas de adoecimento, entre as quais foram citadas as seguintes: dor na garganta, nas pernas e costas, rouquidão e

cansaço mental. As características do trabalho observadas pelos autores como causas desses problemas foram: salas inadequadas, trabalho repetitivo, exposição ao pó de giz, ambiente de trabalho estressante, ritmo acelerado de trabalho, desempenho das atividades sem materiais e equipamentos adequados e posição de trabalho inadequada.

Na mesma perspectiva, Delcor et al. (2004) realizaram um estudo, também com um grupo de professores, mas em Vitória da Conquista/Bahia, estudo no qual os resultados apresentados foram relatos de cansaço mental, dor nos braços, dor nos ombros, dor nas costas, dor na garganta, formigamento nas pernas e rouquidão. E, no que tange aos esforços físicos, manter-se em pé e corrigir trabalhos foram as queixas que mais prevaleceram.

Além disso, nesse mesmo estudo foram identificados, por meio da aplicação do *Job Content Questionnaire*¹⁰, pontos desfavoráveis para o desempenho ideal das atividades, como ritmo acelerado, posição inadequada ou incômoda do corpo, atividade física rápida e contínua e longos períodos de concentração numa mesma tarefa.

Esclarecedor é também o estudo feito por Gomes (2002) realizado na cidade do Rio de Janeiro, que evidenciou a insatisfação dos professores por trabalharem em mais de uma escola, por atender a número excessivo de alunos por turno e por haver sobrecarga de trabalho determinada por diferentes fatores, como: gestão, política, infraestrutura e tempo. Além disso, é possível perceber as frustrações dos professores diante da precariedade de recursos materiais para o exercício da profissão, o que possivelmente dificulta o cumprimento das atividades planejadas.

Diante dos problemas relatados pelos pesquisadores, percebem-se as possíveis relações entre os adoecimentos e as condições de trabalho, fundamentalmente as desempenhadas em sala de aula. Parte-se do princípio de que, para ter um bom desempenho nas atividades laborais, é preciso haver um ambiente de qualidade, que ofereça as mínimas condições para o professor desempenhar sua função e que não comprometam a qualidade do ensino e, portanto, não ofereçam riscos à saúde do professor.

¹⁰ *Job Content Questionnaire* (JCQ) é um questionário que permite abordar a dimensão psicológico-social relacionada com a chefia e com a equipe de trabalho, demanda física e insegurança no trabalho.

As condições de trabalho vinculadas ao ambiente físico impróprio das salas de aulas, no que se refere aos níveis de ruído, ao estado de limpeza, à ventilação, à iluminação e à temperatura, acrescidas da superlotação, escassez de material pedagógico e sobrecarga de trabalho são alguns fatores que representaram o perfil de adoecimento dos professores (GASPARINI, BARRETO, ASSUNÇÃO, 2005).

E, muitas vezes, a precarização das condições de trabalho (materiais e ambientais) em que se processa a atividade docente tem expressado o desinteresse com que os gestores têm tratado o problema que envolve o processo de saúde e doença desses profissionais (LIMA, 2009; FREITAS, 2007)

Na maioria dos estudos, percebe-se que as salas de aula são consideradas pouco apropriadas para o desenvolvimento pleno do trabalho, pois falta, por exemplo, iluminação e ventilação adequadas. Aproximadamente há vinte anos Teixeira (1997) já alertava sobre as condições estruturais das escolas, dizendo que:

A ideia de que se educa de qualquer forma, debaixo das árvores ou em casebres e galpões, é um dos resíduos mais alarmantes da velha ideia, puramente intelectualista, do ensino, ideia que, em educação popular, se reveste das roupagens místicas de alfabetização salvadora. Em pleno Rio de Janeiro, vemos registradas gravemente nos jornais, todos os dias, notícias espantosas de fundação de escolas sem prédio, sem instalação, em salas cedidas, em águas-furtadas, verdadeiras 'favelas escolares' que a sociedade aprova como qualquer coisa honesta e boa, que espíritos benfazejos estão distribuindo pela cidade (TEIXEIRA, 1997, p. 247).

Embora Anísio Teixeira esteja se referindo a uma realidade por ele vivida no século XX, concordamos com ele quando menciona que as condições estruturais são importantes para a realidade escolar (TEIXEIRA, 1997). Com o passar dos anos, o contexto escolar tem se modificado, no entanto as condições físicas ainda não são as mais apropriadas. Trazer à tona e apontar as condições estruturais e ambientais das salas de aula como um dos indicadores de adoecimento dos professores é um desafio tanto para os gestores como para os profissionais de saúde que atuam na promoção de medidas para a prevenção de agravos à saúde.

Outro fator relevante sobre a sala de aula e a saúde dos professores está relacionado aos problemas ergonômicos. Caracterizada como ciência, a ergonomia visa

adequar ou adaptar o local de trabalho ao trabalhador a fim de evitar, ou pelo menos minimizar, os riscos à saúde do trabalhador (ABERGO, 2000).

Segundo Brandão, Andrade e Pedrosa:

A ergonomia, por meio da metodologia de análise ergonômica do trabalho, torna possível avaliar conjuntamente aspectos tais como: duração da jornada de trabalho, a função, o ciclo da tarefa, o número de movimentos, as pausas, as posturas inadequadas, o esforço muscular e o ritmo necessário para a realização da tarefa, assim como o tipo de ferramenta, os equipamentos e as condições globais de trabalho. Desse modo, a análise ergonômica pode contribuir para a melhoria das situações de trabalho (BRANDÃO; ANDRADE; PEDROSA, 2008, p. 73).

Infere-se que as relações entre o desempenho das atividades docentes e o processo de saúde e doença se mostram multifacetadas e, nesse contexto, a ergonomia é um dos caminhos que nos permite trilhar em busca de ações que visem diminuir problemas desencadeados por situações relacionadas ao ambiente de trabalho, que podem resultar em doenças de ordem musculoesquelética, como as Lesões por Esforços Repetitivos/LER e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho/DORT (SCHUSTER, 2016; BRANDÃO, ANDRADE, PEDROSA, 2008; GASPARINI, BARRETO, ASSUNÇÃO, 2005; ABERGO, 2000).

Ressalte-se que, diariamente, os professores estão sujeitos a atividades que levam a esforços repetitivos e as LER/DORT são agravos à saúde que geralmente apresentam evolução lenta e de origem multifatorial, caracterizadas por movimentos repetitivos e ocupacionais. Acometem, sobretudo, os membros superiores¹¹ do corpo humano, desencadeando sensação de peso, fadiga, parestesia¹² e dor. Tais problemas são ocasionados pelo uso de dispositivos e mobiliários não ergonômicos, postura de trabalho inadequada, dispêndio de força excessiva nas atividades, repouso insuficiente, falta de condicionamento físico, pressão psicológica por resultados e por metas de produtividade (SCHUSTER, 2016; PRZYSIEZNY, 2000; ABERGO, 2000).

¹¹ Anatomicamente, os membros superiores são formados pela cintura escapular ou ombro, braço, antebraço, punho e mão.

¹² A parestesia consiste em sensações desagradáveis, mais ou menos permanentes que traduzem irritação de nervos periféricos sensitivos ou de raízes posteriores. As parestesias frequentemente se associam à dor e costumam se traduzir principalmente por "formigamento" (SANVITO, 2000).

Também fazem parte desse grupo os agravos que acometem tendões, sinóvias, músculos, nervos, fáscias, ligamentos, de forma isolada ou associada, com ou sem degeneração de tecidos. E as doenças de ordem neuro-ortopédica, sendo as mais comuns: tenossinovites, sinovites e as compressões de nervos periféricos, como, por exemplo, a Síndrome do Túnel do Carpo¹³ (MERLO, SHUSTER, 2016; JAQUES, 2001; PRZYSIEZNY, 2000).

Nos últimos anos, as LER/DORT assumiram um papel de destaque no afastamento de professores, pois lecionar demanda a repetição constante de movimentos como, por exemplo, escrever e limpar a lousa na sala de aula, situação que, no decorrer dos anos, pode desencadear o surgimento de lesões (SCHUSTER, 2016; JÚNIOR, DOSEA, BARRETO, 2013; DOPP, 2011).

Outra complicação que está relacionada ao processo de trabalho dos professores é a postura, pois segundo Dopp (2011):

Um dos maiores problemas dos educadores neste aspecto é ocasionado pela postura adotada quando estão em pé. Se ficarem nesta posição por um tempo prolongado, conseqüentemente gera-se uma sobrecarga na coluna e fadiga na musculatura, diminuindo o fluxo sanguíneo. O resultado é que muitos educadores, principalmente do sexo feminino, adquirem varizes (DOPP, 2011, p. 10).

Nesse universo de fatores predisponentes para o adoecimento docente, o impacto dos movimentos repetitivos e ocupacionais pode gerar problemas crônicos que, na maioria das vezes, só são resolvidos com tratamento cirúrgico, como, por exemplo, a escoliose (ECHEVERRIA, PEREIRA, 2007; MERLO, JAQUES, 2001).

É importante lembrar que as LER/DORT, de acordo com Dopp (2011), Echeverria e Pereira (2007) e Merlo e Jaques (2001), podem ser desencadeadas de forma associada ou não aos movimentos intensos, constantes e repetidos que requeiram estímulos dos feixes musculares e ou de sustentação por longos períodos de postura inadequada.

¹³ É uma síndrome causada pela compressão do nervo mediano que passa por um canal estreito no punho.

Outro fator a ser considerado é que, nos dias atuais, com o avanço das tecnologias da informação e comunicação (TIC), boa parte das atividades é realizada em frente a um computador, e geralmente as pessoas usam o teclado e o mouse em uma posição que deixam os punhos desconfortáveis, e a utilização incorreta desse equipamento pode gerar tensões na região cervical, resultando nos famosos torcicolos.

Embora facilite a vida do professor, o uso de laptops de forma negligente pode causar problemas relacionados ao aumentando da exposição do seu usuário a uma postura inadequada, já que, na maioria das vezes, o professor acaba levando trabalho para casa.

Freitas (2007), em um estudo realizado sobre os professores que atuam no ensino à distância, apresenta relatos de adoecimento devido à constante comunicação realizada de forma digitalizada com os alunos no ambiente virtual.

Cabe ponderar, neste momento, que a maior parte das comunicações feitas por professores com seus colegas, alunos e com outras instituições são comunicações intermediadas pelas TIC, envolvendo leitura e digitação. Sem dúvida é um tipo de ferramenta fabulosa, mas, reversamente, pode trazer efeitos nocivos sobre a saúde dos professores se não usada com devido cuidado.

Assim, quando direcionamos nosso olhar para a sala de aula e as repercussões da docência na saúde dos professores, precisamos refletir sobre que tipo de ações está sendo desenvolvida a fim de evitar o adoecimento e os afastamentos para tratamentos clínicos e cirúrgicos, e quais podem ser desenvolvidas.

Com base nos estudos citados até essa etapa do trabalho, percebe-se que há a constatação de várias causas de adoecimento, no entanto não foi possível averiguar ações efetivas que impeçam a evolução das doenças, e nem provisão de boas condições de trabalho a esses profissionais.

EIXO IV

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Descrição da pesquisa

No que se refere ao método da pesquisa, podemos dizer que ele se desenvolve por meio de um processo que engloba vários passos que se iniciam com a pergunta de pesquisa e se estende até os resultados e discussão. A pesquisa é realizada por procedimento racional, reflexivo e crítico. Seu método não consiste em realizar ação isolada, mas em atitude processual de investigação diante do desconhecido e dos limites que a natureza e a sociedade nos impõem, onde o fenômeno é interpretado tal como ele é atrelado ao embasamento teórico (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, JOSÉ FILHO; DALBÉRIO, 2006).

Nessa lógica, este estudo vem sendo composto de pesquisa bibliográfica e de pesquisa de campo, numa investigação de cunho exploratório e qualitativo, com a intenção de construir um vínculo com o fenômeno da pesquisa e de compreender o processo saúde e doença na visão dos professores.

No início do processo foi realizada uma revisão bibliográfica sobre tema identificado por pesquisadores anteriores como processo de saúde e doença. A partir de materiais – como livros, periódicos, artigos de jornais e bancos de dados científicos – foi então realizada essa revisão, pois, nessa perspectiva, a pesquisa bibliográfica permite que o pesquisador busque embasamento teórico a fim de melhor contextualizar o problema selecionado (BOCCATO, 2006).

Ressaltamos que segundo Pizzani et al. (2012) a pesquisa bibliográfica,

Tem vários objetivos, entre os quais citamos: a) proporcionar um aprendizado sobre uma determinada área do conhecimento; b) facilitar a identificação e seleção dos métodos e técnicas a serem utilizados pelo pesquisador; c) oferecer subsídios para a redação da introdução e revisão da literatura e redação da discussão do trabalho científico (PIZZANI et al., 2012, p. 54).

Nessa perspectiva, a revisão bibliográfica para este trabalho se justifica pela possibilidade de estabelecer uma relação com o tema da pesquisa, em especial no que

diz respeito ao imaginário dos professores referente ao processo de saúde e doença. Além disso, o método proporciona uma estruturação consistente para o desdobramento da pesquisa.

A par do estudo bibliográfico, decidimos também que seria realizada pesquisa de campo, pois esse tipo de investigação permite que o pesquisador obtenha e colete informações diretamente com a população pesquisada, e tenha acesso ao fenômeno, onde ele ocorre ou ocorreu e tal como ele se apresenta possível de apreensão (LAKATOS; MARCONI, 2010). Corroborando essa ideia, Corrêa afirma que:

A pesquisa de campo é uma forma de coleta que permite a obtenção de dados sobre um fenômeno de interesse, da maneira como este ocorre na realidade estudada. Consiste, portanto, na coleta de dados e no registro de variáveis presumivelmente relevantes, diretamente da realidade, para ulteriores análises (CORRÊA, 2013, p. 12).

Assim, a pesquisa de campo pode ser estabelecida por meio de entrevistas, aplicação de questionários, testes e observações com a participação presencial do pesquisador ou não (MORESI, 2003; GIL, 2002). Nesse sentido, salientamos que a pesquisa de campo do presente estudo caracterizou-se pelas investigações por meio de entrevistas, realizadas com professores no intuito de buscar informações sobre as suas percepções referentes ao processo de saúde e doença. Para isso, a pesquisa de campo se deu em colégios da rede estadual de ensino médio do município de Cascavel/PR.

No que diz respeito à pesquisa exploratória, ela consiste numa metodologia que não busca resolver um problema, mas possibilitar maior contato com o problema e permite conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere (GERHARDT, SILVEIRA, 2009; GIL, 2002).

Outro ponto relevante a ser destacado é a utilização de pesquisa qualitativa. Segundo Gerhardt e Silveira, a pesquisa qualitativa é caracterizada por:

[...] objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos buscados pelos investigadores, suas orientações teóricas e seus dados empíricos; busca de resultados os mais fidedignos possíveis; oposição

ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências (GERHARDT, SILVEIRA, 2009; GIL, 2002, p. 32).

Logo, é preciso se despojar das preocupações com os valores numéricos e dar ênfase às características de um determinado grupo social, que, no nosso caso, são os professores. É nesse universo que queremos compreender as percepções dos professores sobre saúde e doença a partir das noções maffesolianas.

Buscar compreender o fenômeno tal como ele se apresenta é uma postura essencial na pesquisa qualitativa, e quanto mais o pesquisador se apropria de detalhes, melhor se torna a compreensão da experiência que foi vivenciada pelo sujeito (MINAYO, 2007; GIL, 2002).

Diante do exposto e ancorado nos pressupostos da fenomenologia, buscou-se compreender os fenômenos tais como eles são, e não segundo aquilo que entendemos como deveria ser.

4.2 Desenhando o problema de pesquisa

Sabemos que o ser humano vive a maior parte de sua vida no ambiente de trabalho e ele pode ter vários significados e sentidos para as pessoas. Entende-se que o trabalho está atrelado à valorização pessoal e, assim, pode ser razão de satisfação e prazer. Se, no entanto, olharmos pelo viés do processo de saúde e doença, o trabalho tem sido causa de sofrimento, de frustração e de adoecimento a muitos trabalhadores, neste caso, dos professores.

Ao buscar base teórica sobre o processo saúde e doença na categoria docente, então é possível verificar a existência de estudos, como, por exemplo, de Schuster (2016), Júnior, Dosea e Barreto (2013), de Silva, Silva e Martini (2013), de Dopp (2011), de Batista et al. (2010), de Penteado (2007) e de Gonçalves, Penteado e Silvério (2005), que descrevem os problemas de saúde mais prevalentes entre os professores. Destes problemas, destacamos as desordens musculoesqueléticas, problemas vocais, distúrbios psíquicos e comportamentais.

Sendo que, suas causas estão atreladas à sobrecarga de trabalho, o estresse, a condições de trabalho muitas vezes precárias, a superlotação em salas de aula e a

inadequação estrutural das instituições, disso decorrendo que o trabalho se transforme em sofrimento.

Diante desse contexto, nota-se a importância de compreendermos o ser humano em sua totalidade, bem como na sua interação com o meio em que vive. No caso dos professores, é importante investigar a maneira como esses profissionais entendem o processo saúde e doença no seu cotidiano. Logo, as perguntas de nossa pesquisa foram: *Como se expressa, no cotidiano dos professores, o processo de saúde e doença? Que sentidos emergem das percepções desses profissionais quando se fala em saúde e doença?*

Nessa perspectiva, o objetivo principal da pesquisa, já delineado na introdução, foi conhecer a percepção dos professores que atuam no ensino médio dos colégios públicos do município de Cascavel/PR, sobre o processo de saúde e doença no cotidiano do trabalho. E como objetivos específicos foram traçados os seguintes: (i) identificar como se manifesta, no cotidiano dos professores, o processo de saúde e doença e (ii) compreender as percepções sobre saúde e doença nas perspectivas do campo da saúde e da sociologia.

4.3 Apresentando o campo da pesquisa

A cidade de Cascavel está localizada no interior do estado do Paraná e possui, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2010), 286.205 habitantes, com população estimada, para 2016, de 316.226 habitantes, o que significa mais de 200.000 eleitores.

Cascavel se destaca como polo universitário, com mais de 21.354 estudantes (SINEPE/PR, 2017) de ensino superior em oito instituições de ensino, sendo elas: Faculdade Missioneira do Paraná (FAMIPAR), Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG), Faculdade Itecne Cascavel, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Centro Universitário de Maringá (Unicesumar), Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), Universidade Paranaense (UNIPAR) e União Educacional de Cascavel (UNIVEL).

Considerada a capital da região Oeste do Paraná, é referência regional na área da saúde, no âmbito de agronegócio, tendo destaque no setor de avicultura. Para além

disso, apresenta também importante infraestrutura industrial, o que indica o seu desenvolvimento tecnológico.

Dados do IBGE (BRASIL, 2010) demonstram que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,782, enquanto que o IDH do Brasil é de 0.75. Com relação à educação, mais especificamente à rede estadual vinculada ao Núcleo Regional de Educação ali sediado, verificamos que conta com 41 colégios, sendo que, no total, o Núcleo Regional de Educação (NRE) de Cascavel/PR atende a 30.974 alunos e possui aproximadamente 2.035 docentes no seu quadro profissional.

Do total de colégios cascavelenses, foi escolhido como campo de estudo um colégio de cada região da cidade (Norte, Leste, Sul, Oeste e Central) que oferecem a modalidade de Ensino Médio, optando por aquelas de maior número de alunos matriculados, totalizando 05 (cinco) colégios. De cada um desses colégios foram entrevistados 03 (três) professores, perfazendo em um total de 15 professores.

4.4 Procedimentos da pesquisa

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Parecer nº 1.621.139 - Anexo I), juntamente com a Autorização outorgada pela Secretaria Estadual de Educação do Estado do Paraná - SEED/PR. (Anexo II), acrescido do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo III) para assinatura dos docentes entrevistados, o estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa de campo, na dimensão qualitativa de forma exploratória.

A pesquisa de campo consistiu de entrevista gravada e realizada a partir de um questionário apenas semiestruturado, mas com sete questões discursivas formuladas, as quais nortearam a entrevista (Apêndice), tendo como alvo professores que atuam no ensino médio dos colégios públicos do município de Cascavel/PR. As questões abordaram os seguintes pontos: os professores se afastam do trabalho com frequência por motivo de adoecimento; os professores já trabalharam sentindo-se doentes; quando doentes, que tipo de ajuda procuram; o cotidiano de trabalho deles exerce alguma influência na sua saúde e ou doença; o que eles consideram importante para se ter saúde; e, por fim, do ponto de vista deles, o que é ter saúde e o que é estar doente.

Para as entrevistas foram formuladas perguntas com a finalidade de conseguir

um *feedback* dos entrevistados, de maneira que não fossem estabelecidos limites nas respostas e na linguagem, permitindo que os entrevistados expressassem suas concepções referentes às questões supracitadas.

Como critério de inclusão, como já foi dito, foi priorizado uma amostra de professores que atuam em colégios públicos de abrangência do NRE, do município de Cascavel-PR de diferentes regiões da cidade. Foi selecionado 01 (um) colégio de cada região da cidade com maior número de alunos matriculados e, desses colégios, foram entrevistados 03 (três) professores de diferentes disciplinas, com carga horária mínima de 20 horas semanais, com vínculo empregatício – ver Quadro Próprio do Magistério (QPM) ou Processo Seletivo Simplificado (PSS). No caso, cada professor primeiramente tinha que aceitar voluntariamente a entrevista mediante a assinatura da TCLE e ter disponibilidade de horário para participar.

E, como critérios de exclusão da amostra, ficaram em especial três: (i) os professores com carga horária menor que 20 horas semanais e (ii) professores que atuassem nas áreas de coordenação e/ou (iii) que se recusassem a assinar o TCLE.

Para realizar as entrevistas, primeiramente foi contatado, pessoalmente, o/a professor/a da direção de cada colégio selecionado, com a autorização do NRE. Após esse contato, a direção disponibilizava o horário de atividades e, em seguida, o professor era abordado e convidado a participar da pesquisa. Então, caso aceitasse, a entrevista era agendada.

Assim, de acordo com a agenda de trabalho do docente, a entrevista foi realizada no próprio colégio. Vale ressaltar que os professores, em sua maior parte, foram acolhedores e cordiais, tanto que, em algumas falas informais, cogitaram a ideia de fomentar rodas de conversa sobre o processo de saúde e doença na escola, focalizando principalmente os professores (dentre dirigentes, professores, funcionários e alunos).

O tempo estimado das entrevistas foi de 10 a 20 minutos, as quais foram gravadas em áudio, com autorização dos entrevistados. Nas transcrições, foram preservadas as falas originais. Quando apareceram algumas frases incompletas, foram aplicadas reticências e, nas reações comportamentais, nos casos de risos, essa ação foi registrada entre parênteses.

No presente texto, os entrevistados têm o anonimato preservado, sendo identificados apenas com codinomes P1 até P15, numa ordem naturalmente conseguida pela sequência das entrevistas realizadas.

Após a transcrição das entrevistas, elas foram ordenadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo (MINAYO, 2007; BARDIN, 1997), evidenciando os pontos semelhantes das respostas. Assim procedemos porque, de acordo com Bardin (1997), essa técnica de organização e análise dos dados permite caracterizar o cotidiano e as experiências das pessoas, bem como as suas percepções sobre determinado objeto e seus aspectos.

Considera-se que a Análise de Conteúdo se configura nas seguintes fases: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação (BARDIN, 1977, MINAYO, 2007). Destacamos que, nesta pesquisa, na etapa de pré-análise foi feita uma leitura exaustiva das entrevistas realizadas, para realmente realizar o objetivo de conhecer a percepção dos professores sobre o processo de saúde e doença no cotidiano do seu trabalho docente.

Na etapa da exploração, as informações obtidas nas entrevistas foram agrupadas sistematicamente e, posteriormente, foram elaboradas as categorias, as quais são apresentadas e discutidas no Eixo V desta dissertação.

Salientamos que, após finalizar os passos da Análise de Conteúdo, foi-nos possível inferir e realizar explanações, sempre respeitando a correlação com a fundamentação teórica previamente construída, o que, conseqüentemente, permitiu suscitar outras discussões vinculadas aos dados da pesquisa.

EIXO V

5.1 O CALEIDOSCÓPIO DO PROCESSO DE SAÚDE E DOENÇA NA PERCEPÇÃO DOS PROFESSORES

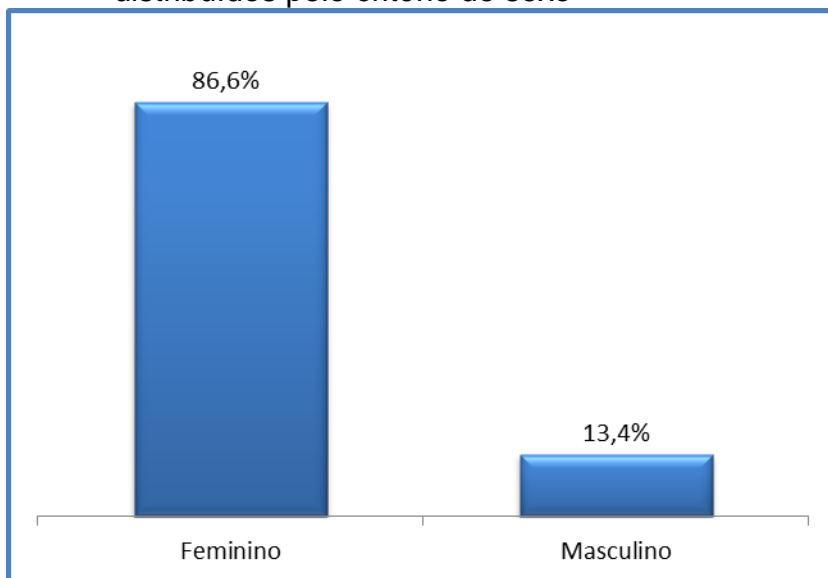
Pela vasta documentação que a história tem reunido desde a antiguidade, sabe-se que as concepções das civilizações sobre o processo de saúde e doença têm sido trajetórias de variadas construções de imagens, de símbolos e de significados, sendo que em cada momento histórico-social e em cada sociedade essas construções se apresentam com características diferentes.

Toda essa carga simbólica ao longo dos séculos tem contribuído para a elaboração de um caleidoscópio do processo de saúde e doença, com cada processo organizado a partir do contexto em que as pessoas estão inseridas, além de proporcionar a possibilidade de rever as ações de prevenção às doenças e de promoção à saúde da população.

Assim, no intuito de fomentar a discussão sobre o tema desta dissertação, fomos a campo para entrevistar professores do ensino médio que atuam em escolas públicas do município de Cascavel/PR e, para isso, selecionamos uma amostra de 15 professores.

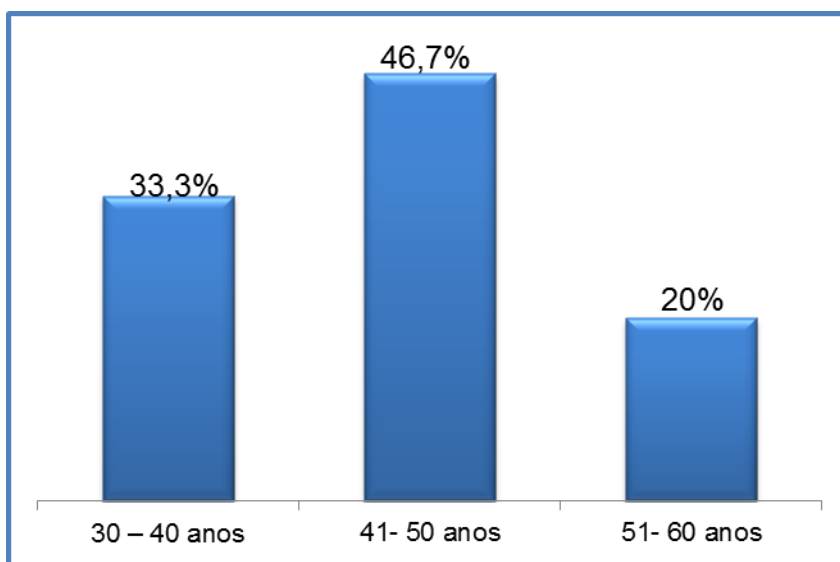
Primeiramente traçamos o perfil dos entrevistados com dados referentes a sexo, idade, estado civil, número de filhos, turno de atuação, vínculo empregatício, carga horária, tempo de serviço, formação acadêmica e, posteriormente, distribuimos os achados em gráficos, conforme segue:

GRÁFICO 1 - Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos pelo critério de sexo



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

GRÁFICO 2 - Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos pelo critério da faixa etária em décadas



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Em face das constatações acima, é possível perceber que a prevalência é do sexo feminino na área da docência, com um percentual de 86,6%. Isso pode estar atrelado às conquistas que as mulheres obtiveram ao longo da história, que vai desde o

direito de escolha com quem se unir em matrimônio, de terem filhos ou não, até a sua inclusão no mercado de trabalho.

Do ponto de vista de Santos (2008), com a desvalorização da profissão docente sucedeu a feminização no campo do magistério, e muitas mulheres vislumbram:

A possibilidade de sair da esfera doméstica e fugir das normas tradicionais que permeavam a sociedade naquele período. A profissão docente era uma forma de realização pessoal que lhes fora negada durante muitos anos (SANTOS, 2008, p. 1).

Inicialmente, na chamada modernidade com a revolução industrial, a educação escolar formal, basicamente, era só para os homens, mas aos poucos, no decorrer do século XIX, as mulheres foram sendo inseridas nesse contexto. Porém, a intenção era preparar essas mulheres para serem excelentes esposas e donas de casa, cheias de virtudes e repletas de valores e de princípios de civilização ocidental cristã.

Esse preceito é retratado no filme “O Sorriso de Monalisa”, notadamente na fala da atriz Júlia Stiles, que representa a personagem Joan Brandwyn, quando ela diz à professora:

[...] você disse que a gente poderia ser o que quisesse, eu escolhi isso. É longe demais pra voltar e servir o jantar às 17h (Filme: O Sorriso de Monalisa, 2003).

Joan Brandwyn estava se referindo à vaga de Direito que havia conquistado em uma universidade desejada, mas, mesmo assim, tinha optado por abrir mão de continuar seus estudos para se casar e dedicar-se apenas à família.

A narrativa desse filme mostra o contexto histórico de um imaginário arraigado na cultura das instituições de ensino que preparavam as mulheres para assumir um papel de subordinação, e não de emancipação feminina.

Entretanto, muitas mudanças ocorreram e hoje podemos perceber que a diferenciação nas maneiras de instrução entre homens e mulheres é realidade social ultrapassada. Embora a entrada de mulheres na profissão docente tenha ocorrido de modo lento, hoje há o predomínio dessa categoria em sala de aula, tanto que o estudo de Zanato (2016), também realizado no município de Cascavel/PR, e o Censo Escolar do Paraná (2014) demonstram que o perfil feminino é significativamente predominante.

Ressalta-se que as pesquisas supracitadas também foram realizadas com professores do ensino médio, embora a configuração das mulheres na docência tenha sua história atrelada à feminização do magistério, como muito bem já discutido por Hypólito (1997).

Por outro lado, a justificativa para a inserção das mulheres no magistério era a de que elas tinham vocação e aptidão para serem professores. Nessa justificativa estava incluída a ideia de que a escola seria um braço do lar, além de que atributos como fragilidade, afetividade, paciência e doação passariam a caracterizar a profissão docente (SANTOS, 2008).

Outra razão da prevalência de mulheres nas salas de aula pode ser resultado da expansão das instituições escolares, bem como a busca dos homens para ocuparem outras carreiras profissionais e com melhores remunerações salariais (HYPÓLITO, 1997).

O afastamento dos homens da sala de aula pode estar atrelado à questão salarial, bem como, à expansão urbana e econômica, além de a grade curricular do magistério ter passado de três para quatro anos:

Dessa forma, os homens teriam que gastar mais tempo numa formação que não lhes parecia tão promissora. Assim, a docência passa a ser considerada uma atividade feminina e de segundo nível, exercida como atividade paralela à função de administradora do lar (SANTOS, 2008, p. 2).

Diante das colocações acima, percebe-se que a sociedade caracterizou a profissão como sendo atividade laboral voltada para a classe feminina, já que o magistério era visto como uma profissão de devoção, de altruísmo e para exercê-la tinha que ter vocação. Assim, as mulheres aliariam as atribuições maternas ao magistério e os homens assumem a função de provedores.

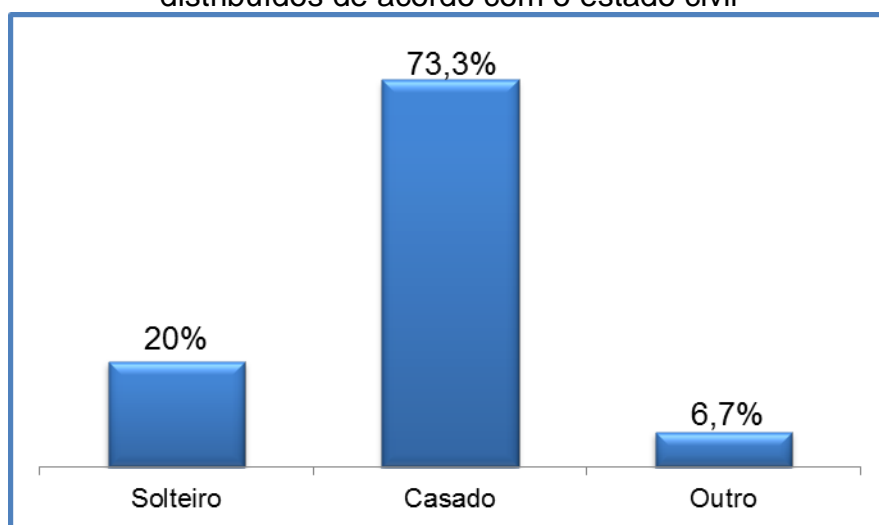
A faixa etária predominante no grupo pesquisado está entre 41 e 50 anos. Esse dado corresponde aos resultados do Censo Escolar do Paraná (2014), o qual demonstra que 51,2% dos docentes têm mais de 40 anos de idade e que 70% estão na faixa de 29 a 51 anos de idade.

Semelhantemente, podemos correlacionar esses dados acima com os resultados da pesquisa de Zanato (2016), na qual a faixa etária prevalente está entre 34 a 44 anos de idade, seguida do grupo de 45 a 55 anos de idade.

Ressalta-se que, de acordo com estudo de Schuster (2016), a média de idade dos professores que apresentaram atestados médicos no ano de 2014 em Cascavel/PR foi de 41,83 anos, variando de 23 a 67 anos.

A seguir, no gráfico 3, estão expostos os dados pertinentes ao estado civil dos entrevistados.

GRÁFICO 3 - Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos de acordo com o estado civil

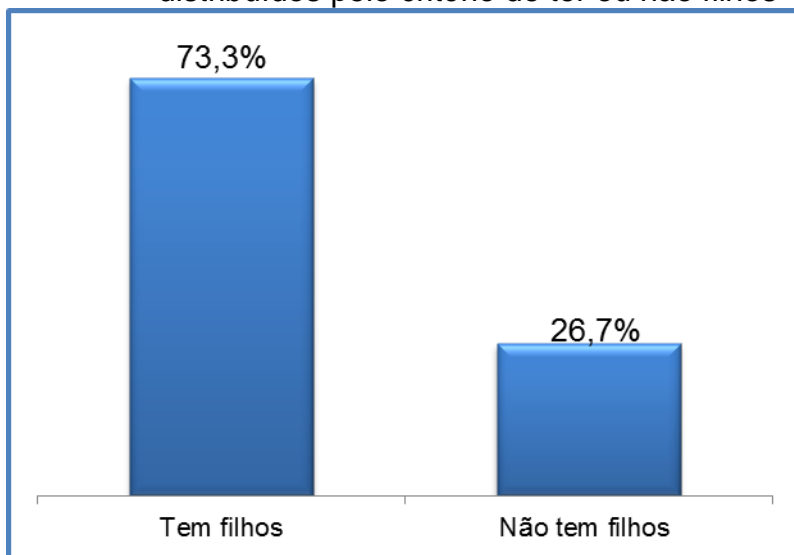


Fonte: dados da pesquisa, 2018.

De acordo com os dados acima, verifica-se que 73,3% dos professores são casados e 20,0% são solteiros. Igualmente, as pesquisas de Silvany-Neto et al. (2000), de Delcor et al. (2004) e de Schuster (2016) também apontam para a prevalência de professores casados.

E, coincidentemente, o mesmo percentual de professores casados (73,3%) corresponde à mesma taxa de professores com filhos, conforme dados dispostos no gráfico 4. Esse dado é também prevalente na pesquisa de Schuster (2016).

GRÁFICO 4 - Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos pelo critério de ter ou não filhos

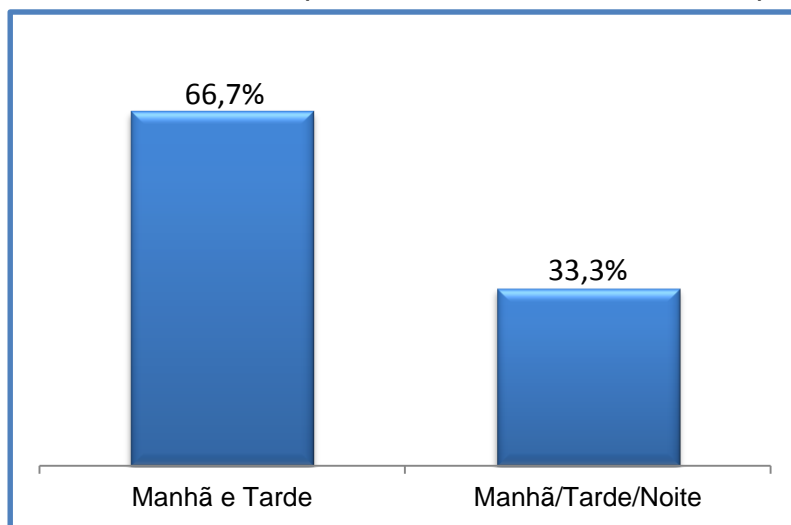


Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Diante do exposto, constatou-se que a maioria dos nossos entrevistados é do sexo feminino, são casados e têm filhos. Esses dados são relevantes para a pesquisa, tendo em vista que a dupla jornada, a sobrecarga de trabalho, o pouco tempo disponível para as relações interpessoais e para lazer podem influenciar, sobremaneira, negativamente na saúde desses professores.

Para complementar as informações referentes à identificação da nossa amostra, perguntou-se aos professores em qual turno diário atuam na docência, dado que está disponível no gráfico 5.

GRÁFICO 5 - Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos pelo critério do turno diário em que atuam na docência



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Considerando os dados acima, percebe-se que a maioria dos professores (66,7%) exerce suas atividades laborais nos períodos da manhã e tarde. Mesmo assim, no entanto, também chama a atenção o fato de 33,3% dos professores trabalharem em três turnos, o que indica uma sobrecarga óbvia de trabalho.

Infere-se que essa jornada de trabalho excessiva pode estar atrelada à necessidade de o professor aumentar seu salário, já que são, na maioria, casados e têm, em média, dois filhos (gráfico 3 e 4). Além disso, na atual conjuntura em que o país se encontra, a desvalorização salarial tem impulsionado os professores a desenvolverem as suas atividades em dois ou três turnos, no mesmo colégio ou em colégios diferentes, com o objetivo de compensar os baixos salários.

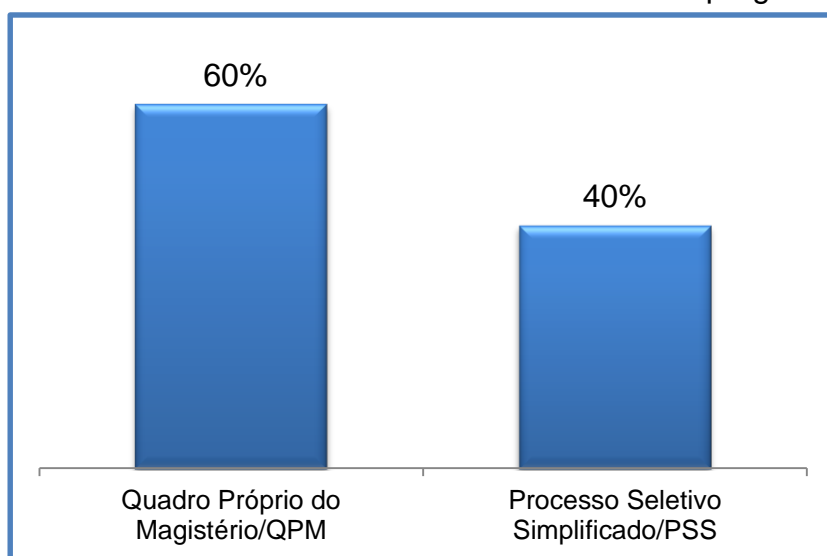
Inevitavelmente, esse ritmo de trabalho pode desencadear um processo de adoecimento, já que o professor passa a maior parte do seu tempo em sala de aula. Nessa rotina intensa de atividades, que se inicia logo cedo e se estende por vezes até a noite, é muito difícil estabelecer e seguir horários que contemplem, por exemplo, pausas para descanso e horários adequados para as refeições.

Em razão do volume de trabalho que os docentes desenvolvem, não há tempo para o lazer e, muito menos, para as relações interpessoais, fatores que também podem contribuir para o adoecimento (SANTOS; NOVO; TAVARES, 2010).

Ressalta-se que o trabalho, quando desprovido de significação, pode ser uma fonte de ameaças à integridade física e psíquica da pessoa (DEJOURS, 2004). Assim, os fatores negativos da dinâmica no trabalho podem frustrar o docente, levando à insatisfação e, posteriormente, ao adoecimento.

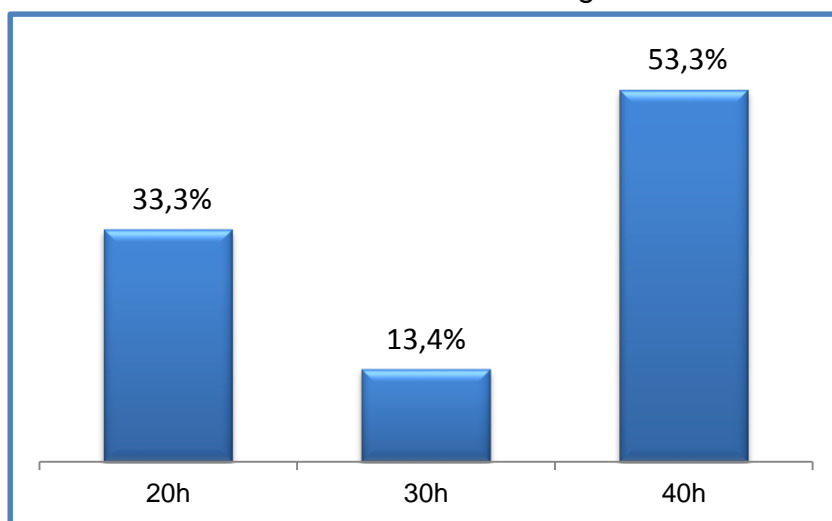
A seguir, nos Gráficos 6 e 7, estão dispostos o tipo de vínculo empregatício e a carga horária dos professores pesquisados.

GRÁFICO 6 - Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos de acordo com o vínculo empregatício



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

GRÁFICO 7 - Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos de acordo com a carga horária



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

No que concerne ao vínculo empregatício, dos 15 professores entrevistados, 9 são efetivos e 6 contratados temporariamente, correspondendo a 60,0% e a 40,0%, respectivamente.

Quanto à jornada de trabalho, 53,3% dos professores têm uma carga horária semanal de 40 horas, o que representa uma jornada de trabalho exaustiva. No estudo de Schuster (2016) igualmente a maioria dos professores leciona 40 horas semanais. Ressaltamos que, possivelmente, esses professores desempenham outros papéis, como donas de casa, mães, pais, cônjuges, atribuições que não estão ligadas à docência, mas que certamente exigem tempo e dedicação.

Consequentemente, essa dupla jornada, caracterizada pela realização de afazeres domésticos, faz com que os professores estejam mais propensos ao adoecimento, como, por exemplo, a elevados níveis de estresse, comprometendo a saúde mental e o desempenho das atividades pessoais e profissionais. É claro que, na maioria das vezes, o profissional não tem escolha e precisa se adaptar a essa rotina. Assim, a dupla jornada muitas vezes não é opção, mas uma necessidade, devido ao contexto em que se vive.

Vale ressaltar que transitamos por um período histórico e social em que as mulheres, por inúmeras razões, se inseriram no mercado de trabalho, mas que, concomitantemente, elas precisam gerenciar e realizar o trabalho doméstico, como levar e buscar o filho na escola, auxiliar nas tarefas escolares, preparar as refeições, limpar e organizar a casa. De acordo com Zibetti e Pereira:

A análise da jornada de trabalho permite identificar o peso que as responsabilidades familiares têm para as mulheres, pois enquanto as jornadas de trabalho dos homens são mais elevadas do que as delas em todos os tipos de famílias, para as mulheres essas variam conforme a presença ou não de dependentes e de parentes que auxiliem nos cuidados com os filhos. Nas famílias em que as mulheres cônjuges têm filhos dependentes e têm parentes no mesmo domicílio, a jornada de trabalho remunerado aumenta em uma hora em relação àquelas que não possuem este apoio (ZIBETTI; PEREIRA, 2010, p. 262).

Agora, independentemente dos porquês, seja financeiro ou de realização pessoal e profissional, o fato é que as mulheres se sobressaem no campo da docência. E, no que se refere à saúde dos professores, estabelecer uma jornada de trabalho em

sala de aula e designar tempo para o planejamento de atividades pedagógicas são aspectos de relevância que contribuem para o bem-estar docente. Tanto relevantes são esses aspectos que é oportuno destacar o que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, ou seja, a Lei Federal nº 9.394/1996, institui a carga horária semanal dos professores como sendo de 40 horas e que 20% dessas deveriam ser destinadas as horas-atividade.

Para Dejourns (1992), certas condições negativas de trabalho podem levar ao sofrimento físico e mental. Essas condições podem levar ao sofrimento por causa do contraste na história pessoal docente, história carregada de projetos, de esperanças e de desejos que, no cotidiano de uma organização de trabalho, muitas vezes, é, por inteiro, ignorada.

Ainda de acordo com Schuster (2016), a jornada de trabalho do professor não acaba ao tocar o sinal, pois, ao deixar a escola, ele vai para casa levando trabalho extra, como provas e trabalhos para corrigir, diários de classe para preencher, sem mencionar o tempo que ele precisa para preparar as aulas e avaliações seguintes.

Consequentemente, essas variáveis, na jornada de trabalho, podem produzir efeitos negativos à saúde do professor, que vão desde o desgaste físico e mental, ao absenteísmo e a afastamentos por períodos longos.

Vale ressaltar que o dispêndio da carga horária do professor está atrelado à natureza física e mental, ou seja, a mecanismos naturais do ser humano que podem influenciar direta e indiretamente a saúde. Sendo assim, o trabalho em demasia, além de levar ao adoecimento, pode prejudicar as relações sociais e familiares.

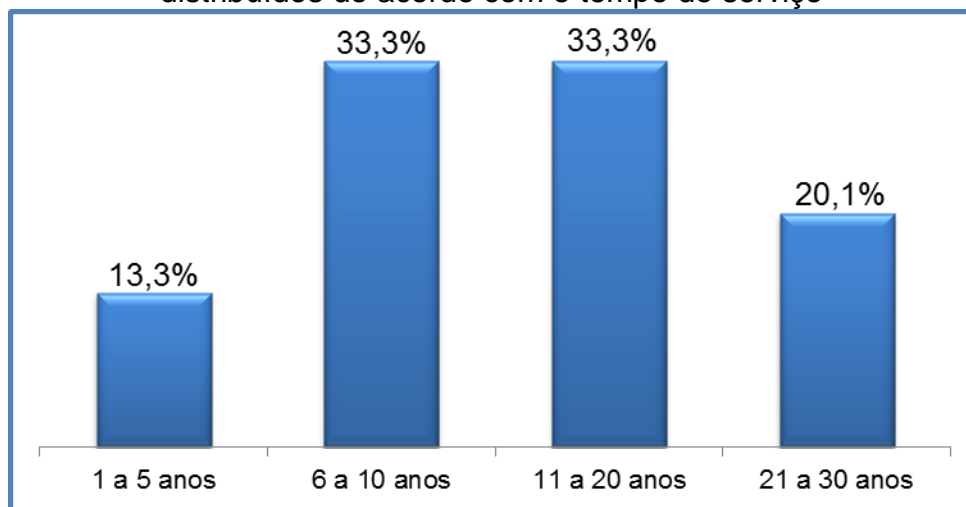
Como evidenciou a nossa pesquisa, a maioria dos professores é do sexo feminino, trabalha pelo menos em dois turnos, sendo pessoas casadas, que têm filhos e que cumprem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais.

Considerando essa dinâmica, dificilmente o professor, em sua trajetória, não se tenha deparado com algum tipo de agravo à saúde. Tanto assim é que, no decorrer do texto, é possível perceber que os professores entrevistados relatam problemas de saúde relacionados ao ambiente laboral e à sobrecarga de trabalho. Mesmo assim, no entanto, em nenhum momento eles mencionam se os colégios, onde atuam, promovem

atividades voltadas à saúde do trabalhador e ou participam de ações de promoção e de prevenção da saúde.

No gráfico 8, a seguir, os dados estão distribuídos de acordo com o tempo de serviço dos entrevistados.

GRÁFICO 8 - Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos de acordo com o tempo de serviço



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Os dados acima demonstram que 20,1% dos professores já poderiam estar gozando da sua aposentadoria, no entanto ainda permanecem em sala de aula. Igualmente, no estudo de Schuster (2016), o tempo de serviço na docência variou de dez a trinta anos. Esse dado nos incita a questionar: o que tem ocorrido para fazer com que esses professores ainda estejam trabalhando, mesmo com tantas adversidades relacionados à prática docente?

Para Santos e Vaz (2008):

Em nossa sociedade o fato da pessoa se aposentar a conduz ao tédio e a um sentimento de desvalorização, devido à falta de atividades sociais e laborais. Estar em um ambiente de trabalho proporciona ao indivíduo um importante convívio social, que ao ser perdido ocasiona um grande vazio (SANTOS, VAZ, 2008, p.334).

O processo da aposentadoria ou término de uma atividade laboral pode gerar sentimentos de angústia e de medo do que está por vir, pois o indivíduo sabe que irá trilhar um caminho ainda por ele desconhecido. Como o caminho é ainda desconhecido

e outros docentes aposentados incorreram em solidão e isolamento social, então esses são fenômenos que podem aparecer nessa fase da vida. A carreira profissional confere à pessoa reconhecimento, *status* social, relacionamento social e conforto psicológico. Por outro lado, a aposentadoria, sobretudo nos países capitalistas, denota *status* de desempregado, além do sentimento de impotência e de desvalorização (PEIXOTO, 1995).

Para além do direito previdenciário, infere-se que o processo da aposentadoria pode ter dois vieses para o sujeito. Por um lado, é uma situação capaz de gerar tensão e dificuldade de adaptação, mas, por outro ângulo, ela proporciona a sensação de liberdade, potencializada pela expectativa de que se terá mais tempo livre após o afastamento das atividades laborais.

Diríamos que esse processo de transição pode afetar a saúde do sujeito. Nessa perspectiva, Antunes e More (2016) destacam que:

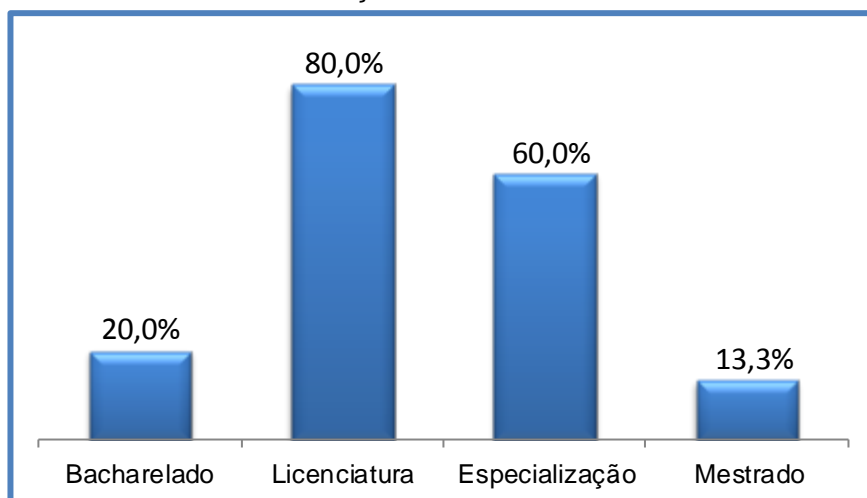
[...] existem dispositivos legais que preveem a execução de programas de orientação para aposentadoria, os quais se configuram como ações de promoção e prevenção de saúde. São eles: o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2002) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003). Ambos os documentos apontam que tais programas de desenvolvimento podem contribuir para que os trabalhadores alcancem um envelhecimento com saúde e bem-estar. Ainda nessa linha, dentro da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994) e da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal, são abordados aspectos em relação ao afastamento das atividades laborais, chamando a atenção para as práticas de gestão nas organizações, sobretudo em relação à prevenção de riscos e doenças, ao envelhecimento ativo e à preparação para a aposentadoria. Assim, percebe-se que a discussão acerca da aposentadoria pode se localizar entre os campos de saúde do idoso e saúde do trabalhador, tendo em vista que a vivência desse período não ocorre de forma isolada, mas se interliga, entre outros fatores, à sua trajetória profissional e às diferentes etapas que compõem o ciclo de vida (ANTUNES; MORE, 2016, p. 250).

Perante o exposto, o processo de aposentadoria deve ser tratado frente às mais diversas circunstâncias que estão colocadas no cotidiano do sujeito. Devem ser colocadas de preferência frente a um ângulo multidimensional e multifatorial. E, mais uma vez, os profissionais de saúde, em especial os psicólogos, têm um papel relevante

nesse processo, já que a pessoa deve ser preparada e estimulada para essa nova etapa da vida.

Outro ponto relevante que esta pesquisa levou em consideração foram os dados relativos ao grau de instrução desses docentes, considerando graduação e pós-graduação, conforme o gráfico abaixo:

GRÁFICO 9 - Perfil dos professores entrevistados no município de Cascavel/PR, distribuídos de acordo com a formação escolar formal



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

No que tange à formação inicial dos entrevistados, os dados demonstram que 80,0% dos professores possuem graduação na modalidade de licenciatura.

A prática docente, na escola da atualidade, exige um professor qualificado e preparado para trabalhar com os alunos não somente segundo os parâmetros da pedagogia tradicional, mas, necessariamente, também qualificado para as novas problemáticas e as novas tecnologias que estão presentes no cotidiano da sociedade contemporânea. Nesse horizonte atual, um dos desafios, certamente, é transformar a infinidade de informações globais em conhecimentos.

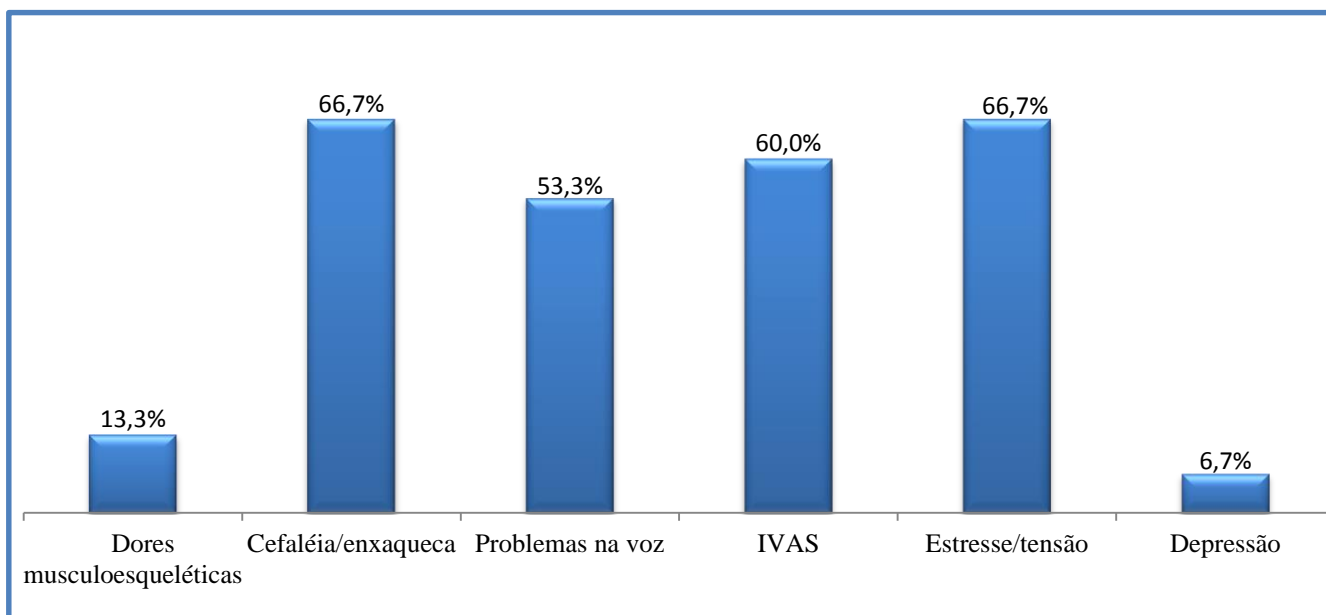
Nesse sentido, e de acordo com os dados acima, é possível perceber que os professores têm buscado a formação continuada, tanto que 60,0% são pós-graduados em especializações e 13,3% em mestrados.

Assim, como Zanato (2016) e Possobon (2015), constatamos que os cursos de pós-graduação possuem um papel relevante para a formação continuada dos professores, sendo essa uma opção que contribui para a melhoria do nível de qualidade

da formação profissional docente – embora a remuneração e a jornada de trabalho sejam fatores desestimulantes no processo de formação continuada.

Caracterizado o perfil dos entrevistados, a seguir damos sequência aos resultados obtidos por meio das entrevistas, resultados que permitiram a elaboração dos Gráficos 10, 11 e 12 e categorias de análise.

GRÁFICO 10 - Você já trabalhou sentindo-se doente? E o que você estava sentindo?



Nota: IVAS – Infecção das vias aéreas superiores

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Ao questionarmos os professores sobre se eles já trabalharam sentindo-se doentes, 100% dos entrevistados disseram que “sim”. Esse dado instiga muitas reflexões sobre a saúde, a qualidade de vida e o desempenho em sala de aula.

Como não é possível mensurar objetivamente o quão apto está o profissional para desenvolver suas atividades laborais quando doente, então a decisão de faltar ao trabalho é uma atitude difícil de ser enfrentada. Trata-se de uma situação efetivamente difícil, pois, na maioria das vezes, o profissional se sente obrigado a trabalhar mesmo doente, em especial quando pensa, por exemplo, nos seus compromissos de ordem financeira e na estabilidade profissional.

Esse dilema, de trabalhar ou não quando está doente, pode gerar um estresse para além da capacidade psicofisiológica do ser humano e, assim, contribuir para o desencadeamento de outros fatores que prejudiquem a saúde.

Quando arguidos sobre se trabalhavam doentes, concomitantemente indagamos sobre o que estavam sentindo. A maioria respondeu que, rotineiramente trabalham estressados (66,7% deles), respostas que foram seguidas com o mesmo percentual daqueles que informaram que trabalham com cefaleia e ou enxaqueca.

Como dito anteriormente, nos dias atuais é quase impossível viver sem estresse. Há, no entanto, formas de administrá-lo cotidianamente, formas essas já salientadas por alguns campos do conhecimento da área da saúde, como, por exemplo, a prática de exercícios físicos. O estresse que esta pesquisa demonstra está, todavia, relacionado ao estresse ocupacional.

O estresse ocupacional é caracterizado por Dopp como:

[...] um conjunto de reações fisiológicas e psicológicas utilizadas por trabalhadores ou grupos de trabalhadores, de forma ativa ou defensiva, para responder ao conjunto de exigências ou pressões do ambiente de trabalho e é reconhecido mundialmente como um dos principais fatores de redução de qualidade de vida no trabalho a ser enfrentado por profissionais da educação (DOPP, 2011, p. 12).

Assim, para melhor compreensão, segundo Jex (1998 apud Balassiano, Tavares e Pimenta, 2011), o estresse ocupacional pode ser proveniente de:

(1) estímulos do ambiente de trabalho, conhecidos por estressores organizacionais, que exigem respostas adaptativas por parte do funcionário e que excedem sua habilidade de enfrentamento; (2) as diversas respostas que os indivíduos emitem quando expostos aos estressores; e (3) o processo geral em que demandas do trabalho têm impacto nos funcionários (BALASSIANO; TAVARES; PIMENTA, 2011, p. 753).

Esse estresse, intenso ou prolongado, traz consequências negativas à saúde. Quando uma pessoa se vê diante de situações estressoras, o seu corpo tende a emitir alguns sinais e sintomas, como, por exemplo, aumento da pressão arterial e do número dos batimentos cardíacos (taquicardia), distúrbios gastrointestinais e dores musculares.

Certamente os professores são profissionais que estão constantemente expostos a fatores que contribuem para o aumento do nível de estresse, tanto que a pesquisa aponta um percentual elevado (66,7%) de professores que trabalham estressados.

Muitas vezes, o professor se encontra diante de um ambiente de trabalho desfavorável, onde muito se exige e poucas condições se oferecem para satisfazer a essas exigências. Segundo Schuster:

[...] esse descompasso ocorre nas escolas brasileiras que dispõem de menos do que o professor requer para o desempenho de sua função; isso acaba tornando-se uma situação ameaçadora, alterando o equilíbrio e deixando, portanto, os professores diante de uma situação estressante (SCHUSTER, 2016, p. 45).

É natural as pessoas vivenciarem situações de estresse, até porque a dinâmica da vida na sociedade atual é cada vez mais intensa. Constantemente enfrentamos situações estressantes, como: o congestionamento e a lentidão no trânsito, a falta de tempo e de dinheiro, o risco do desemprego, as jornadas de trabalho exaustivas, a violência em sala de aula, entre tantos outros fatores.

Inevitavelmente, as pessoas estão mais estressadas e às vezes nem se dão conta disso. Embora o estresse seja uma resposta natural do organismo, é importante estar atento para que o estresse não venha a interferir de maneira prejudicial à saúde, acarretando, muitas vezes, um esgotamento físico e emocional muito debilitante (LAZZAROTTO et al., 2004). A explicação está em que, diferentemente dos nossos antepassados, diríamos que o padrão de estresse a que estamos sujeitos não é algo esporádico, passageiro como antigamente, senão que atualmente é uma constância.

Dessa forma, é importante que cada docente esteja atento aos sinais de alerta de seu corpo. É ele – o corpo – que vai disparar alarme se o nível de estresse está acima do limite de cada um, ressaltando-se que cada pessoa percebe e lida de forma diferente com as tensões do dia a dia.

Referente ao problema de cefaleia e ou enxaqueca, mais da metade dos entrevistados (66,7%) afirmou trabalhar sentindo esse tipo de dor. A cefaleia é caracterizada pela dor no segmento cefálico, e acomete, em média, 90% da população. Sua causa é multifatorial, sendo que, na maioria das vezes, é resultante de fatores

anatômicos, neuromusculares e psicológicos, além de estar relacionada com o estresse e com fatores emocionais (SANTOS et al., 2012).

Já a enxaqueca é uma doença crônica e que está relacionada a um distúrbio químico do cérebro (TEIXEIRA, 2009). Geralmente a pessoa acometida por enxaqueca relata que tem dor na cabeça de forma intensa e pulsátil, podendo ser dor acompanhada de náuseas e de vômitos, além da intolerância à claridade. Segundo Teixeira (2009):

Tanto os neurônios como os vasos cerebrais estão envolvidos como principais protagonistas da enxaqueca, e uma boa definição para o cérebro de uma pessoa com enxaqueca é a de um cérebro hiperexcitável: excita-se com mais facilidade que o normal diante de estímulos externos (luminosidade, ruídos, cheiros) ou internos (privação de sono, estresse psicológico) (TEIXEIRA, 2009, p.1).

Tomando por base o que os autores acima descrevem e diante dos dados da nossa pesquisa, podemos inferir que possivelmente a cefaleia e a enxaqueca estão correlacionadas com o estresse, já que o percentual de professores que relatam esses problemas é o mesmo, ou seja, 66,7%.

Quando Teixeira (2009) afirma que o cérebro de uma pessoa enxaquecosa é hiperexcitável, logo vem à mente a sala de aula, um ambiente abundante em estímulos externos, como, por exemplo, o cheiro de fritura exalando da cantina, o reflexo da luminosidade do sol na vidraça, pessoas caminhando e falando alto nos corredores, dentre vários outros fatores que intensificam o processo de adoecimento daquele professor que tem a predisposição para desenvolver um quadro patológico crônico – neste caso a enxaqueca.

Seguido do estresse, da cefaleia e ou da enxaqueca estão as Infecções das vias aéreas superiores/IVAS, acometendo 60,0% dos entrevistados. O sistema respiratório superior é composto pelas cavidades nasais, pela faringe, pela laringe e pela parte superior da traqueia. Esse sistema é considerado a principal porta de entrada de substâncias para nosso organismo, como: gases, vapores e aerodispersóides (exemplo: poeiras, fumos, névoas). Sendo as fossas nasais a primeira estrutura anatômica a ter contato com esses agentes, assim, elas têm a função de filtrar, de umidificar e de aquecer o ar que entra para as vias respiratórias (BAGATIN; COSTA, 2006).

No caso dos professores, o pó do giz é um agente que pode ter ação irritante e alergênica, como constatado na pesquisa de Silvano-Neto et al. (2000). O pó do giz foi um dos problemas relatados pelos professores. É oportuno ressaltar que as IVAS também compreendem as rinofaringites, as otites, as sinusites e as laringites. Estudos afirmam que anualmente a população, principalmente a dos países industrializados, é acometida de dois a quatro episódios de IVAS (BAGATIN; COSTA, 2006).

Mediante esse contexto, além de um ambiente salubre para o desempenho das atividades laborais, é importante adotar medidas de prevenção, como evitar ambientes fechados e pouco ventilados, aumentar a ingestão hídrica, estar com as vacinas atualizadas e atentar para a higienização das mãos.

Na sequência aparecem os problemas com a voz, acometendo 53,3% dos entrevistados, sendo que os problemas mais relatados foram rouquidão, garganta seca e falha na voz. Podemos considerar que os professores são os profissionais mais predispostos a distúrbios da voz e isso está associado ao ambiente de trabalho. O que ocorre é que, na maioria das vezes, o professor tem que usar um tom de voz muito alto para ministrar as aulas, isso devido ao fato de que as salas de aula, geralmente, estão superlotadas e há interferência também de variados ruídos externos – aspectos que acabam exigindo o uso excessivo da voz.

De acordo com Silva et al. (2016), as alterações relacionadas à voz podem ser eventuais ou frequentes, e em a cada dois professores que estão em exercício de sua função apresentam algum tipo de dano referente à voz. Os nossos dados corroboraram os dados que Delcor et al. (2004) encontrou em uma amostra de 209 professores, com os seguintes problemas:

[...] 92,6% dos professores referiram uso intensivo da voz, 62,3% cansavam-se para falar e 57% faziam força para serem ouvidos. Rouquidão nos últimos seis meses foi referida por 59,2% dos professores (DELacor et al. 2004, p. 190).

Percebe-se um índice elevado de professores que enfrentam problemas relacionados à voz. Tais agravos, conseqüentemente, prejudicam a vida profissional e pessoal do professor – lembrando que os dados da nossa pesquisa demonstram que 53,3% dos professores já trabalharam sentindo algum tipo de distúrbio com a voz. Esse

índice de distúrbios certamente não é exclusividade apenas da nossa pesquisa, mas o que chama a atenção é que um percentual significativo de professores relata que trabalharam mesmo com a voz comprometida.

Igualmente, na pesquisa de Silvany-Neto et al. (2000), dentre as queixas de doenças relatadas pelos 573 professores pesquisados, de Salvador/BA, estão a dor de garganta e a rouquidão. Vale destacar que a voz é o principal instrumento para que o professor possa fazer a mediação do processo de ensino-aprendizagem, portanto, se o professor insiste em trabalhar (aqui não vêm ao caso os motivos) com problemas na voz, provavelmente no longo prazo terá graves danos nas cordas vocais.

Similarmente aos nossos dados, Silva et al. fizeram uma pesquisa com 121 professores de quatro escolas de ensino fundamental e médio da rede pública do município de João Pessoa/PB e constataram que:

Os sintomas vocais mais frequentes [...] foram rouquidão (62%), falha na voz (43,8%), voz grossa (42,1%), voz fraca (33,9%) e falta de ar (28,9%) [...] as causas mais relatadas foram uso intensivo da voz (70,2%), estresse (39,7%), alergia (37,2%) e exposição ao barulho (33,9%) (SILVA et al., 2016, p. 161).

Podemos inferir que tanto os dados da pesquisa de Silva et al. (2016) como também os nossos próprios dados apontam para uma situação complexa, já que a voz é primordial para o desempenho das atividades dos professores. Certamente essas alterações estão atreladas entre si, além das condições ambientais inapropriadas de trabalho e ao uso excessivo da voz.

De acordo com Dopp (2011), ao longo do tempo a voz do professor torna-se vulnerável, principalmente pelo uso inadequado, sem a devida impostação. Podemos, no entanto, inferir que nem todos os professores têm noção das consequências dos agravos relacionados à voz, pois a maioria (53,3%) relatou que já trabalhou com problemas na voz. Esse dado tem relação com o que Luchesi, Mourão e Kitamura afirmam:

A importância da preservação da voz não é reconhecida pela maioria dos professores, que demonstram dificuldades em perceber como problemas, os sinais e os sintomas vocais que apresentam (LUCHESE; MOURÃO; KITAMURA, 2010, p. 946).

Pensando no contingente de professores do nosso país e no que a literatura demonstra referente à dificuldade de esses profissionais reconhecerem os problemas com a voz, faz-se necessário que ações em saúde sejam amplamente difundidas e compartilhadas. Para tanto, entendemos que é preciso melhorar as articulações entre o campo da saúde e o da educação, visando fomentar ações que visem à conscientização e à prevenção dos distúrbios com a voz.

Referente à legislação brasileira sobre saúde vocal do professor, Servilha et al. (2014) fizeram uma análise na perspectiva da promoção da saúde, e concluíram que:

Os documentos analisados, apesar de sua importância, apresentam conteúdo muito incipiente e superficial, especialmente quanto à linha de cuidado e à promoção da saúde vocal dos professores. Salvo raras exceções, restringem-se à indicação de ações pontuais voltadas à reabilitação de seus distúrbios da voz, desvinculadas de uma política de saúde vocal de base consistente (SERVILHA et al., 2014, p. 1888).

Quando nos referimos à promoção e à prevenção da saúde, a educação em saúde é um dos principais aspectos que a compõem. Compreendemos que é oportuno destacar a importância de se avançar na perspectiva da promoção e da prevenção da saúde dos professores, a fim de evitar agravos agudos com potencial cronificação, bem como afastamentos temporários e ou definitivos. Para isso, não basta promover ações pontuais, é preciso realizá-las de maneira sistemática para obter resultados satisfatórios e duradouros.

Retomando a questão “Você já trabalhou sentindo-se doente? E o que você estava sentindo?” (gráfico 10), 13,3% dos entrevistados relataram que já trabalharam sentido dores musculoesqueléticas. Esse dado demonstra que estamos diante de mais um evento adverso à saúde do professor, evento adverso causado, na maioria das vezes, pela atividade laboral.

Dentre vários aspectos que podem contribuir para o surgimento de dores musculoesqueléticas está a sobrecarga estática (DOPP, 2011). Sabemos que os professores estão constantemente fazendo movimentos repetitivos e excessivos. Cabe aqui ressaltar que esses movimentos fazem parte dos distúrbios musculoesqueléticos denominados de “lesões por esforços repetitivos” – LER e os “distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho” – DORT.

Cabe mesmo enfatizar aqui que o surgimento desses distúrbios está fortemente relacionado com a regularidade e a veemência das atividades desenvolvidas durante o período de trabalho docente. Inevitavelmente, o ato de lecionar requer do professor repetição de movimentos como, por exemplo, apagar o chamado quadro-negro. Trata-se de uma prática realizada diariamente e que, no decorrer do tempo, acarretará o aparecimento de problemas musculoesqueléticos. Tais problemas também foram encontrados na pesquisa de Schuster (2016), sendo que os distúrbios musculoesqueléticos foram a terceira maior causa de afastamentos dos professores.

Nesse contexto podemos citar outro sério problema enfrentado pelos professores, que é a postura corporal. Essa postura é um dos fatores cruciais na ocorrência de distúrbios, pois, na maior parte do tempo, o professor permanece em pé. Consequentemente, essa postura, além de trazer uma sobrecarga para a coluna vertebral, predispõe para o desenvolvimento de varizes nos membros inferiores (DOPP, 2011).

Embora não haja consenso na causa exata das varizes, sabe-se que existem fatores de risco. Neste caso, uma das causas está associada à posição em pé por longos períodos, pois as veias são responsáveis pelo retorno venoso e esse fluxo do sangue é contrário à força da gravidade. Assim, se a pessoa fica por muito tempo em pé, inevitavelmente prejudicará o retorno do sangue venoso ao coração. Esse fator consta do estudo de Delcor et al. (2004), onde, dentre as queixas relatadas pelos professores referentes aos esforços físicos, uma delas foi manter-se em pé por longas jornadas de trabalho.

Outro problema de postura que está no grupo dos distúrbios musculoesqueléticos é a elevação dos membros superiores (braços) para além da altura dos ombros. Considerando a dinâmica de trabalho do professor, muitos ainda utilizam o quadro-negro e ou a lousa para ministrar suas aulas. Assim, constantemente escrevem e apagam conteúdos, utilizando movimentos repetitivos que provocam dores nas articulações dos ombros. Tardiamente, isso pode gerar problemas crônicos, como, por exemplo, a bursite¹⁴ (DOP, 2011; SCHUSTER, 2016).

¹⁴ Bursite é a inflamação da bolsa que protege a articulação e o osso (bursa).

Em razão disso e considerando o ambiente costumeiro de trabalho dos professores, adotar medidas ergonômicas é importante para a prevenção dos distúrbios relacionados com as atividades profissionais. O próprio conceito de ergonomia diz que ela tem a finalidade de proporcionar condições salubres de trabalho e de segurança ao profissional (ABERGO, 2000; BRANDÃO; ANDRADE; PEDROSA, 2008).

Ponderando, pois, que os problemas de saúde podem ter relação com a dinâmica de trabalho, defendemos a importância de se conhecerem mais precisamente as causas que desencadeiam os distúrbios musculoesqueléticos para se poder instituir cada vez mais ações de promoção e de prevenção aos agravos à saúde. Essa defesa é necessária, pois se percebe que não temos, ainda, uma cultura de saúde e de segurança no trabalho na área profissional docente.

Na sequência dos distúrbios musculoesqueléticos, aparece também como relato, a depressão (6,67%). É oportuno ressaltar que, no campo da psiquiatria, segundo Canale e Furlan (2006):

O termo depressão é utilizado para designar um transtorno de humor, uma síndrome em que a principal queixa de alterações exibidas pelo paciente é o humor (CANALE; FURLAN, 2006, p. 23).

De forma geral, a depressão é considerada um conjunto de transtornos que se caracteriza por:

[...] identificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável (associado à ansiedade e à angústia), redução de energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer (anedonia), desinteresse, lentificação, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo de realidade (CANALE; FURLAN, 2006, p. 24).

A depressão é um problema de saúde pública e, nos últimos anos, vem aumentando o número de pessoas com esse transtorno mental. Tanto vem aumentando a incidência de depressão que a prevalência na população em geral e em termos mundiais está estimada em que venha a ser, até 2020, a segunda causa de adoecimento humano (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012).

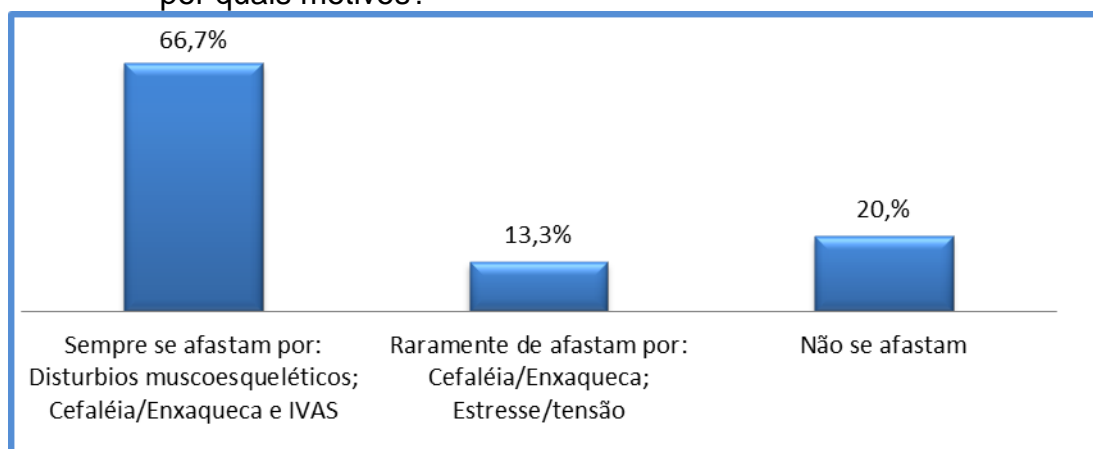
Ressaltamos que, no caso dos nossos entrevistados, um deles nos relatou que foi diagnosticado e acompanhado pelo médico psiquiátrico, mas que não deixou de cumprir sua jornada de trabalho. Explicou que, caso solicitasse afastamento, temia ser afastado de suas atividades tradicionais ao retornar ser realocado para outro setor que não fosse a sala de aula – o que não desejava.

Percebe-se que, mesmo em tratamento pela depressão, esse professor se esforçou para estar em sala de aula. É de se questionar, dessa situação, até que ponto isso é benéfico? Como terá sido para ele ter que enfrentar diariamente os obstáculos pessoais e profissionais para lecionar, sabendo-se que uma pessoa deprimida pode sofrer oscilações de humor e alterações de psicomotricidade?

Esta é mais uma situação preocupante. Por ser de alta incidência, a depressão pode levar a pessoa à debilidade profunda. Percebe-se que a sociedade ainda não vê a depressão como uma doença que precisa e pode ser tratada e esse desconhecimento faz com que poucas pessoas procurem atendimento especializado. Certamente essas pessoas, além da intervenção tradicional, necessitam de apoio interdisciplinar.

É oportuno ressaltar que 100% dos nossos entrevistados já trabalharam sentindo-se doentes, apesar de que alguns se afastam de suas atividades, enquanto outros raramente se afastam ou nem se afastam, como o demonstram os dados abaixo:

GRÁFICO 11 - Você se afasta do trabalho com frequência por motivo de adoecimento, por quais motivos?



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

No que se refere aos dados apurados, 66,7% dos professores relataram que sempre se afastam pelos seguintes problemas: distúrbios musculoesqueléticos,

cefaleia, enxaqueca e infecções das vias aéreas superiores – IVAS. Também 13,3% informaram que raramente se afastam e, quando se afastam, é por motivos de cefaleia, enxaqueca e estresse. E, enfim, 20,1% não se afastam, ou seja, trabalham mesmo estando doentes.

Percebe-se um percentual alto de professores que sempre se afastam das atividades laborais, enquanto que outra parcela não se afasta, o que significa que eles trabalham doentes.

De acordo com Gasparini, Barreto e Assunção (2005):

O estudo das relações entre o processo de trabalho docente, as reais condições sob as quais ele se desenvolve e o possível adoecimento físico e mental dos professores constituem um desafio e uma necessidade para se entender o processo saúde-doença do trabalhador docente e se buscar as possíveis associações com o afastamento do trabalho por motivo de saúde (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005, p. 180).

O Estado do Paraná, de acordo com Schuster (2016), tem em torno de 80 mil professores cadastrados na rede e, por ano, em média, 12 mil docentes são afastados das suas funções por motivos de doença.

As causas de afastamentos relatadas pelos nossos entrevistados são diversas. São queixas que também foram encontrados em outros estudos, como, por exemplo, o de Silvany-Neto et al. (2000), o de Gomes (2002), o de Delcor et al. (2004), o de Gasparini, Barreto e Assunção (2005), o de Dopp (2011) e o de Schuster (2016).

Como mencionado anteriormente, a constatação das causas de adoecimento é evidente, no entanto, pelo que é do conhecimento comum sobre esse assunto, não ocorrem, de forma efetiva, ações voltadas para essa problemática no ambiente escolar.

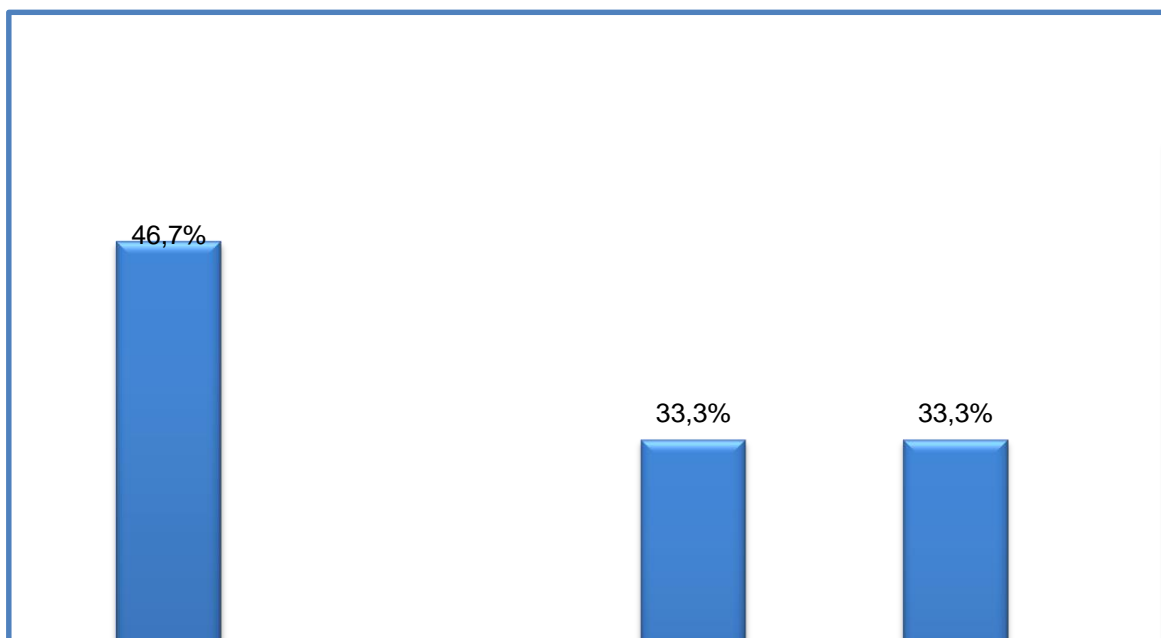
Para Dopp (2011), a dinâmica da sociedade tem mudado, coincidindo com um processo histórico de uma rápida transformação do contexto social, consequentemente remodelando o papel e a atividade profissional diária do professor. Então esse docente, na maioria das vezes, se vê diante de uma sobrecarga de trabalho e da necessidade de ali empenhar os seus melhores

esforços. Então, quando não consegue equilibrar-se neste contexto, acaba adoecendo.

Esse equilíbrio a que nos referimos é entre corpo e mente, equilíbrio que, na maioria das vezes, é buscado isoladamente pelo próprio sujeito, sem contar com o amparo das instituições escolares e as respectivas instâncias administrativas superiores.

A desarmonia entre corpo e mente pode ser um disparo no gatilho para uma série de eventos patológicos. Corpo e mente são indissociáveis e precisam de cuidado. Tanto precisam de cuidado que uma das questões da nossa entrevista instiga o entrevistado a relatar o que faz para melhorar quando está doente. As respostas resultaram nos dados exibidos no gráfico a seguir:

GRÁFICO 12 - Estando doente o que você faz para melhorar?



Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Os dados acima demonstram que 53,3% dos professores se automedicam quando estão doentes, enquanto que 46,6% deles procuram médico. Há, no entanto, aqueles professores que buscam alternativas para tratar os agravos à sua saúde, como é o caso de 33,3% deles, que procuram ajustar a alimentação e outros 33,3%, que

fazem uso de chás caseiros, além daqueles 13,3% que fazem atividades físicas, 13,3% que fazem psicoterapia e 13,3% que fazem acupuntura.

É oportuno destacar que a automedicação é uma prática comum entre as pessoas. Por exemplo, para adquirir um analgésico não necessariamente precisa de receita médica, pois basta ir até o balcão de uma farmácia ou ao supermercado e solicitar ao atendente. Cabe advertir, no entanto, para o fato de que, mesmo sendo possível comprar um medicamento sem receita médica, isso não isenta o sujeito de usar o remédio indevidamente (AUTOMEDICAÇÃO, 2001).

Paralelamente à medicina convencional, podemos inferir que coexistem alternativas terapêuticas e, nessa perspectiva, destaca-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, aprovada em 2006, com o objetivo de assegurar a integralidade da atenção, com destaque para a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde, incluindo a:

[...] medicina tradicional chinesa (sobretudo, a acupuntura), homeopática e antroposófica, as plantas medicinais (fitoterapia) e o termalismo social (crenoterapia) (LIMA; SILVA; TESSER, 2014, p. 2).

A introdução dessas práticas no campo da saúde, em forma de lei, diríamos que é recente. São possibilidades terapêuticas que não estão no escopo da medicina convencional, mas que a população tem buscado como alternativa para o tratamento de agravos à saúde, independentemente de se há ou não validação científica. Como diria Maffesoli (1995), esse contexto traz à tona o retorno dos elementos arcaicos, a restauração do equilíbrio perdido, e que agora, na pós-modernidade, está sendo resgatado.

Como exemplo disso podemos destacar a acupuntura, que é medicina tradicional chinesa, considerada uma prática milenar que atualmente é bastante utilizada. Tanto que 13,3% dos nossos entrevistados afirmaram buscar aliviar seus problemas de saúde por meio da acupuntura.

Outra prática que ressurgiu com intensidade, na pós-modernidade, é o uso de chás caseiros. Percebe-se que o emprego dessa prática não foi suprimido ao longo do tempo, pois:

O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças (BRASIL, 2006, p. 19).

Os dados da nossa pesquisa demonstram que 13,3% dos entrevistados buscam restaurar a saúde com o uso de chás caseiros, cabe destacar, que estas práticas vão para além das evidências científicas, corroborando com que Maffesoli destaca:

[...] convém constatar o afloramento dos modos de pensar, das maneiras de ser, das práticas corporais que o gentil progressismo tinha acreditado ultrapassar (MAFESSOLI, 2012, p. 84).

Quantas mensagens de curas, de magias, de correntes de oração, de alimentos milagrosos recebemos diariamente via Facebook, Whatsapp, Instagram, Twitter? Inútil seria negar tudo isso. Maffesoli (2007) afirma que estamos vivenciando um momento de coesão entre os fenômenos que são antigos, arcaicos mesmo, com o desenvolvimento tecnológico. Fenômenos que tinham desencantado o mundo, agora o reencantam. E são muito bem difundidos pela internet, via de comunicação virtual que vem propiciando o que Maffesoli (2016, p. 67) ressalta sobre o nosso tempo pós-moderno mediante a expressão: “[...] *synergie de l’archaïque et du développement technologique*”. Logo, ao regressar às essências arcaicas, podemos inferir que estamos retornando à medicina sustentada na magia e na religiosidade.

5.2 A SAÚDE E A DOENÇA NO COTIDIANO DO TRABALHO DOCENTE

Discorrer sobre saúde e doença no cotidiano do trabalho docente constitui um campo complexo e desafiador. Primeiramente, ressaltamos que não encontramos, na literatura, um limiar entre saúde e doença, mas uma relação entre ambas. Assim, portanto, não há como mencionar uma sem falar da outra.

Nessa perspectiva, ao indagar nossos entrevistados sobre se o cotidiano de trabalho influenciava no processo de saúde e doença, foi possível perceber que a dinâmica de trabalho desses profissionais tem provocado agravos à saúde. Para exemplificar esse contexto, citamos as seguintes falas:

Sim, pois as tensões do cotidiano são frequentes na sala de aula, além da desvalorização profissional e das políticas públicas ameaçadoras [...] (P4).

Sim, [...] o ambiente em que atuo é hostil, cheio de adversidades e embates diários (P6).

Sim. Durmo pouco, fico estressado pelo barulho na sala de aula, tenho pouco tempo para lazer, a gente precisa pegar muitas aulas, não tem válvula de escape e aí adocece (P9).

O ritmo que a profissão de professor exige é muito intenso, físico e mentalmente. Temos que nos dedicar com preparações e repasse de conteúdo, requer muita habilidade e isso leva a um desgaste físico e mental, que direta ou indiretamente influencia no processo de adoecimento (P11).

[...] tratando da área da educação, o desgaste mental é o primeiro a ser sentido e com ele vêm dores de cabeça, estresse, dores musculares pela tensão que existe no dia a dia em uma sala de aula (P15).

Nesse sentido, podemos inferir que o cotidiano de trabalho dos professores influencia sobremaneira o processo de saúde e doença. De acordo com Gasparini, Barreto e Assunção (2005), o ambiente de trabalho exige dos professores capacidades físicas, cognitivas e afetivas em escala acima do normal para que possam dar conta de suas atividades, o que gera uma sobrecarga das funções físicas e mentais, precipitando o processo de adoecimento.

As circunstâncias do cotidiano, em sala de aula, sob as quais os professores se movem para concretizar as atividades, exigem muito esforço, o que, muitas vezes, pode acarretar sobrecarga de trabalho. Esse fenômeno pode trazer prejuízos para a saúde da pessoa. Embora muitos professores consigam desempenhar suas funções e manterem-se bem dispostos diante da manutenção cotidiana de sobre-esforços, outros já não têm a mesma habilidade e acabam adoecendo – condição que está atrelada à capacidade de cada indivíduo para contornar os obstáculos profissionais do cotidiano.

O professor P6 declara: “O ambiente em que atuo é hostil, cheio de adversidades e embates diários”. Nota-se, nesse relato, que o cotidiano da vida escolar está envolto de certa ambivalência, que, por vezes, é responsável pela autorrealização pessoal e profissional, e, em outras, agente causador de adoecimento.

Observa-se, por meio da fala dos entrevistados, que a dinâmica de trabalho, na maioria das vezes, é desfavorável. Segundo Lazzarotto et al. (2004), o ambiente influencia a forma como as atividades são realizadas. Logo, se esse ambiente é prejudicial, insalubre, conseqüentemente desencadeará situações que alteram o equilíbrio mental, físico e social do professor. Exemplo disso é o seguinte relato: “[...] *durmo pouco, fico estressado pelo barulho na sala de aula, tenho pouco tempo para lazer [...]*” (P9).

Quando pensamos nas necessidades básicas de vida do ser humano, o sono é algo primordial para a sobrevivência, pois é uma condição biológica indispensável para a restauração física e mental do indivíduo. Assim, portanto, variações no padrão do sono podem provocar perturbações biopsicossociais. Mesmo sabendo da importância do sono para a saúde, muitas vezes as pessoas, a exemplo do professor acima, não conseguem dormir o suficiente, devido à jornada de trabalho que fazem.

Essa realidade presente no cotidiano dos professores está acrescida do perfil do trabalho docente, pois que, na maioria das vezes, lecionam em várias turmas, em mais de uma escola e ainda levam trabalhos e provas para corrigir em casa. Isso tudo faz o professor restringir o tempo de dormir em função das atividades de que precisa dar conta. Conseqüentemente, a privação do sono leva a alterações de humor, a déficit de atenção, o que pode comprometer o desempenho, além de desencadear doenças tais como obesidade, hipertensão arterial, diabetes e distúrbios cardiovasculares (SOUZA, SOUSA; AZEVEDO, 2012).

De acordo com um dos entrevistados (P11), *“O ritmo que a profissão de professor exige é muito intenso, física e mentalmente. [...] requer muita habilidade e isso leva a um desgaste físico e mental, que direta ou indiretamente influencia no processo de adoecimento”*. Quando o ambiente de trabalho se torna fonte de desequilíbrio biopsicossocial e suscita uma sobrecarga psíquica sem a possibilidade de mecanismos de escape, então leva o indivíduo ao sofrimento e, conseqüentemente, ao adoecimento (DEJOURS, 1992). Situações desse teor têm aumentado cada vez mais o número de professores afastados, como apontado por Schuster (2016).

Podemos inferir que todos esses fatores impactam negativamente a capacidade laboral dos professores, além do grau de tensão a que o indivíduo fica exposto constantemente. O entrevistado P15 diz que:

[...] o desgaste mental é o primeiro a ser sentido e com ele vêm dores de cabeça, estresse, dores musculares pela tensão que existe no dia a dia em uma sala de aula (P15).

Percebe-se que, devido à tensão, surgem outros problemas, como dores de cabeça e dores musculares, atrelados aos desgastes mentais e físicos. A tensão, à qual o entrevistado P15 se refere, juntamente com o acúmulo de atividades, pode levar o indivíduo a excitação e a angústias, sintomas que, se não forem autocontrolados, são fontes geradoras de adoecimento.

Diante desse cenário, saúde e doença no cotidiano do trabalho docente vem sendo tema de diversos de estudos. Vale ressaltar que a precarização do trabalho docente por causa de baixa remuneração, de desvalorização profissional, de condições de trabalho insalubre e de ritmo intenso são apontados, por Gasparini, Barreto e Assunção (2005), como fatores que geram sobrecargas mentais e físicas ao professor.

Considerando os aspectos acima relatados pelos professores entrevistados, é possível inferir que o cotidiano docente interfere direta e indiretamente na saúde desses profissionais. A sobrecarga e a dinâmica de trabalho exaustiva propiciam um ciclo de adoecimento físico e mental.

5.3 ESTILO E QUALIDADE DE VIDA SOB A ÓTICA DOS PROFESSORES

Quando pensamos em estilo de vida, logo vem à mente um conjunto de hábitos e de costumes capazes de contribuir de forma positiva ou negativa para a saúde. De acordo com Ribeiro e Yassuda (2007), as escolhas de estilo de vida são moduladas, modificadas, encorajadas ou inibidas pelo contexto socioeconômico no qual o indivíduo está inserido.

Ao observarmos o comportamento e os hábitos das pessoas referentes à saúde, é possível perceber, mais do que nunca, os impactos no estilo de vida adotado pelos indivíduos da sociedade pós-moderna.

Neste momento da presente discussão, é oportuno caracterizar o que é qualidade de vida e estilo de vida. De acordo com a World Health Organization (WHO), qualidade de vida é:

O produto da interação social, saúde, economia e condições ambientais que afetam o desenvolvimento humano e social. É um conceito abrangente, incorporando a saúde física de uma pessoa, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relacionamento com características importantes no ambiente. [...] (WHO, 2004, p. 48).

E estilo de vida está atrelado há um conjunto de:

Hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício (WHO, 2004, p. 37).

Atualmente, os agravos à saúde, em sua maioria, podem ser verificados por meio do liame entre a maneira como as pessoas vivem e o gradativo aumento das doenças crônicas degenerativas, como, por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes *Mellitus*, sabendo-se que um dos motivos das doenças crônicas degenerativas é o estilo de vida sedentário, além da obesidade e de uma alimentação inadequada.

É claro que as escolhas de estilo de vida são influenciadas pelo meio em que o sujeito vive. Infere-se que as pessoas têm noção do que deve ser feito para evitar o processo de adoecimento. Isso está desvelado nas narrativas dos professores entrevistados. A seguir é possível verificar alguns relatos dos professores referentes às práticas para obtenção da qualidade e estilo de vida:

Ter uma alimentação balanceada, fazer exercícios físicos, filtrar situações (informações e pessoas) desagradáveis (P2).

Condições materiais para trabalhar, redução da carga horária para ter mais tempo livre para fazer outras atividades (P4).

Praticar esportes, boa alimentação, uma boa noite de sono, redução da carga horária, mais lazer com a família (P5).

Realizar atividade física, ter uma boa alimentação, dormir bem, ter momentos de lazer, paz, equilíbrio físico e emocional, redução da carga horária (P6).

Ter uma boa alimentação, fazer uma atividade física, momentos de lazer, ambiente favorável e saudável de trabalho, ter equilíbrio entre o corpo físico e mental (P7).

Qualidade de vida, atividade física, boa alimentação e mente tranquila (P8).

Exercício físico, boa alimentação, equilíbrio físico e mental, fazer coisas que dão prazer, como ler um bom livro (P9).

[...] fatores extrínsecos (ahhh) jornada de trabalho que não comprometa as relações interpessoais, alimentação adequada e com rotinas de horários [...] agora os intrínsecos (no meu ver de uma relevância maior) crenças pessoais, hábitos de vida e as escolhas que faço (P11).

Ter prazer com o trabalho exercido, estar bem financeiramente, alimentar-se corretamente, praticar esportes, fazer prevenções de saúde e ter bons relacionamentos (P14).

Percebe-se que esses docentes elencam um conjunto de ações, do ponto de vista de cada um, que seria ideal para ter uma vida saudável. Parece, no entanto, até paradoxal o que afirmam, pois esses mesmos professores são aqueles que disseram terem, em algum momento, trabalhado doentes, e outros, por algum motivo de doença, tiveram que se afastar das atividades laborais.

Dentre os motivos de adoecimento, a sobrecarga de trabalho faz com que, na prática, eles se deparem com a escassez de tempo para realizar atividades que promovam o bem-estar físico e mental. Assim, entende-se que a promoção da saúde e a prevenção de doenças são conseguidas não apenas com medidas curativas, mas também com ações sociais e políticas (RIBEIRO; YASSUDA, 2007).

Segundo o relato do professor P10, as ações não devem ser restritas à área da saúde. Ele considera que, para uma pessoa ser saudável, é necessário adotar medidas como: “[...] boa alimentação, prática de exercícios físicos [...]”, mas que, além disso, “[...] não podemos esquecer da educação, habitação e segurança”.

Do ponto de vista de Maffesoli (1996), o estilo de vida se estabelece desde a simples sociabilidade, como, por exemplo, os rituais, a vizinhança, até as mais

complexas relações, que seriam o imaginário social e a memória coletiva. Tudo isso, portanto, não é algo fútil, mas só é possível compreendê-lo quando as pessoas nos permitem e deixam ver.

E uma das formas seria por meio das relações interpessoais, como mencionado pelos professores P3 e P15, os quais consideram que: “[...] *relacionar-se com pessoas que você gosta (P3), e, ter relacionamentos saudáveis (P15) [...]*” também faz parte do rol de ações para ter saúde.

Vale ressaltar que, na pós-modernidade, a sociedade está repleta de novas configurações. Maffesoli (2012) destaca que, para além das nossas ficções teóricas, há algo que nos remete ao ressurgimento do arcaico, o qual está lá no fundamento do viver junto. Que – repetindo uma citação já acima apresentada –:

Para além de nossas evidências intelectuais, convém constatar o afloramento dos modos de pensar, das maneiras de ser, das práticas corporais que o gentil progressismo tinha acreditado ultrapassar (MAFFESOLI, 2012, p. 84).

Logo, qualidade de vida sendo resultado das formas de interações sociais, inútil seria, como diz Maffesoli (2012), negarmos que o construto social escape da coesão do arcaico com a tecnologia. E, nesse sentido, a internet tem facilitado o acesso às informações e ao fortalecimento das redes sociais.

Como já mencionado acima, é muito difícil que, no caso de quem faz uso de aplicativos em seu aparelho telefônico celular, que não tenha recebido, via internet, algum tipo de corrente de oração, de simpatia, de receita de chá caseiro, de dieta para emagrecer, dentre outras sugestões. Segundo Maffesoli (2012), por meio dessa ferramenta os sujeitos da pós-modernidade também estabelecem as suas relações de troca e constroem laços afetivos.

Assim, as relações sociais, as crenças pessoais e culturais, bem como as características próprias de cada “tribo” constituem o cimento societal da pós-modernidade. E o que os une pouco importa, sendo que, para Maffesoli, o que está em jogo é:

A “ligação”: estar ligado [...], estar confiante [...]. É tudo isso, e mais outras coisas, que me fazem dizer que a tecnologia pós-moderna participa do reencantamento do mundo (MAFFESOLI, 2012, p. 86).

Observa-se que, por meio desse “reencantamento do mundo”, Maffesoli se refere aos mitos, à religiosidade e às curas que remontam às estruturas arcaicas da humanidade e aos tempos imemoriais da cultura ocidental. Do ponto de vista do professor P9, “[...] *ter equilíbrio físico, mental e espiritual, ter esperança e fé [...]*”, essas são âncoras para ser saudável.

Entende-se, portanto, que considerar os aspectos individuais e coletivos é importante para elaborar e estabelecer ações de promoção e de prevenção à saúde. Essa consideração de aspectos está corroborada no relato do professor P11: “[...] *crenças pessoais, hábitos de vida e as escolhas que faço vão influenciar na minha saúde*”.

As coisas têm valor à medida que se estabelecem relações com os sujeitos em sua totalidade (MAFFESOLI, 1995) e é no cotidiano que os professores vão elaborando as suas percepções em relação ao processo de saúde e de doença, pois, de acordo com Prado et al. (2013), o jeito como as pessoas se relacionam, considerando crenças e valores, vai concretizando o seu viver em sociedade, em grupos humanos conhecidos a partir de Maffesoli como “tribos urbanas” – ressignificando a palavra “tribo”, tradicionalmente referente a grupo humano indígena.

Nessa perspectiva, cada professor entrevistado expôs a sua percepção referente ao que ele pondera ser importante para que uma pessoa tenha saúde. Há de se considerar, todavia, que o estilo e a qualidade de vida são modulados pelas pessoas a partir de inclinações pessoais, mas a partir do contexto em que estão imersas, considerando o cenário histórico e social.

5.4 NOÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA NA PERCEPÇÃO DOS DOCENTES

Considerando que o processo de saúde e doença está atrelado a fatores extrínsecos e intrínsecos que, de alguma forma, afetam o sujeito, as diferentes concepções sobre saúde e doença, apresentadas no Eixo I, procuram esclarecer esse processo.

Atualmente, apesar de não ser predominante, o modelo mágico-religioso tem sido evidenciado na ideação de saúde e doença da população. Esse modelo vincula doença ao pecado cometido pelo homem e ao castigo dos deuses. Já a cura está

relacionada à rendição, à entrega e à submissão a uma força sobrenatural (CEBALLOS, 2015).

Nessa perspectiva, distintas culturas têm difundido alternativas de prevenção à saúde e tratamento das doenças. No Brasil, por exemplo, rituais como benzimentos, cirurgias espirituais, uso de patuás e promessas aos deuses são comuns. Essas práticas têm sido cada vez mais evidentes no cotidiano, favorecidas inclusive pelos aparatos tecnológicos.

Diante desse viés, que coexiste com o modelo biomédico¹⁵, para compreender saúde e doença precisamos nos despojar de nossas concepções e transformar o nosso olhar. É preciso buscar formas de visualizar e de apreender esse contexto, preferencialmente tendo como ponto de partida o ser humano na sua essência, com toda a sua bagagem de crenças, valores, imaginários, significados e experiências. Essas são características que podem ser reveladas por meio do corpo – pelo corpo, que não é apenas físico e biológico, mas social e cultural.

Merleau-Ponty (1994) considera que o corpo é natureza e também cultura, em razão de - por mais simples que sejam os gestos, como um sorriso, a satisfação, a alegria, o prazer, a tristeza - serem tanto naturais quanto culturais. O nosso corpo é um moderador por excelência. Quando adoece, ele emite sinais e sintomas que servem de alerta, com a finalidade de o sujeito logo perceber que algo não vai bem.

Em conformidade com Merleau-Ponty (1994), diríamos que o corpo tem sua intencionalidade e nele os sentidos se intercomunicam por intermédio da percepção. Esse mesmo corpo ocupa um lugar no espaço e no tempo, sendo guarnecido de expressões que constituem uma unidade que carece de ser vivida.

No cotidiano, o sujeito se realiza pelo seu corpo. Desse modo, não há como ignorá-lo. Logo, a saúde e a doença interferem em todos os aspectos do ser humano, ainda que cada pessoa perceba essa realidade de forma diferente, a exemplo desses professores, pois que, para eles, ter saúde é:

¹⁵ O modelo biomédico tem como abordagem a patogenia e a terapêutica, classificando as doenças segundo forma e agente patogênico. Esse modelo é caracterizado como individualista, centrado na figura do médico, hospitalocêntrico, curativista e fragmentado (BARROS, 2002, CEBALLOS, 2015).

[...] sentir-se bem, estar disposta para trabalhar e realizar qualquer tipo de atividade (P2).

[...] quando nossas condições físicas e psicológicas nos permitem pensar, criar e sonhar (P4).

[...] ter equilíbrio físico, mental e espiritual, ter esperança e fé (P9).

[...] acredito que é o estado de bem estar, com disposição física e também psíquica (P10).

[...] sentir-se bem fisicamente e mentalmente, estar disposto, sem ter dores e cansaço (P15).

É possível compreender, nos relatos acima, que a visão sobre saúde engloba principalmente dois aspectos, quais sejam, o bem-estar físico e o bem-estar mental. Percebe-se que as questões social, cultural e política não foram mencionadas. É claro que cada sujeito compreende, enfrenta e expressa seus sentimentos segundo a forma de existir nas relações e experiências vividas no cotidiano – que é social, cultural e político.

Referente à noção de doença para estes professores é:

[...] ter algo te incomodando, perder o ânimo para trabalhar e para fazer outras atividades [...] (P1).

[...] não pode realizar atividades do cotidiano por mínimas que sejam, sofrer as tensões antecipadamente antes de estar no ambiente de trabalho, viver constantemente ansioso né [...] até porque vivemos em uma sociedade adoentada (P4).

[...] quando algo nos acomete e perdemos o controle, algo que vai além do limite e da capacidade individual [...] (P6).

[...] estar doente vai além das manifestações físicas, vejo que é não ser feliz, não ter boas condições de trabalho [...] insatisfação, sofrimento psíquico também é doença [...] (P7).

[...] algo em desequilíbrio, estar doente não é só fisicamente, mas o emocional pode estar abalado [...] (P9).

[...] seria uma alteração do estado de saúde, quando apresentamos alguns sinais que afetam nosso bem-estar (P10).

[...] indisposição física e mental, algo que afeta o organismo e foge de certa forma né, do seu controle (P15).

As indagações referentes ao que é ter saúde e o que é estar doente, trouxeram à tona a percepção dos nossos entrevistados e demonstram que o processo de saúde e doença é vivido pelos sujeitos de forma singular. Além disso, a percepção de estar doente ou de estar saudável depende da relação que a pessoa tem com a sua condição de vida em sua totalidade. É isso que o professor P7 percebe ao afirmar, por exemplo: “[...] *estar doente vai além das manifestações físicas, vejo que é não ser feliz, não ter boas condições de trabalho [...] insatisfação, sofrimento psíquico também é doença [...]*”.

Para considerar o sujeito como um todo é preciso sobrepujar o dualismo corpo-consciência cartesiano. Segundo Merleau-Ponty (1994), é necessário olhar para o ser humano como corpo e a consciência representada no corpo. Esse filósofo ainda pondera que o corpo é como o paradoxo do ser humano, com a habilidade que ele tem de ora se exibir e ora se esconder.

Todavia, para entendermos a dinâmica do nosso corpo é preciso vivê-lo e esse ato também engloba os fenômenos saúde e doença que, ao longo da vida, se expressam no corpo. Quando o assunto é doença, um dos professores, o P3, declara que estar doente é: “[...] *não conseguir fazer as coisas que dão prazer, como conversar com as pessoas, aliás, eu gosto muito de conversar (rsrsrsrs), curtir a natureza e fazer uma caminhada [...]*”. Percebe-se que ele faz menção às coisas que, possivelmente, fica impedido de realizar quando está doente.

A capacidade que o sujeito tem de se metamorfosear continuamente, transformações que são percebidas no corpo, podem ser discutidas na conjuntura do processo de saúde e doença. Para Mendes et al.,

Pensar a doença como forma de existência exige de nós um olhar mais amplo sobre os seres humanos e suas idiossincrasias (MENDES et al., 2014, p. 1599).

Certamente, se olharmos com esse foco, veremos que saúde e doença vão além do aspecto físico e biológico. É de se enfatizar esse cuidado a respeito das ideossincrasias do ser humano, principalmente o cuidado que os profissionais da área da saúde devem ter com seus pacientes, e isso se aplica ao cuidado que devem ter com os professores em geral, pois em sua vida intervêm muitos fatores existenciais que

o modelo biomédico sequer cogita abarcar. No escopo de compreender e entender que a dimensão humana transcende os saberes teóricos e técnicos, é preciso olhar para a pessoa e discerni-la como um sujeito que habita em corpo e que esse corpo está posto na sociedade e ali vive experiências extraordinárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ponderando a complexidade da temática, esta pesquisa almejou, com base teórica na corrente filosófica da fenomenologia, detectar e compreender a percepção dos professores da rede estadual de educação do município de Cascavel/PR a respeito do processo de saúde e doença na sua classe profissional docente.

A análise dos dados informativos obtidos junto aos docentes entrevistados, a princípio, permite inferir que os professores têm enfrentado inúmeras adversidades para desempenhar as suas atividades. Eles, em sua maioria, estão expostos a uma sobrecarga de atividades laborais, o que inclui dupla jornada diária de trabalho, instabilidade e desvalorização salarial, profissional e social, além das condições insalubres nos locais de trabalho. Trata-se de circunstâncias que trazem malefícios para a vida de cada professor e que repercutem na sua vida profissional, pessoal, familiar e social, gerando sofrimento e, conseqüentemente, um processo de adoecimento.

Os dados da presente pesquisa também permitem apontar que a categoria profissional em questão está adoecida. Os professores entrevistados citaram que já foram para a sala de aula doentes e que, por vezes, tiveram que se afastar das atividades laborais. Dentre as queixas mais comuns estão dores musculares, cefaleias, enxaquecas, problemas na voz, infecção das vias respiratórias e estresse.

Diante do exposto, podemos assinalar que os referidos problemas parecem ser bem mais complicados do que se pensa, pois, na maioria vezes, como notamos nesta pesquisa, o professor, mesmo doente, precisa prosseguir – por várias razões – no desempenho de suas atividades pedagógicas. Nessa lógica, além de trazer mais danos à sua saúde, essa dinâmica também pode causar prejuízos no processo de ensino-aprendizagem pelo qual é responsável na escola.

Percebe-se que o contexto em que os professores estão inseridos apresenta, geralmente, uma dinâmica de trabalho desses profissionais que tem provocado agravos à saúde. Quando se trata de dados sobre o perfil e sobre as causas de adoecimento dos professores, encontramos uma convergência nas pesquisas nacionais, independentemente da população e da região analisada. Assim, o tema da presente pesquisa foi inicialmente despertado pela inquietação desta pesquisadora ao

apreender, na convivência no ambiente profissional docente, que os professores realmente percebiam as nuances e as injunções negativas do processo de saúde e doença no seu cotidiano nas instituições escolares.

Com a pesquisa foi possível constatar que, para a maioria dos professores entrevistados, saúde e doença são fenômenos que transcendem o corpo físico e biológico. Assim, avaliando as declarações recebidas a partir dos parâmetros da fenomenologia, foi se desenhando a interpretação de que a questão da saúde e doença no ser humano envolve a conjuntura social, cultural, ambiental, espiritual e mental – aspectos que interferem direta ou indiretamente na saúde do professor.

É de se julgar, a esta altura da presente dissertação, que, para além desta pesquisa, no que tange à saúde dos docentes do nosso município de Cascavel, no Paraná, algo precisa ser feito para transformar a realidade que foi encontrada. É oportuno ressaltar que, no decorrer dos presentes estudos, não nos deparamos com ações de promoção à saúde e de prevenção aos agravos em relação a essa classe profissional nos ambientes institucionais de trabalho. Segundo os próprios docentes, quando indagados sobre o que eles fazem quando ficam doentes, responderam que uma busca alternativa diferente, que buscam alternativas que lhes convêm e que acreditam ser o melhor a fazer.

Perante o exposto, inferimos que as ações de promoção à saúde e de prevenção aos agravos devem ser expandidas para além das unidades de saúde existentes para a população em geral. Com isso se está sugerindo, aqui, que é necessário disseminar práticas saudáveis nos espaços onde esses sujeitos trabalham profissionalmente, neste caso, nos colégios. Essa sugestão deriva do fato de que se entende que promover condições salubres de trabalho e reduzir vulnerabilidades ou riscos à saúde decorrentes dos fenômenos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais são medidas que trazem benefícios existenciais à vida dos professores e, em decorrência, maior qualidade e produtividade à sua atuação profissional, com evidente benefício aos alunos e a sociedade na qual atuam.

Nesta perspectiva, esperamos instigar a realização de outras pesquisas sobre a temática, além de despertar o compromisso dos gestores em proporcionar condições salubres de trabalho e valorização profissional.

REFERÊNCIAS

ABERGO. Associação Brasileira de Ergonomia. **A certificação do ergonomista brasileiro** - Editorial do Boletim 1/2000. Disponível: <http://www.abergo.org.br/>. Acesso em: 10 Nov. 2016.

ALVES, G. L. **A produção da escola pública contemporânea**. 4 ed. Campinas/SP: Saraiva, 2006.

ANDRADE, L. O. M., BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo a passo**: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec, 2007, pg. 25 – 45.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2000.

ANTUNES, R. ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação e Sociedade**: Campinas/SP, v. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.

ANTUNES, M. H.; MORE, C. L. O. O. Aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador: revisão integrativa da produção brasileira. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**. Brasília/DF, v.16, n.3, p. 248-258, set. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 Nov. 2017.

APPEL-SILVA, M.; BIEHL, K. Trabalho na pós-modernidade: crenças e concepções. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 6, n. 2, p. 518-534, set. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 Fev. 2017.

ARAÚJO, T. M. et al. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 1, p.6-21, 2005.

AUTOMEDICAÇÃO. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.47, n.4, p. 269-270, Dez., 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Set. 2017.

BAIS, D. D. H. Política nacional de atenção básica à saúde, formação acadêmica e atuação profissional do enfermeiro: aproximações e distanciamentos. **Tese** (Doutorado) Universidade Federal do Paraná/UFPR, Curitiba, 2009.

BAGATIN, E.; COSTA, E. A. Doenças das vias aéreas superiores. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v. 32, supl. 2, p. S17-S26, Mai., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1806-37132006000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Set. 2017.

BALASSIANO, M.; TAVARES, E.; PIMENTA, R. C. Estresse ocupacional na administração pública Brasileira: quais os fatores impactantes?. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 751-774, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo Saúde-Doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BATISTA, J. B. V. et al. Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores sociodemográficos e laborais em professores de escolas municipais da cidade de João Pessoa/PB. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 502-512, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Arttext&pid=S1415-790X2010000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Nov. 2015.

BATISTELLA, C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In FONSECA, A. (Org.). O território e o processo saúde e doença. Rio de Janeiro: ESPJV, Fiocruz, p.51-86, 2007.

BÍBLIA SAGRADA. **Livro de Mateus capítulo 10, versículo 8 - Os doze e a sua missão**. Tradução de João Ferreira Almeida. Revista e Corrigida. Ed. 1995. São Paulo, Sociedade Bíblica do Brasil, 1995.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Revista de Odontologia da universidade Cidade São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

BOSI, A. P. A precarização do trabalho docente nas instituições de ensino superior do Brasil nesses últimos 25 anos. **Educação & Sociedade**, Campinas/SP, vol. 28, nº 101, p. 1503-1523, 2007.

BLANCH, J. Psicología Social del trabajo. In Alvaro, J. L, Garrido, A., Torregrosa, J. R. **Psicología Social Aplicada**. Madrid: MacGraw-Hill, 1996.

BRANDÃO, S. F.; ANDRADE, T. B. A.; PEDROSA, R. C. S. A ergonomia como fator de influência na mudança organizacional: um estudo de caso na biblioteca da Faculdade Sete de Setembro/Fasete. **Revista Rios Eletrônica**, Paulo Afonso/BA, ano 2, n. 2, p. 72-81, dez. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. Brasília/DF, 2006. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 16 Mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**. Brasília/DF, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 Abr. 2016.

BRASIL. Decreto nº 94.657, dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento do Sistema e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa**, Seção I, p. 1153, 1987.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal, Brasília/DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 05 Abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed., Editora do Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf. Acesso em: 06 Mar. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 21 Jan. 2017.

BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri/SP: Manole, 2006.

CANALE, A.; FURLAN, M. M. D. P. Depressão. **Arquivo Mudi**, Maringá/PR, v. 10, n. 2, p. 23-31, 2006.

CEBALLOS, A. G. C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Recife: [s.n.], 2015. 20 p. Disponível em: file:///C:/Users/HomeUser/Downloads/2mod_conc_saude_2016.pdf. Acesso em: 12 Dez. 2017.

CHÁVEZ, R.; GARRIDO, M. Condições psicossociais do trabalho. In: OLIVEIRA, Dalila; DUARTE, Adriana; VIEIRA, Lívia. **Dicionário: trabalho, profissão e condição docente**. Belo Horizonte/MG, FaE/UFMG, CD-ROM, 2010.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações**, 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CIPOLLA, C. M. **Miasmas and disease: public health and the environment in the pre-industrial age**. New Haven: Yale University Press, 1992.

CORDEIRO, T. T. C. Conquistas e limites no acesso das mulheres à previdência social após a Constituição Federal de 1988: análise da proteção social para donas de casa de baixa renda. **Dissertação**. (Mestrado) Universidade de Brasília-UnB/DF, 2014.

CORRÊA, C. C. **Metodologia da Pesquisa Científica**. 2013. Disponível em: http://www.pos.ajes.edu.br/arquivos/referencial_20130213172227.pdf. Acesso em: 06 Fev. 2015.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde/CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CUNHA, R. V.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, G. F. D. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo/SP, v. 15, n. 2, p. 346-354, Jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Set. 2017.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

JOSÉ FILHO, M.; DALBÉRIO, O. (Org.). **Desafios da pesquisa**. Franca/SP: Unesp - FHDSS, p.63-75, 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: Estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 027-034, Set./Dez. 2004.

DELCOR, N. S. et al. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 187-196, jan./fev. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482006000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 Fev. 2017.

DIAS, D. N. S.; OLIVEIRA, P. T. R.. Qual a relação entre a saúde e a doença?. **Revista do NUFEN**, v. 5, n. 2, p. 23-45, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912013000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 Ago. 2017.

DOPP, M. V. Saúde como elemento para repensar a prática do ensino na educação. **Monografia**. Universidade Estadual de Maringá/UEM, 2001. Disponível em: http://www.dad.uem.br/especs/monosemad/trabalhos/_1323446416.pdf. Acesso em: 10 Dez. 2016.

DURAND, G. **A imaginação simbólica**. Lisboa: Edições 70, 1995.

ECHEVERRIA, A. L. P. B.; PEREIRA, M. E. C. A dimensão psicopatológica da LER/DORT (Lesões por esforços repetitivos/Distúrbios osteomusculares relaciona dos ao trabalho). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.10, n. 4, p. 577-590, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142007000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jan. 2017.

ESTEVE, J. M. **O mal-estar docente**: a sala de aula e a saúde dos professores. São Paulo: EDUSC, 1999.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO NETO, M. V. et al. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande/RS, XIII, n. 76, maio 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7781>. Acesso em: 13 Jul. 2016.

FILME. **O Sorriso de Monalisa**. Direção: Mike Newell. Produção: Elaine Goldsmith-Thomas, Paul Schiff, Deborah Schindler. 19 Dez.de 2003.

FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Organizado por Jacobo Finkelman. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2705/1/Finkelman_Jacobo%28Org.%29pdf. Acesso em: 02 Mar. 2016.

FONSECA, R. M. G. S. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 5, n. 1, p. 5-13, 1997.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília/DF, v. 59, n. 4, p. 532-7, 2006.

FORATTINI, C. D.; LUCENA, C. Adoecimento e sofrimento docente na perspectiva da precarização do trabalho. **Laplage em Revista**, Sorocaba/SP, v. 1, n. 2, p. 32-47, mai./ago. 2015. Disponível em: <http://www.laplageemrevista.ufscar.br/index.php/lp/artic le/view/19>. Acesso em: 09 Set, 2016.

FRATINI, J. R. G. Avaliação de um programa de referência e contra referência em saúde. **Dissertação** (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho), Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC, 2007.

FREITAS, L. G. O processo de saúde e adoecimento dos professores que atuam em ambiente virtual. In MENDES, A. M. (org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNCAO, A. Á. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.31, n.2, p. 189-199, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Arttext&pid=S1517-97022005000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Fev. 2017.

GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo, Unesp, 1997. PIERSON, Christopher. *Conversas com Anthony Giddens*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMES, L. Trabalho multifacetado de professores/as: a saúde entre limites. **Dissertação**. Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

GONÇALVES, C.G.O.; PENTEADO, R.Z.; SILVÉRIO, K.C.A. Fonoaudiologia e saúde do trabalhador: a questão da saúde vocal do professor. **Saúde em Revista**, v. 7, nº. 15, p.45-51, 2005. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude15art07.pdf>>. Acesso em: 4 Out. 2015.

HYPÓLITO, A. M. **Trabalho docente, classe social e relações de gênero**. Campinas/SP: Papyrus, 1997.

JEX, S.M. **Stress and job performance**. London: Sage, 1998.

JUNG, C. G. **Fundamentos de Psicologia Analítica**. 3 ed. (Trad. de Araceli Elman). Petrópolis/RJ: Vozes, 1985.

JUNG, C. G. **O desenvolvimento da personalidade**. 5 ed. (Trad. de Frei Valdemar do Amaral). Petrópolis/RJ: Vozes, 1986.

JUNG, C. G. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo**. 2 ed. (Trad. de M^a Luíza Appy e Dora Mariana R. F. da Silva). Petrópolis/ RJ: Vozes, 2002.

JÚNIOR PAULUS, A.; JÚNIOR CORDONI, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina/Pr, v. 8, n.1, p.13-19, 2006. Disponível em: <http://files.tvs4.webnode.com/200000244-78e4379de1/Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 05 Mar. 2016.

JÚNIOR, B. J. M. C.; DOSEA, S. G.; BARRETO, J. S. P. L. O sofrimento do professor portador de lesões por esforço repetitivo e doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho: um relato de caso. **Rios Eletrônica** - Revista Científica da FASETE, ano 7, nº 07 Dez. 2013.

KOCH, S. R. Asclépio, o deus-herói da cura: seu culto e seus templos. **Revista do Museu de Arqueologia e Etnologia**, São Paulo/SP, suplemento 12: 51-55, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revmaesupl/article/view/113567>. Acesso em: 28 Out. 2016.

LAKATOS, M. E.; MARCONI, A. M. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo/SP: Atlas, 2010.

LARANGEIRA, S. M. G. Fordismo e pós-fordismo. In: CATTANI, A. D. **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.

LAZZAROTTO, M. E. (Org). **Gestão dos serviços de saúde: condições de trabalho nas organizações**. Editora Coluna Saber: Cascavel/PR, 2004.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEITE, M. S. P. Políticas sociais e cidadania. **Physis**, v.1, n.1, p. 117-131, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/06.pdf>. Acesso em: 14 Jun. 2016.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro/RJ, v. 10, n. 3, p. 1037-1051, Dez. 2003.

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

LIMA, L. N. R. A política da Atenção Primária à Saúde no Estado da Bahia. **Monografia**. Universidade Federal da Bahia (UFBA)/Bahia, 2014.

LIMA, K. M. S. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu/SP, v. 18, n. 49, p. 261-272, Jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200261&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 Out. 2017.

LUCHESI, K. F.; MOURÃO, L. F.; KITAMURA, S. Ações de promoção e prevenção à saúde vocal de professores: uma questão de saúde coletiva. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 6, p. 945-953, Dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462010000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Set. 2017.

MAFFESOLI, M. **La postmodernité à l'heure du numérique: regards croisés sur notre époque**. Paris: Les éditions Nouvelles François Bourin, 2016.

MAFFESOLI, M. "A emergência dos valores pós-modernos". **Conferência** - (Núcleo de Pesquisa e Estudos em Enfermagem, Quotidiano, Imaginário, Saúde e Família de Santa Catarina, LEIFAMS). Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, 2014. Disponível em: <http://noticias.ufsc.br/2014/04/maffesoli-fala-na-ufsc-sobre-modernidade-e-pos-modernidade/>. Acesso em: 11 Nov. 2016.

MAFFESOLI, M. **A educação chegou ao fim**. Associação Palas Athena, 2014. Disponível em: <http://www.namu.com.br/materias/educacao-chegou-ao-fim-diz-maffesoli> Acesso em: 10 Fev. 2017.

MAFFESOLI, M. O tempo retorna: as formas elementares da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2012.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2010.

MAFFESOLI, M. **O ritmo da vida**. Variações sobre o imaginário pós-moderno. Rio de Janeiro: Record, 2007.

MAFFESOLI, M. **O instante eterno**: o retorno do trágico nas sociedades pós-modernas. São Paulo: Zouk, 2003.

MAFFESOLI, M. O imaginário é uma realidade. **Revista FAMECOS**. Porto Alegre, nº15. Quadrimestral, 2001a. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3123>. Acesso em: 06 Abr. 2016.

MAFFESOLI, M. **A violência totalitária**: ensaio de antropologia política. Porto Alegre: Editora Sulina, 2001b.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Tradução de Albert Christophe Migueis Stuckenbruck. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

MAFFESOLI, M. O. **A contemplação do mundo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

MAFFESOLI, M. 1994. **O tempo retorna**. Formas elementares da pós-modernidade. Tradução de Tereza Dias Carneiro, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

MASTROMAURO, G. C. Alguns aspectos da saúde pública e do urbanismo higienista em São Paulo no final do século XIX. **Cadernos de história da Ciência**, São Paulo, v. 6, n. 2, dez. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci->

arttext&pid=S1809-342010000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 Set. 2016.

MATTOS, M. B. **REUNI: expansão ou escolão?** In: CADI-UFES, 2007. Disponível em: <http://cadiufes.wordpress.com/2007/10/26/reuni/>. Acesso em: 11 Fev. 2017.

MÉDICI, A.C. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo, p. 71-113 e 179-192, **AdSaúde** - Série Temática, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

MENDES, A. M. Aspectos Psicodinâmicos da Relação Homem-Trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Revista Ciência e Profissão**, Brasília/DF, 1,2,3, 34-38, 1995.

MENDES, M. I. B. S. Reflexões sobre corpo, saúde e doença em Merleau-Ponty: implicações para práticas inclusivas. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 4, p. 1587-1609, out./dez. de 2014. Disponível em: file:///C:/Users/HomeUser/Downloads/Reflexes_sobre_corpo_sade_e_doena.pdf. Acesso em: 19 Fev. 2017.

MENEZES, A. O. Mudanças institucionais da seguridade social no Brasil: uma análise comparada entre o sistema único de saúde e o sistema único de assistência social. **Dissertação**. (Mestrado), Universidade de Brasília/UnB, Brasília. 2012

MERCADANTE, O. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MERHY, E.E. **Saúde: Cartografia do Trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. (C. Moura, Trad.), São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MERLO, C.R., JAQUES, C.G., Trabalho de Grupo com Portadores de Ler/Dort: Relato de Experiência. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.14, p.253-258, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10 Ed. São Paulo: HUCITEC/ Abrasco, 2007.

MORESI, E. **Metodologia da pesquisa**. Brasília/DF: Universidade Católica de Brasília/UCB, Pró-Reitoria de Pós-Graduação – PRPG, 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/MetodologiaPesquisa-Moresi2003.pdf>. Acesso em: 10 Fev. 2016.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O; DIOGO D'ELBOUX, M. J. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 33-47.

NOGUEIRA, D.P. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, nº.18, p. 495-509. 1984.

OLIVEIRA, A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo de saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

OLIVEIRA, D. C. et al. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. **Psicologia: teoria e pratica**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 26-46, dez. 2007.

OLIVEIRA, L. J.; PIRES, A. P. V. Da precarização do trabalho docente no Brasil e o processo de reestruturação produtiva. **Revista do Direito Público**, Londrina/PR, v. 9, n. 1, p. 73–100, 2014. Disponível em: < <http://doi.org/10.5433/1980-511X.2014v9n1p73> >. Acesso em: 10 Ago. 2016.

OLIVEIRA, M. C. S. L; CAMILO, A. A.; ASSUNCAO, C. V. **Tribos urbanas como contexto de desenvolvimento de adolescentes:** relação com pares e negociação de diferenças. *Temas em Psicologia*. Ribeirão Preto/SP, v. 11, n. 1, jun. 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2003000100007. Acesso em: 09 Nov. 2016.

PACHECO, S. F. Seguridade social e ajuste neoliberal: a tensão entre os direitos sociais e os benefícios assistenciais na previdência brasileira. **Dissertação** (Mestrado em Políticas Públicas), Universidade Federal de São Luís/Maranhão, 2008.

PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 2, n. 2, p. 167-183, 1986.

PAIM, J. S. A gestão do SUDS no Estado da Bahia. **Caderno de Saúde Pública**, v. 5, n. 4, 1989.

PALMEIRA, G. et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Org.) **Informação e Diagnóstico de Situação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004.

PARANÁ. Boletim. **Resultados do Censo Escolar**. Curitiba/PR, n. 6, jun./jul. 2014. Disponível em: <file:///D:/Users/Rodrigo/Downloads/boletim_censo_escolar_%20PARA N%C3%81%20(1).pdf>. Acesso em: 28 Abr. 2017.

PETRY, A. P. Um Olhar sobre a Hipertensão Arterial e o diabetes mellitus na Atenção Básica a partir de dois sistemas de informação em saúde no Estado de Santa Catarina em 2006. **Monografia**. Universidade Regional de Blumenau, Centro de Ciências da Saúde. Santa Catarina/SC, 2006.

PENTEADO, R.Z. Relações entre saúde e trabalho docente: percepções de professores sobre saúde vocal. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 18-22, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-803420070001000_05&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Set. 2015.

PEIXOTO, C. A Sociabilidade dos Idosos Cariocas e Parisienses. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 27, p.138-149, 1995.

PIZZANI, L. et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**. Campinas/SP, v. 10, n. 1, p. 53-66, jul./dez., 2012.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. P.1-35, 2004. Disponível em: http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto-de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf. Acesso em: 10 Abr. 2016.

POSSOBON, L.P.S. A percepção do aluno no curso de Direito em relação ao bom professor. **Dissertação** (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação, Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Unioeste, Cascavel/PR, 2015.

PRADO, R. A. et al. O cotidiano e o imaginário no processo saúde-doença para as famílias quilombolas. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis/SC, v. 4, n. 4, p. 47-53, 2013. Disponível em: [scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-8231201200020005&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-8231201200020005&lng=pt&nrm=isso)>. Acesso em: 15 Nov. 2015.

PRZYSIEZNY, W. L. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: um enfoque ergonômico. **Dynamis**, Santa Catarina/SC, n. 31, v. 8, p.19-34, 2000.

RAICHELIS, R. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 116, p. 609-635, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n116/03.pdf>. Acesso em: 24 Set. 2016.

REZENDE, J.M. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina** [online]. São Paulo: Editora Unifesp. Dos quatro humores às quatro bases. p. 49-53. ISBN 978-85-61673-63-5. SciELO Books, 2009.

RIBEIRO, P. C. C.; YASSUDA, M. S. Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In: NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar.

Campinas/SP: Alínea, 2007, p. 189-284.

ROCHA, P. R., DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP/SP, v. 49, nº.1, p. 129-135, 2015.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre/RS: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49.

ROSA, C.A.P. **História da ciência: da Antiguidade ao renascimento científico**. 2 ed, v. 1. Brasília/DF: FUNAG, 2012.

SANTOS, M. T. C. et al. **Cefaléia e disfunção têmporo-mandibular**. 2012. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5462. Acesso em: 20 Ago. 2017.

SANTOS, E. G.; NOVO, L. F. TAVARES, L.F. **Do prazer ao sofrimento docente: uma análise sob a perspectiva da qualidade de vida no trabalho em uma IFES**. 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/96973?show=full>. Acesso em: 12 Dez. 2016.

SANTOS, D. F. C. **Previdência Social no Brasil: 1923-2009: Uma Visão Econômica**. São Paulo: AGE, 2009.

SANTOS, E. A. Profissão Docente: uma questão de gênero? **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis/SC, 2008. Disponível em: http://www.fazendo.genero.ufsc.br/8/sts/ST8/Elizabeth_Angela_dos_Santos_08.pdf. Acesso em: 17 Nov. 2017.

SANTOS, G. A.; VAZ, C. E. Grupos da terceira idade, interação e participação social. In: ZANELLA, A. V., et al., org. **Psicologia e práticas sociais** [online]. Rio de Janeiro, Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008, 422 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/886qz/pdf/zanella-9788599662878.pdf>. Acesso em: 10 Nov. 2017.

SANVITO, W. L. **Propedêutica Neurológica Básica**. 6ª ed. Ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

SAVIANI, D. **História das ideais pedagógicas no Brasil**. 4 ed, Campinas/SP: Autores Associados, 2007.

SCHUSTER, M. Corpo e adoecimento na percepção docente. **Dissertação** (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação. Universidade Estadual do Oeste do Paraná/Unioeste, Cascavel/PR, 2016.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde, Physis, **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, nº. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 July. 2016.

SERVILHA, E. M. et al. Voz do professor: análise das leis brasileiras na perspectiva da promoção da saúde. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 1888-1899, Dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000601888&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Set. 2017.

SILVANY-NETO, A. M. S. et al. Condições de trabalho e saúde de professores da rede particular de ensino de Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 24, n. 1/2, p. 42-56, jan/dez. 2000. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-314761?lang=fr>. Acesso em: 01 Ago. 2017.

SILVA, G. J. et al. Sintomas vocais e causas autorreferidas em professores. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 158-166, Fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000100158&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 07 Set. 2017.

SILVA, M. A.; GUARESCHI, P. A.; WENDT, G. W. Existe sujeito em Michel Maffesoli?. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 439-455, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642010000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Oct. 2016.

SILVA, S. S. A modernidade e a pós-modernidade. Uma leitura de Michel Maffesoli e Anthony Giddens. **RBSE/Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, João Pessoa/PB, v. 10, n. 29, Agosto de 2011. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/SandraRes.pdf>. Acesso em: 27 Jul. 2016.

SILVA, F.C. Assistência Social e Cultura Política: o processo de uma política em construção. **Dissertação**. (Mestrado), Universidade Federal de Juiz de Fora/Juiz de Fora, 2012.

SILVA, F. M.; SILVA, N. A.; MARTINI, C. M. Síndrome de Burnout em professores da escola polo José de Anchieta e da escola Estadual Cora Coralina na cidade de Ariquemes. **Revista Fiar: Revista do Núcleo de Pesquisa e Extensão Ariquemes**, v.2 n. 1, p. 187-202, 2013. Disponível em: <http://www.revistafiar.com.br/index.php/revistafiar/article/view/29/14>. Acesso em: 20 Out. 2015.

SILVA, G. V. Gestão da saúde pública: impasses, perspectivas e desafios no Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre/RS. **Dissertação**. (Mestrado), Faculdades Integradas de Taquara/Faccat, Taquara-RS, 2016.

SINEPE/PR. **Estatísticas da Educação**: Matrículas no Ensino Superior. Disponível em: <http://www.sinepepr.org.br/estatisticas/estatisticas.html>. Acesso em: 23 Jan. 2017.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.1, p.35-47. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0104-2902010000100004&lng=em&nrm=iso>. Acesso em: 10 Set. 2016.

SOUZA, J. C., SOUSA, I. C., AZEVEDO, C. V. M. Conhecimento e hábitos de sono de professoras do ensino médio. In Associação Brasileira de Pesquisa em Educação e Ciências (Ed.), **Anais do IIIV ENPEC**. Campinas/SP, 2012. Disponível em: <http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/viiienpec/resumos/R1174-1.pdf>. Acesso em: 04 Nov. 2017.

TARDIF, M; LESSARD, C. **O trabalho docente**: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas. 4ª edição. Petrópolis/RJ: Vozes, 2008.

TAVARES, C. **Iniciação a visão holística**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1994.

TEIXEIRA, A. **Educação para a democracia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

TEIXEIRA, R. A. Onde a enxaqueca se encontra com o derrame cerebral. **ComCiência**, Campinas/SP, n. 109, 2009. Disponível em: <http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542009000500032&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 05 Set. 2017.

VIEIRA, 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.

VICINI, G. **Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral para idosos**. São Paulo: SENAC, 2002.

VIOTTI, A. C.C. As práticas e os saberes médicos no Brasil Colonial (1677 – 1808). **Dissertação**. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca/SP, 2012.

VYGOTSKY, L. S. **Formação social da mente**: O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6ª ed., São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ZANATO, A. R. O Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação por professores de Ciências da Natureza no Ensino Médio. **Dissertação** (Mestrado em Educação). Universidade Estadual do Oeste do Paraná/UNIOESTE, 2016.

ZIBETTI, M. L. T.; PEREIRA, S. R. Mulheres e professoras: repercussões da dupla jornada nas condições de vida e no trabalho docente. **Educar em Revista**, Curitiba/Pr.: Editora UFPR, nº. especial 2, p. 259-276, 2010.

WEBBER, D. V., VERGANI, V. A profissão de professor na sociedade de risco e a urgência por descanso, dinheiro e respeito no meio ambiente laboral. **Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI**, Fortaleza, 2010.

WHO. World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Genebra, 1946.

WHO. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. **Ageing and Health Technical Report**, v. 5, 2004. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68896/1/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf Acesso em: 02 Out. 2017.

ANEXOS

ANEXO I

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO II

**AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DA SECRETARIA ESTADUAL DE
EDUCAÇÃO DO ESTADO DO PARANÁ - SEED/PR**

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

APÊNDICE

QUESTÕES PARA A ENTREVISTA

- 1) Você já trabalhou sentindo-se doente? E o que você estava sentindo?
- 2) Você se afasta do trabalho com frequência por motivo de adoecimento? Por quais tipos de doenças?
- 3) Estando doente o que você faz para melhorar? Relate.
- 4) O seu cotidiano de trabalho exerce algum tipo de influência na sua saúde?
- 5) O que você considera importante para que uma pessoa tenha saúde?
- 6) No seu ponto de vista, o que é ter saúde?
- 7) Em sua opinião o que é estar doente?